

Avenant n° 4 du 13 avril 2026

à l'accord du 1^{er} octobre 2012
relatif à la création d'une obligation conventionnelle de souscrire
un socle minimal de « protection santé »
(transport de marchandises)

NOR : ASET2650574M

IDCC : 16

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

OTRE ;

TLF ;

FNTR ;

FNTV,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

SNATT CFE-CGC ;

FNST CGT ;

FGT CFTC ;

FGTE CFDT ;

FO UNCP,

d'autre part,

Préambule

Par décret n° 2025-1131 du 26 novembre 2025 pris pour l'application des articles L. 165-1 et suivants du code de la sécurité sociale, a été étendue une prise en charge renforcée des prestations « 100 % santé », pour certaines prothèses capillaires et la location courte durée de véhicules destinés à des personnes en situation de handicap.

L'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale a été complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 7° Des dépenses d'acquisition, à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les prothèses capillaires appartenant à une classe faisant l'objet d'une prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;

8° Des dépenses d'acquisition, à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour des véhicules destinés à des personnes en situation de handicap inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et faisant l'objet d'une prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1. »

Par le présent avenant, les partenaires sociaux mettent à jour les dispositions de l'accord du 1^{er} octobre 2012 portant création d'une obligation conventionnelle de souscrire un socle minimal de « protection santé » dans les entreprises du transport routier de marchandises et des activités auxiliaires du transport et conviennent de ce qui suit :

Article 1^{er} | Mise à jour des prestations

À compter du 1^{er} janvier 2026, les prestations de la complémentaire santé mise en place par l'accord du 1^{er} octobre 2012 portant création d'une obligation conventionnelle de souscrire un socle minimal de « protection santé » dans les entreprises du transport routier de marchandises et des activités auxiliaires du transport sont modifiées et remplacées par les nouvelles prestations annexées au présent avenant.

Article 2 | Période de tolérance. Précisions du BOSS

Le cahier des charges des contrats dits « responsables », au sens de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, a été modifié par le décret en Conseil d'État n° 2025-1131 du 26 novembre 2025 :

- depuis le 1^{er} décembre 2025, il prévoit un accès sans reste à charge à certains véhicules pour personnes en situation de handicap ;
- depuis le 1^{er} janvier 2026, il prévoit un accès sans reste à charge à certaines prothèses capillaires.

Depuis ces dates, les organismes complémentaires doivent garantir auprès de leurs assurés, adhérents et souscripteurs le remboursement de ces dispositifs.

Toutefois, afin de prendre en compte les contraintes juridiques et techniques liées à la modification des contrats et des actes fondateurs des régimes de protection sociale complémentaire, il est demandé que les contrôles réalisés par les URSSAF ne conduisent pas à une remise en cause du caractère responsable des contrats de la façon suivante :

- dans les contrats complémentaires frais de santé conclus, renouvelés ou prenant effet d'ici le 1^{er} juin 2026 compris, l'absence de mention de ces nouvelles garanties sur les prothèses capillaires et les fauteuils roulants n'est pas de nature, jusqu'au 31 décembre 2026, à priver ces contrats de leur caractère responsable. Les contrats conclus, renouvelés ou prenant effet après le 1^{er} juin 2026 devront, quant à eux, mentionner immédiatement le remboursement complémentaire de ces garanties pour être considéré comme un contrat responsable ;
- s'agissant des régimes collectifs et obligatoires frais de santé institués par un des actes visés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, dès lors qu'ils mentionneraient les garanties du cahier des charges du contrat responsable, l'absence de mention de la prise en charge des nouvelles garanties précitées n'est pas de nature à remettre en cause le bénéfice de l'exclusion d'assiette jusqu'à l'entrée en vigueur de la prochaine modification desdits actes et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2026.

Article 3 | Dispositions spécifiques

Entreprises de moins de 50 salariés

Les présentes dispositions sont applicables quel que soit l'effectif de l'entreprise sans qu'il soit nécessaire de prévoir de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Égalité professionnelle

Les partenaires sociaux de la branche affirment leur attachement à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et, conformément aux dispositions du code du travail, s'engagent à tendre à la suppression des écarts de rémunérations et à promouvoir l'objectif d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes. Cet engagement a d'ailleurs été rappelé dans l'accord conventionnel de branche du 4 juin 2020 sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.

Article 4 | Durée et entrée en application

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et entre en application à compter de sa signature, dans le respect des dates visées ci-dessus.

Article 5 | Publicité et dépôt

Le présent avenant fera l'objet d'un dépôt à la direction générale du travail du ministère du travail et d'une demande d'extension dans les conditions légales et réglementaires.

Fait à Paris, le 13 avril 2026.

(Suivent les signatures.)

Annexe I Tableau de garanties régime frais de santé TRM

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MEDICAUX	
Consultations et visites de médecins généralistes :	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	150% de la BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	130% de la BR
Consultations et visites de médecins spécialistes :	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	200% de la BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	130% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, obstétrique et actes techniques médicaux (exemple : extraction d'un grain de beauté) :	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200% de la BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% de la BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX	
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, ...)	100% de la BR
AUTRES HONORAIRES	
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale	100% de la BR
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie ...)	
Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% de la BR
Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
Analyses et examens de laboratoire	100% de la BR
MEDICAMENTS	
Médicaments remboursés par la SS	100 % de la BR
MATERIEL MEDICAL inscrit à la Liste des Produits de Prestations (LPP)	
Matériel médical "100% santé" (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
Matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - attelles, lits médicaux, accessoires...	100% de la BR

HOSPITALISATION	
HONORAIRES	
Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	250% de la BR
Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% de la BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Prise en charge intégrale
FRAIS DE SEJOUR	225 % de la BR
AUTRES PRESTATIONS	
Chambre particulière par jour (y compris maternité)	75 €
Frais d'accompagnant par jour (moins de 16 ans)	50 €
FORFAIT ACTES LOURDS ET FORFAIT PATIENT URGENCES	Prise en charge intégrale
OPTIQUE - Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles	
EQUIPEMENT "100 % SANTE" (*)	
Monture + 2 verres de tous types de classe A	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
EQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)	
Grille optique	
A - Equipement composé de deux verres « simples »	Verres : 280 € Y compris monture : 100 €
B - Equipement composé d'un verre « simple » (A) et d'un verre « complexe » (C)	Verres : 310 € Y compris monture : 100 €
C - Equipement composé de deux verres « complexes »	Verres : 340 € Y compris monture : 100 €
D - Equipement composé d'un verre « simple » (A) et d'un verre « très complexe » (F)	Verres : 320 € Y compris monture : 100 €
E - Equipement composé d'un verre « complexe » (C) et d'un verre « très complexe » (F)	Verres : 350 € Y compris monture : 100 €
F - Equipement composé de deux verres « très complexes »	Verres : 360 € Y compris monture : 100 €
PRESTATION D'ADAPTATION	
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A et B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
LENTILLES	
Lentilles correctrices	
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables) / 2 ans / bénéficiaire	200 € ⁽¹⁾
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables) / 2 ans / bénéficiaire	80 €

DENTAIRE	
SOINS	
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage ...)	100% de la BR
SOINS ET PROTHESES "100 % SANTE"	
Soins et prothèses "100 % Santé" (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation
PROTHESES	
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	200% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres	200% de la BR
AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE	
Implantologie (pilier + implant) / limité à 3 implants / bénéficiaire / an	100 €
ORTHODONTIE	
Orthodontie remboursée par la SS / semestre / bénéficiaire	200% de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS / semestre / bénéficiaire	100 €
AIDE AUDITIVE - Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille	
EQUIPEMENT "100 % SANTE" (*)	
Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)	La prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS
Aide auditive remboursée par la SS / par appareil	150% de la BR
ACCESSOIRES REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE	
Petits accessoires auditifs (piles...)	150% de la BR
PREVENTION ET MEDECINE DOUCE	
FORFAIT GLOBAL MEDECINE DOUCE	
Forfait médecines douces non remboursées par la Sécurité sociale : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique / par an et par bénéficiaire	110 €
Forfait global vaccins (prescrits et non remboursés) / an / bénéficiaire	20 €
SEVRAGE TABAGIQUE PRESCRIT	
Sevrage tabagique (prescrit) / an / bénéficiaire	65 €
DIVERS	
NAISSANCE - ADOPTION	
Forfait maternité - adoption / par enfant	350 €
TRANSPORT	
Frais de transport remboursés par la SS	115% de la BR

SERVICES	Assistance, Réseau de soins, Téléconsultation, 2 nd avis médical
----------	---

(1) Au-delà du forfait, prise en charge du TM.

* : Tels que définis règlementairement / **Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-ACO (option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie, chirurgie et obstétrique) / **SS** : Sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale / **BRR** : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / **RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale / **FR** : Frais réels / **TM** : Ticket modérateur / **TC** : Tarif de convention / **Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale** : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / **Honoraire limite de facturation** : La prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / **Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive** : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement