

Avenant n° 1 du 26 mars 2026

à l'accord du 3 juillet 2025
relatif à l'instauration d'un régime professionnel de santé

NOR : ASET2650493M

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

Soucieux de prendre en considération les évolutions de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire définies par le décret n° 2025-1133 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, afin de garantir l'ensemble des dispositions attachées au contrat complémentaire de santé dit « responsable », d'une part, et de respecter les garanties collectives prévues par la loi Évin d'autre part, les partenaires sociaux ont décidé de réviser d'une part, les garanties collectives prévues par l'annexe 1 de l'accord collectif étendu du 3 juillet 2025 relatif à l'instauration d'un régime professionnel de santé dans la branche professionnelle et d'autre part, les conditions de maintien des garanties du régime professionnel de santé aux anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité ou ayants droit.

Article 1^{er} | Modification de l'article 4 « Les garanties du régime professionnel de santé »

Au 1^{er} alinéa, les mots « en annexe 1 » sont remplacés par les mots « en annexe 1 "Tableau des garanties responsables" ».

Article 2 | Modification de l'article 4.1.1 « Liste des prestations de la garantie santé du régime professionnel de santé »

Au 1^{er} alinéa, les mots « l'annexe 1 » sont remplacés par les mots « l'annexe 1 "Tableau des garanties responsables" ».

Article 3 | Modification de l'article 5.2.2 « Conditions de ce maintien »

Au 3^e alinéa, les mots « Sous réserve d'être informé par l'employeur, » sont supprimés.

Article 4 | Modification de l'annexe 1 « Tableaux des garanties »

Les tableaux de garanties figurant à l'annexe 1 de l'accord collectif étendu du 3 juillet 2025 relatif à l'instauration d'un régime professionnel de santé dans la branche professionnelle sont remplacés par le glossaire et les tableaux de garanties figurant à l'annexe 1 « Tableau des garanties responsables ».

Article 5 | Durée

Le présent avenant 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 6 | 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 avenant.

Article 7 | Date d'effet

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

Le présent avenant 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 modifié, à moins de dispositions plus favorables ou de garanties au moins équivalentes.

Article 8 | 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 26 mars 2026.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Tableau des garanties responsables

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

Glossaire

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 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, de prothèses dentaires, de prothèses capillaires et de forfait de location de courte durée et 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 maximum fixés.

HLF : honoraires limite de facturation : montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné par 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.

		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 sans limitation de durée	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 remboursé par la Sécurité sociale	Par bénéficiaire âgé de moins de 12 ans et 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		100% BR

compris à visée thérapeutique remboursés par la Sécurité sociale		
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 (hors aide auditive et optique): équipement 100 % santé (dans la limite des PLV)	Prothèse capillaire de Classe II	Sans reste à charge
	Fauteuils roulants : forfait de location de courte durée et de mise à disposition	Sans reste à charge
Matériel médical (hors aide auditive et optique): équipement autre que 100 % santé	Prothèse capillaire de Classe I	100 % BR
	Prothèse capillaire 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 ⁽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'assisteur	Oui
	Consultation/visite/consultation en ligne de psychologue remboursée par la Sécurité sociale (dispositif "Mon soutien Psy") ⁽⁶⁾	inclus

DENTAIRE auprès d'un professionnel		
Soins et prothèses 100 % Santé (dans la limite des HLF)		sans reste à charge
Soins autres que 100 % santé	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100% BR
	Inlay/onlay remboursés par la Sécurité sociale	125% BR
Prothèses autres que 100 % Santé remboursées 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 (Equipement = 1 monture + 2 verres)		
Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux conditions générales		
Equipement 100% Santé (Classe A) (dans la limite des PLV)	1 monture + 2 verres de classe A	sans reste à charge
	Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien	Sans reste à charge
Equipement autre que 100% Santé (Classe B) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	Lunettes enfants jusqu'à 15 ans révolus de classe B (monture +2 verres)	200 €
	Lunettes adultes et enfants à compter du 16 ^{ème} anniversaire, de classe B (monture + 2 verres)	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 16ème 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 multi-focal ou progressif sphérique	
sphère de -4 à +4	75 €
sphère < -4 ou >+4	105 €
Verre multi-focal 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	
Équipement 100 % Santé (classe I) (dans la limite des PLV)	Sans reste à charge
Équipement autre que 100 % Santé (classe II)	Limité à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale / par bénéficiaire
Accessoires et fournitures	Piles non remboursées par la Sécurité sociales pour appareil auditif

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

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, 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. 174-6 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.

(6) Séances d'accompagnement par un psychologue conventionné, dans le cadre du dispositif « **Mon soutien psy** ». pour prendre RDV avec un psychologue partenaire, consulter l'annuaire en ligne sur monsoutienpsy.ameli.fr.