

## **Avenant n° 1 du 20 février 2026**

à l'accord du 25 novembre 2025  
relatif aux frais de santé

NOR : ASET2650281M

IDCC : 3016

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

**SYNESI,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**CGT ;**

**CFDT ;**

**Solidaires,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### **Préambule**

Le présent avenant vise à modifier les taux de cotisation tels que prévus dans l'accord collectif relatif aux frais de santé signé le 25 novembre 2025 ainsi qu'à prendre en compte les évolutions réglementaires intervenues pour les retranscrire dans le tableau des garanties.

### **Article 1<sup>er</sup> | Modification de l'article 2.2**

L'article 2.2 « Modalités de cotisation » est modifié dans les conditions suivantes :

Dans le tableau fixant les taux de cotisations des salariés qui ne relèvent pas du régime local d'Alsace-Moselle :

- à la ligne « formule base 1 », « facultatif salarié », « plus base 3 », le taux pour la colonne « conjoint » de 0,65 % est remplacé par 0,83 % ;
- à la ligne « formule base 1 », « facultatif salarié », « plus base 3 », le taux pour la colonne « enfant » de 0,31 % est remplacé par 0,38 %.

Les autres dispositions demeurent inchangées.

## **Article 2 | Modification de l'annexe**

Le tableau de niveau de garanties en annexe de l'accord du 25 novembre 2025 est intégralement remplacé par le tableau en annexe du présent avenant afin de prendre en compte les évolutions réglementaires.

## **Article 3 | Dispositions spéciales applicables aux entreprises de moins de 50 salariés**

Au regard de la finalité du présent avenant, qui consiste à mettre à jour les dispositions relatives à l'accord frais de santé et le tableau des garanties, les partenaires sociaux conviennent de ne pas prévoir de dispositions particulières pour les structures de moins de 50 salariés.

Ces dispositions s'appliquent quelle que soit la taille de l'entité.

## **Article 4 | Dispositions finales**

### **4.1. Durée de l'avenant**

Cet avenant est conclu pour une durée indéterminée.

### **4.2. Entrée en vigueur de l'avenant**

Cet avenant entrera en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> mars 2026.

### **4.3. Suivi de l'avenant et clause de rendez-vous**

Une réunion sera organisée entre les partenaires sociaux à compter de septembre 2026 pour suivre la mise en œuvre de cet avenant.

Une réunion pourra être demandée à tout moment, par l'une des organisations représentatives au niveau de la branche, pour dresser un bilan de l'application de cet avenant.

Le présent avenant pourra faire l'objet d'une révision dans les conditions prévues à l'article L. 2261-7 du code du travail. La demande de révision est formulée par pli recommandé avec avis de réception et accompagnée, le cas échéant, d'un projet de modification. La négociation débute dans les six mois suivant la réception de la demande de révision.

En cas de dénonciation, la partie notifie son souhait de dénoncer l'avenant aux autres parties par lettre recommandée avec avis de réception. La dénonciation est motivée. Elle comporte une durée de préavis fixée à 6 mois. Une négociation s'ouvre dans les trois mois à compter de la réception de la notification de la dénonciation.

### **4.4. Dépôt et extension**

Les partenaires sociaux conviennent de demander au ministère du travail l'extension du présent avenant.

Conformément aux dispositions légales et réglementaires, le présent avenant est déposé en deux exemplaires auprès des services de la ministre chargée du travail et remis au secrétariat du greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

*Fait à Paris, le 20 février 2026.*

(Suivent les signatures.)

## Annexe Tableau de garanties à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026

Remboursement total dans la limite des frais réels, y compris remboursement de l'AMO dès lors qu'elle intervient.

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS			
	BASE 1	BASE 2	BASE 3	PRÉCISIONS
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique)				
Honoraires, actes et soins				
Médecins signataires DPTM	120% BR	125% BR	150% BR	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, actes techniques médicaux et autres actes pratiqués en hospitalisation.
Médecins non signataires DPTM	100% BR	105% BR	130% BR	
Séjours				
Frais de séjour	100% BR	125% BR	150% BR	Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des établissements médico-sociaux (EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, maisons de retraite, MAS : Maisons d'Accueil Spécialisées). Prise en charge illimitée dans les établissements de santé.
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Chambre particulière	Néant	0,75% PMSS par jour	1,25% PMSS par jour	
Lit d'accompagnant	Néant	0,75% PMSS par jour	1,25% PMSS par jour	
Transport prescrit et remboursé par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR	En secteur conventionné. Forfait par nuitée pour l'accompagnant d'un assuré de moins de 14 ans ou de 70 ans et plus.
Participation du patient	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle, ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).				
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux : Consultations et visites des Médecins Généralistes				
Médecins signataires DPTM	120% BR	120% BR	120% BR	
Médecins non signataires DPTM	100% BR	100% BR	100% BR	
Honoraires médicaux : Consultations et visites des Médecins spécialistes				
Médecins signataires DPTM	150% BR	170% BR	200% BR	
Médecins non signataires DPTM	130% BR	150% BR	180% BR	
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE)				
Médecins signataires DPTM	120% BR	125% BR	150% BR	
Médecins non signataires DPTM	100% BR	105% BR	130% BR	
Actes techniques médicaux (ATM) et de chirurgie (ADC)				
Médecins signataires DPTM	120% BR	125% BR	150% BR	
Médecins non signataires DPTM	100% BR	105% BR	130% BR	

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS			
	BASE 1	BASE 2	BASE 3	PRÉCISIONS
<b>SOINS COURANTS suite</b>				
<b>Honoraires paramédicaux</b>				
Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	100% BR	100% BR	125% BR	
Psychologues (actes remboursés Sécurité sociale)	100% BR	100% BR	100% BR	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>				
Remboursés par l'AMO	100% BR	100% BR	125% BR	
<b>Médicaments</b>				
Médicaments à Service Médical Rendu important	100% BR	100% BR	100% BR	
Médicaments à Service Médical Rendu modéré	100% BR	100% BR	100% BR	
Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% BR	100% BR	100% BR	
<b>Matériel médical</b>				
Orthopédie, accessoires, appareillage et autres prothèses remboursées par l'AMO (hors auditives, dentaires et optiques)	100% BR	125% BR	150% BR	
Véhicule pour personne en situation de handicap : location courte durée	100 % Santé	100 % Santé	100 % Santé	Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.
Prothèse capillaire 100 % Santé (Classe I et Classe II)	100 % Santé	100 % Santé	100 % Santé	Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.
Prothèse capillaire à tarif maîtrisé (Classe III) ou à tarif libre (Classe IV)	100% BR	125% BR	150% BR	Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.
+ Forfait supplémentaire	Néant	100 €/An	200 €/An	Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.
Participation du patient	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
<b>DENTAIRE</b>				
<b>Soins et prothèses 100% santé (tels que définis réglementairement) - Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé</b>				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.
Panier 100% santé	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Actes soumis à des honoraires limites de facturation (HLF).
<b>Panier à honoraires maîtrisés et Panier à honoraires libres - Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé</b>				
Soins, actes et consultations	100% BR	100% BR	100% BR	Panier à honoraires maîtrisés soumis à des honoraires limites de facturation.
Inlays-onlays	125% BR	150% BR	175% BR	
Inlays-core	125% BR	125% BR	150% BR	
Prothèses dentaires (dont prothèses amovibles, prothèses sur implants et bridges) sur dents visibles : incisives, canines et prémolaires	150% BR	225% BR	300% BR	
Prothèses dentaires (dont prothèses amovibles, prothèses sur implants et bridges) sur dents non visibles : molaires	125% BR	175% BR	250% BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	150% BR	200% BR	250% BR	Par semestre de traitement et par bénéficiaire.



NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS			
	BASE 1	BASE 2	BASE 3	PRÉCISIONS
<b>DENTAIRE suite</b>				
<b>Actes non remboursés par l'AMo</b>				
Parodontologie	200 €	300 €	400 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
Implantologie	200 €	300 €	400 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
<b>OPTIQUE</b>				
<p>La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 et rappelées ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).</li> <li>Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.</li> <li>Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.</li> </ul> <p>Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.</p> <p>Par dérogation aux dispositions ci-dessus, la période est ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale.</p> <p>Prise en charge de la monture dans la limite de 100 €.</p>				
<b>Equipements 100% santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou monture) - Classe A - soumis à des prix limites de vente (PLV).</b>				Le professionnel de santé a l'obligation de proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.
Monture	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Verres (tous types de correction)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Prestations d'appairage	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
Autres suppléments (dont filtres, prismes, verres iséiconiques, système antiptosis et prestations d'adaptation)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
<b>Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture) - Classe B - tarifs libres</b>				
Monture	90 €	100 €	100 €	Forfait par monture et par bénéficiaire. Y compris le remboursement de l'AMo et le ticket modérateur.
Verre simple Verre complexe Verre très complexe	Voir Grille Optique Base 1	Voir Grille Optique Base 2	Voir Grille Optique Base 3	
Prestation d'adaptation verres de classe B	100% BR	100% BR	100% BR	
Autres suppléments pour verres de classe B (dont filtres, prismes, verres iséiconiques, système antiptosis et prestations d'adaptation)	100% BR	100% BR	100% BR	
<b>Lentilles</b>				
Lentilles remboursées par l'AMo	100 % BR + 100 €/An	100 % BR + 150 €/An	100 % BR + 200 €/An	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Sur prescription médicale. Y compris les jetables.
Lentilles non remboursées par l'AMo	100 €/An	150 €/An	200 €/An	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Sur prescription médicale. Y compris les lentilles jetables.
Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le Régime Obligatoire	Néant	250 €/oeil	500 €/oeil	Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter les maladies des yeux.

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS			
	BASE 1	BASE 2	BASE 3	PRÉCISIONS
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date, dans les limites du plafond de remboursement prévu par le contrat responsable.				
<b>Equipements 100% santé (tels que définis réglementairement) Classe I - soumis à des prix limites de vente (PIV)</b>				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.
Aides auditives	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
<b>Equipements hors 100% santé Classe II - tarifs libres</b>				
Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20° après correction)	121% BR	121% BR	121% BR	Remboursement plafonné à 1700 € TTC par aide auditive y compris le remboursement de l'AMO
Aides auditives pour les plus de 20 ans	250% BR	425% BR	425% BR	Remboursement plafonné à 1700 € TTC par aide auditive y compris le remboursement de l'AMO
Accessoires, entretien, piles, réparations	100% BR	100% BR	100% BR	
<b>CURES THERMALES</b>				
Cures thermales remboursées par l'AMO : soins, transport, hébergement	Néant	100% BR	100% BR	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale, transport et hébergement.
<b>PRÉVENTION, BIEN ÊTRE ET SERVICES</b>				
Actes de prévention	100% BR	100% BR	100% BR	Le contrat prend en charge l'ensemble des actes de prévention visés par la réglementation relative au contrat responsable.
Médecines douces : Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie, Acupuncture, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS – neurostimulation électrique transcutanée, Hypnose médicale, Etiopathie, Réflexologie, Sophrologie	40 € par séance (x 4 par année civile)	40 € par séance (x 4 par année civile)	40 € par séance (x 5 par année civile)	Forfait par séance et par bénéficiaire dans la limite d'un nombre de séances déterminé par le niveau de garantie souscrit. Remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée établie par le professionnel sous réserve qu'elle comporte le n°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS et/ou le n° du Registre National des Etiopathes du professionnel concerné sauf pour la sophrologie et la réflexologie pour lesquelles cette référence n'est pas exigée. Seules les séances individuelles de professionnels diplômés, autorisés ou certifiés dans la discipline facturée peuvent faire l'objet d'une prise en charge.
Vaccins prescrits et non remboursés par l'AMO	Néant	Néant	20€	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
Assistance	OUI	OUI	OUI	Se référer à la Notice d'Information Assistance

Les nouvelles dispositions s'appliquent pour les frais engagés relatifs à des soins intervenant à compter du 01/01/2026.

Les niveaux d'indemnisation définis s'entendent y compris les prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires. En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).

Les taux de remboursement du régime obligatoire correspondent aux taux du régime général.

Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'ALD par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

Grilles Optiques Forfait par verre, y compris le remboursement de l'AMO et le ticket modérateur	BASE 1		BASE 2		BASE 3	
	ENFANT	ADULTE	ENFANT	ADULTE	ENFANT	ADULTE
<b>VERRES SIMPLES</b>						
<b>Verres unifocaux</b>						
Verre unifocal sphérique, sphère de -6 à +6	60 €	80 €	70 €	90 €	80 €	100 €
Verre unifocal sphéro-cylindrique, cylindre ≤ +4 et sphère de -6 à 0	85 €	90 €	95 €	100 €	105 €	110 €
Verre unifocal sphéro-cylindrique, sphère > 0 et S (sphère + cylindre) ≤ 6	90 €	110 €	100 €	120 €	110 €	130 €
<b>VERRES COMPLEXES</b>						
<b>Verres unifocaux</b>						
Verre unifocal sphérique, sphère < -6 ou > +6	85 €	100 €	95 €	110 €	105 €	120 €
Verre unifocal sphéro-cylindrique, cylindre > +4 et sphère de -6 à 0	90 €	110 €	100 €	120 €	110 €	130 €
Verre unifocal sphéro-cylindrique, cylindre ≥ +0,25 et sphère < -6	100 €	120 €	110 €	130 €	120 €	140 €
"Verre unifocal sphéro-cylindrique, sphère > 0 et S (sphère + cylindre) > 6"	100 €	120 €	110 €	130 €	120 €	140 €
<b>Verres multifocaux</b>						
Verre multifocal ou progressif sphérique, sphère de -4 à +4	120 €	150 €	130 €	160 €	140 €	170 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, cylindre ≤ +4 et sphère de -8 à 0	130 €	160 €	140 €	170 €	150 €	180 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, sphère > 0 et S (sphère + cylindre) ≤ 8	130 €	160 €	140 €	170 €	150 €	180 €
<b>VERRES TRÈS COMPLEXES</b>						
<b>Verres multifocaux</b>						
Verre multifocal ou progressif sphérique, sphère de < -4 à ou > +4	120 €	160 €	130 €	170 €	140 €	180 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, cylindre > +4 et sphère de -8 à 0	120 €	160 €	130 €	170 €	140 €	180 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, cylindre ≥ +0,25 et sphère < -8	130 €	170 €	140 €	180 €	150 €	190 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, sphère > 0 et S (sphère + cylindre) > 8	130 €	170 €	140 €	180 €	150 €	190 €

#### LEXIQUE :

**AMO** : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire).

**BR** : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général.

**BRR** : Base de remboursement reconstituée.

**DPTM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée.

**OPTAM** : (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée).

**OPTAM-CO** : (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie - Obstétrique).

**FR** : Frais réels.

**SMR** : Service Médical Rendu : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé.

**HLF** : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

**PLV** : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

**PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.