

Avenant n° 11 du 19 février 2026

à l'accord du 9 septembre 2015
relatif au régime collectif et obligatoire de complémentaire frais de santé

NOR : ASET2650410M

IDCC : 2205

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

CSN ;

SNN ;

UNNE,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

UNSA ;

CFTC CSFV ;

FS CFDT ;

SNCTN CFE-CGC ;

FNSECP CGT,

d'autre part,

Préambule

L'article 9.1 de l'accord de branche du 9 septembre 2015 relatif au régime collectif et obligatoire de complémentaire frais de santé dans le notariat, dans sa rédaction issue de l'article 1^{er} de l'avenant n° 9 du 12 décembre 2024 fixe les taux de cotisation pour les bénéficiaires à titre obligatoire appelés par l'organisme recommandé.

Dans un contexte de recherche d'équilibre des comptes de la sécurité sociale au travers de la loi de finance pour 2026 avec notamment la création d'une nouvelle taxe et compte tenu des résultats enregistrés par le régime en 2025, les partenaires sociaux réunis en CPPNI ont validé une modification de ces taux de cotisation.

Par ailleurs, un décret du 26 novembre 2025 prévoit une évolution du dispositif « 100 % santé » et impose d'intégrer désormais de nouvelles garanties à prendre en charge. Ainsi, il convient de mettre le tableau des garanties de l'article 5 de l'accord de branche précité, modifié par l'avenant n° 5 du 21 novembre 2019, en conformité avec ces nouvelles dispositions légales.

Ceci étant exposé, les partenaires sociaux sont convenus de ce qui suit :

Article 1^{er} | Modification des taux

L'article 9.1 de l'accord de branche du 9 septembre 2015 précité, dans sa rédaction issue de l'article 1^{er} de l'avenant n° 9 du 12 décembre 2024, est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« 9.1. Taux de cotisation

Les taux de cotisation appelés par l'organisme recommandé pour les bénéficiaires à titre obligatoire et correspondant aux garanties définies à l'article 5 ci-dessus sont fixés comme suit :

- salarié affilié au régime spécial de la CRPCEN :
 - adhérent seul : 1,75 % du plafond de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2026 ;
 - adhérent avec ayants droit à charge : 2,64 % du plafond de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2026 ;
- salarié affilié au régime obligatoire local de l'Alsace-Moselle :
 - adhérent seul : 1,08 % du plafond de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2026 ;
 - adhérent avec ayants droit à charge : 1,64 % du plafond de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2026 ;
- salarié affilié au régime général de la sécurité sociale :
 - adhérent seul : 2,27 % du plafond de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2026 ;
 - adhérent avec ayants droit à charge : 3,44 % du plafond de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2026.



Ces taux incluent la taxe sur les contrats d'assurance et la taxe sur le forfait médecin traitant, à leurs taux en vigueur à fin 2025, ainsi que les chargements tels que prévus au protocole d'établissement des comptes. »

Article 2 | Garanties du régime conventionnel


Dans le cadre de la mise à jour du dispositif « 100 % santé », le tableau des garanties de l'article 5 de l'accord de branche du 9 septembre 2015 dans sa rédaction issue de l'avenant n° 5 du 21 novembre 2019 est abrogé et remplacé par le tableau suivant :

(Voir page suivante.)

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS ⁽¹⁾ « BASE CONVENTIONNELLE »	
HOSPITALISATION (y compris maternité)		
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	
Frais de séjour (y compris ambulatoire)	100 % BR	
Honoraires (consultations et actes) - Médicaux - Chirurgicaux	Adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO (avec dépassement d'honoraires libres)
	100 % BR	
	220 % BR	200 % BR
Chambre particulière non remboursée par le RO	54 € par jour	
Frais d'accompagnement non remboursés par le RO	31 € par jour	
SOINS COURANTS (y compris maternité)		
Honoraires médicaux - Consultations et visites de généraliste - Consultations et visites de spécialiste	Adhérent OPTAM ou OPTAM- ACO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM- ACO (avec dépassement d'honoraires libres)
	100 % BR	
	230 % BR	200 % BR
- Actes techniques médicaux	100 % BR	
- Actes d'imagerie médicale	150 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux	100 % BR	
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par le RO « MonSoutienPsy »	100% BR	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	
Médicaments - Médicaments remboursés par le RO o Service médical rendu important, majeur ou modéré o Service médical rendu faible - Vaccins anti-grippe prescrits mais non remboursés par le RO - Contraceptions prescrites mais non remboursées par le RO	100 % BR	
	15 % BR	
	100 % FR	
	50 € par an et par bénéficiaire	
Matériel médical (hors aides auditives)		
Matériel médical « 100% SANTE » *	100 % FR *	
Matériel médical Hors « 100% SANTE » *	100 % BR	
	- Prothèses orthopédiques et gros appareillage	

- Prothèses capillaires ou mammaires	100 % BR + 400 € par prothèse
- Petit appareillage	100 % BR + 31 € par appareil
AIDES AUDITIVES	
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée.	
Equipement « 100% SANTE » *	 100% FR *
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	
- Bénéficiaire de 20 ans ou plus	100 % BR + 1 178 € par appareillage, limité à 1700€ y compris le remboursement RO, par oreille et par bénéficiaire
- Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité	100 % BR + 1000 € par appareillage, limité à 1700€ y compris le remboursement RO, par oreille et par bénéficiaire
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	100 % BR
OPTIQUE	
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO	
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées.	
Equipement « 100% SANTE » *	
Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres	 100% FR *
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	
- Monture : Bénéficiaire de 16 ans ou plus	100 € par monture
Bénéficiaire de moins de 16 ans	100 € par monture
- Verre Bénéficiaire de 16 ans ou plus	
Par verre simple	160 €
Par verre complexe	195 €
Par verre hypercomplexe	238 €
Bénéficiaire de moins de 16 ans	160 € par verre
- Prestations d'adaptation	100 % BR

Lentilles correctrices	
- Remboursées par le RO	350 € par an et par bénéficiaire
- Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	170 € par an et par bénéficiaire
Autres prestations optiques	

- Implant oculaire	600 € par œil
- Kératectomie	600 € par œil
DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (2)	 100% FR *
Soins Hors « 100% SANTE » *	
- Soins dentaires	100 % BR
- Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	150 % BR
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » *	
- Prothèses dentaires et Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	500 % BR
o Dents visibles : incisives, canines et prémolaires	
o Dents non-visibles : molaires et dents de sagesse	350 % BR
Orthodontie	
- Remboursée par le RO	450 % BR
Autres prestations dentaires	
- Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant)	500 € par implant
- Parodontologie	200 € par an et par bénéficiaire
AUTRES GARANTIES	
Transport	100 % BR
Cure thermique	
- Remboursée par le RO :	
o Honoraires médicaux	100 % BR
o Frais de transport et d'hébergement à l'exclusion des frais de repas	100 % BR
Médecine douce	
- Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, sophrologie, ergothérapie, acupuncture, psychomotricité, psychothérapie, diététicien, pédicurie	40 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage	
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L.871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR
Autres prestations	
- Frais d'obsèques (en cas de décès du Participant, du Conjoint ou d'un Enfant à charge) sur présentation de la facture et dans la limite prévue à la Garantie	1 525 € par bénéficiaire

ABREVIATIONS :

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, l'Institution applique le tarif d'autorité de cet organisme

FR : Frais réels

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée **OPTAM-ACO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie, Chirurgie et Obstétrique L'OPTAM et l'OPTAM-ACO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. [Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO, rendez-vous sur http://annuairesante.ameli.fr/](http://annuairesante.ameli.fr/)

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire à travers la reconnaissance par un organisme dit de Sécurité sociale, y compris le régime local.

(*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100% Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique, aides auditives et matériel médical (prothèses capillaires et location de courte durée de véhicule pour personnes en situation de handicap). Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100% Santé », la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif « Hors 100% Santé ».

(1) Selon les dispositions prévues à la Convention d'assurance.

(2) Entrée en vigueur progressive à partir du 1^{er} janvier 2020 du dispositif « 100% Santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.

Article 3 | Date d'application

Les nouvelles dispositions fixées par le présent avenant sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2026.

Article 4 | Date d'entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur au 1^{er} janvier 2026.

Article 5 | Publicité, dépôt et extension de l'avenant

Le présent avenant sera rendu public et versé dans une base de données nationale, en application des articles L. 2231-5-1 et R. 2231-1-1 du code du travail.

Il sera déposé conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail et sera porté à la connaissance des employeurs et des salariés par sa mise en ligne sur le portail REAL, intranet de la profession, chaque employeur conservant la preuve de sa diffusion à tous les membres du personnel, par tout moyen.

Il pourra être soumis à la procédure d'extension prévue aux articles L. 2261-24 et suivants du code du travail, à l'initiative de la partie la plus diligente.

Fait à Paris, le 19 février 2026.

(Suivent les signatures.)