

Accord du 27 mai 2026 relatif à la complémentaire santé

NOR : ASET2650669M

IDCC : 1486

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

SYNTEC ;

CINOV,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

F3C CFDT ;

CFTC Média+,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche des bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils conviennent de mettre en place un dispositif collectif de protection sociale complémentaire destiné à garantir aux salariés une couverture frais de santé. Ce dispositif vise notamment à définir un socle commun applicable à l'ensemble des entreprises de la branche, tout en assurant un niveau de protection homogène pour les salariés.

Le régime de complémentaire santé de la branche repose sur un mécanisme de mutualisation entre les entreprises et assure un niveau de garanties adapté aux besoins et aux spécificités de la branche.

Le présent accord s'inscrit dans le cadre d'une révision rédactionnelle des stipulations existantes, et se substitue à l'accord du 7 octobre 2015 tel qu'il résulte des modifications portées par l'avenant n° 9 du 22 octobre 2025, dont il reprend le contenu.

Il permet la consolidation de l'ensemble des stipulations précédemment négociées au sein d'un cadre conventionnel unique, en vue d'en faciliter la lecture, l'appropriation et l'application par les entreprises et par les salariés de la branche.

Il définit, d'une part, le niveau minimal de garanties en matière de remboursement des frais de santé et, d'autre part, les modalités d'organisation du régime. Toutefois, les modalités de suivi du régime sont prévues par un accord distinct relatif au comité paritaire de surveillance.

Article 1^{er} | Adhésion du salarié

Article 1.1 | Définition des salariés relevant de la couverture minimale et du régime de branche

Tout salarié relevant d'une entreprise entrant dans le champ d'application de la convention collective est bénéficiaire de la couverture minimale de branche définie en annexe I, et dénommée « base conventionnelle ».

Cette couverture s'étend :

- dans le cadre de la structure « salarié + enfants obligatoires/conjoint facultatif », aux enfants à charge du salarié ;
- le cas échéant, dans le cadre de la structure « isolé/famille obligatoire », aux enfants à charge et/ou au conjoint du salarié.

Les bénéficiaires du régime de branche (ci-après « le régime ») sont les salariés des entreprises y ayant librement adhéré ainsi que leurs ayants droit, en application des stipulations de l'article 5 du présent accord.

Article 1.2 | Définition des ayants droit

Les enfants à charge du salarié s'entendent comme les enfants à la charge de l'assuré ou ceux de son conjoint lorsqu'ils sont :

- d'une part, âgés de moins de 18 ans ;
- d'autre part, bénéficiaires d'un régime de sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré, de celle de son conjoint, ou d'une affiliation personnelle.

Cette limite d'âge est portée jusqu'à la veille du 26^e anniversaire pour les enfants qui poursuivent leurs études et qui, d'une part, ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée et, d'autre part, sont fiscalement à la charge de l'assuré. Elle est portée au même âge pour les enfants qui suivent une formation en alternance (contrat de professionnalisation et d'apprentissage).

Cette limite d'âge est supprimée en cas de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Le conjoint du salarié s'entend, quant à lui, comme :

- l'époux(se) du salarié, non divorcé(e) ou non séparé(e) de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- la personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité (Pacs) dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil ;
- la personne avec laquelle le salarié vit en couple au sens de l'article 515-8 du code civil, depuis au moins deux (2) ans ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés ni liés par un Pacs), et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins.

Article 1.3 | Dispenses d'adhésion à l'initiative du salarié

L'adhésion des salariés au régime de complémentaire santé mis en place par leur entreprise est par principe obligatoire. Toutefois, les salariés ont la faculté de refuser leur adhésion dans les conditions prévues aux articles D. 911-2, D. 911-3 et R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale.

Les dispenses d'ordre public peuvent être sollicitées par les salariés ne souhaitant pas souscrire au contrat collectif sans qu'elles ne soient prévues par l'acte de droit du travail instituant les garanties, dans le respect des dispositions légales et réglementaires en vigueur. Ces dispenses concernent :

1° Les salariés embauchés avant la mise en place, par décision unilatérale, du régime prévoyant une cotisation salariale ;

2° Les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, dite « Complémentaire santé solidaire – C2S » ;

3° Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé à titre principal ou en tant qu'ayants droit ;

4° Les salariés bénéficiant au titre d'un autre emploi pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective obligatoire, d'une couverture relevant des organismes de protection sociale complémentaire des fonctionnaires, d'une couverture relevant du régime local d'Alsace-Moselle, d'une couverture relevant du régime complémentaire de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières, ou d'une couverture relevant des contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » ;

5° Les salariés en contrat à durée déterminée ou un contrat de mission dont la durée de la couverture santé collective obligatoire est inférieure à 3 mois et qui justifient d'une couverture santé « responsable ».

Le présent accord ne prévoit pas de cas de dispense conventionnelle. En conséquence, les dispenses dites « facultatives » ne peuvent être sollicitées par les salariés que si elles sont expressément mentionnées dans l'acte juridique instituant les garanties, si celui-ci est mis en place au niveau de l'entreprise.

En présence d'un tel acte, pourront être dispensés d'adhésion, dans le respect des dispositions légales et réglementaires en vigueur :

1° Les salariés et apprentis ayant conclu un contrat à durée déterminée ou un contrat de mission d'une durée d'au moins 12 mois, et qui justifient d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;

2° Les salariés à temps partiel et les apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;

3° Les salariés bénéficiaires, y compris en tant qu'ayant droit, d'un dispositif de couverture collective obligatoire, sous réserve de le justifier chaque année ;

4° Les salariés couverts par un dispositif de protection sociale complémentaire dont le financement est exclusivement patronal ;

5° Les salariés bénéficiaires, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective obligatoire à condition de le justifier chaque année ;

6° Les salariés embauchés avant la mise en place, par décision unilatérale, d'un dispositif de protection sociale complémentaire collectif et obligatoire dont le financement est exclusivement patronal.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire, chaque année, la demande de dispense accompagnée des justificatifs des salariés concernés. Cette demande mentionne que le salarié a été préalablement informé des conséquences de son choix.

Article 2 | Adhésion optionnelle du salarié

Article 2.1 | Extension du périmètre de couverture

Au-delà du périmètre de couverture obligatoire défini à l'article 1.1 du présent accord, les entreprises adhérentes au régime doivent proposer des dispositifs optionnels financés par les salariés pour permettre l'extension de la couverture au conjoint du salarié dans le cadre de la structure « salarié + enfant(s) obligatoires/conjoint facultatif ».

En tout état de cause, lorsque l'employeur opte pour la structure de cotisation « isolé/famille obligatoire », la couverture prévue par le présent accord bénéficie, hors cas de dispense, à l'ensemble des ayants droit du salarié, entendus comme son ou sa conjoint(e) ainsi que son ou ses enfant(s) à charge.

Article 2.2 | Amélioration du niveau des garanties

Au-delà du niveau de garanties minimum ayant été choisi par l'employeur, et sauf à ce que ce dernier ait opté pour le niveau de couverture le plus avantageux, l'entreprise doit proposer des options permettant une prise en charge renforcée des frais de santé de ses salariés. Ces options facultatives sont financées par les salariés.

Article 3 | Suspension ou rupture du contrat de travail

Article 3.1 | Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

a) Cas de maintien du bénéfice du régime

Les garanties sont intégralement maintenues aux salariés dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions légales et réglementaires suivantes :

- lorsque la suspension intervient pour cause de maternité, de paternité, de maladie ou d'accident du travail, d'accident de trajet ou toute autre cause ouvrant droit, soit à maintien total ou partiel de salaire par l'entreprise, soit à indemnités journalières de la sécurité sociale et/ou complémentaires ;
- lorsque la suspension intervient pour cause d'invalidité d'origine professionnelle ou non, ouvrant droit au versement d'une pension d'invalidité au titre du régime de prévoyance lourde.

Dans ces hypothèses, l'employeur et le salarié continuent de verser la même cotisation qu'avant la suspension du contrat de travail, pendant la durée de ladite suspension.

b) Autres cas de suspension

Dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail, n'ouvrant pas ou plus droit à maintien de salaire ou indemnisation de la part de l'employeur (y compris versée par l'intermédiaire d'un tiers), l'obligation de cotiser et le versement des prestations sont également suspendus.

Toutefois, les salariés pourront, sur demande écrite auprès de l'employeur, continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part employeur et part salarié).

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

Article 3.2 | Portabilité des garanties en cas de rupture du contrat de travail

La cessation de l'affiliation obligatoire est régie par les dispositions légales et réglementaires en vigueur, et intervient notamment en cas de décès du salarié et de rupture du contrat de travail.

Toutefois, en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié bénéficie du maintien des garanties afférentes au remboursement des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident sans contrepartie de cotisation dans les conditions fixées à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Le maintien de garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail, pendant une durée correspondant à celle du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois.

Le maintien de garanties cesse à la date de reprise d'un autre emploi ou d'un arrêt de la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Pour l'application de cette mesure, l'entreprise signale le maintien des garanties dans le certificat de travail remis au salarié et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions pour bénéficier du maintien des garanties.

À l'issue de cette période, les anciens salariés relevant des situations suivantes peuvent demander à l'organisme assureur, dans un délai de six (6) mois, le maintien de la garantie conventionnelle obligatoire en vigueur à cette date :

- l'ancien salarié en fin de période de portabilité : l'organisme assureur établit la procédure permettant d'évaluer la cotisation entièrement à la charge de l'intéressé, sans qu'elle puisse excéder les limites fixées par la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et ses décrets d'application ;
- l'ancien salarié titulaire d'une pension d'incapacité ou d'invalidité, participant de la couverture collective au jour de la rupture de son contrat de travail : la cotisation totale est alors entièrement à sa charge ;
- l'ancien salarié titulaire d'une pension de retraite, participant de la couverture collective au jour de la rupture définitive de son contrat de travail : l'organisme assureur établit la procédure permettant d'évaluer la cotisation entièrement à la charge de l'intéressé, sans qu'elle puisse excéder les limites fixées par la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et ses décrets d'application.

Article 4 | Financement de la cotisation

Article 4.1 | Répartition de la cotisation entre employeur et salarié

Les cotisations au titre de la couverture minimum de branche obligatoire sont réparties entre l'entreprise et le salarié selon des taux d'au moins 50 % à la charge de l'employeur et au plus 50 % à la charge du salarié.

La quote-part salariale de la cotisation de la couverture collective obligatoire est retenue mensuellement par précompte sur la rémunération brute du salarié et figure sur le bulletin de paie.

Objet du versement santé

L'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale prévoit que certains salariés peuvent obtenir de la part de leur employeur un financement afin de participer à la prise en charge de la couverture santé qu'ils auront souscrite par ailleurs (ci-après « versement santé »). Le versement se substitue ainsi à la participation employeur versée dans le cadre d'un régime collectif et obligatoire et, le cas échéant, à la portabilité.

Bénéficiaires

Peuvent bénéficier du versement santé, sous réserve de respecter les conditions d'octroi ci-après exposées, les salariés dont la durée du contrat de travail est inférieure ou égale à trois (3) mois et les salariés dont la durée effective du travail prévue par le contrat de travail est inférieure ou égale à quinze (15) heures par semaine.

Conformément à l'article L. 911-7-1 III du code de la sécurité sociale, ces salariés relèvent exclusivement du dispositif du versement santé et n'entrent pas dans le champ d'application du régime mis en place par leur entreprise.

Conditions d'octroi

Pour percevoir le « versement santé », le salarié doit avoir souscrit un contrat responsable au sens des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Le « versement santé » ne peut en outre être cumulé avec :

- une couverture financée par les fonds publics tels que la complémentaire santé solidaire prévue aux articles L. 861-1 et suivants du code de la sécurité sociale ou la participation financière d'une collectivité publique ;
- une couverture collective et obligatoire au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, y compris en tant qu'ayant droit.

Le salarié doit justifier l'existence de sa couverture par ailleurs et de la compatibilité de celle-ci avec le versement santé, par tout moyen, en produisant à son employeur une copie du contrat d'assurance au titre duquel il est assuré ainsi qu'une attestation de l'organisme assureur sur le caractère responsable du dispositif.

Modalités de calcul

Le montant du versement santé est calculé selon les modalités prévues à l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale^[1]. En tout état de cause, le versement santé perçu par le salarié au sein de la même entreprise sur un (1) mois civil d'activité ne pourra pas excéder le montant de la cotisation mensuelle acquittée par le salarié au titre de sa couverture souscrite par ailleurs.

Article 5 | Choix des organismes assureurs du régime

Bien qu'ils souhaitent préserver la liberté de choix de l'employeur, les partenaires sociaux entendent permettre aux entreprises et aux salariés de bénéficier d'une couverture complémentaire des frais de santé répondant à leurs besoins, à des conditions tarifaires préalablement définies.

À l'issue d'une procédure de mise en concurrence conforme aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, plusieurs organismes assureurs sont recommandés par les partenaires sociaux dans le but de proposer un contrat collectif de branche aux entreprises, dont l'existence est formalisée par une convention d'assurance et de gestion.

[1] Sur les modalités de calcul du versement santé, voir Bulletin officiel de la sécurité sociale, point 850.

Ces recommandations n'ont aucune valeur contraignante ou pénalisante pour les entreprises.

Les partenaires sociaux s'engagent à procéder à un nouvel appel d'offres tous les cinq (5) ans, sauf si le régime présente un déséquilibre financier marqué et/ou des prestations non conformes au cahier des charges, nécessitant dès lors un appel d'offres anticipé.

Par souci d'assurer au mieux l'équilibre financier du régime et de diviser les risques, les partenaires sociaux devront définir dans l'appel d'offres des dispositions permettant de répondre à cet objectif et prévoiront la désignation parmi les organismes assureurs recommandés d'une société apéritrice, en charge de la gestion du contrat collectif, de la consolidation et de la sinistralité.

Article 6 | Action sociale de branche

Les partenaires sociaux souhaitent mettre en place des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif.

Article 6.1 | Bénéficiaires de l'action sociale

L'action sociale est mise en œuvre au profit des bénéficiaires du régime complémentaire santé de branche.

Article 6.2 | Garanties de l'action sociale

L'action sociale mise en place par le présent accord peut concerner des actions collectives de prévention ainsi que des actions individuelles en cas de difficultés d'ordre social ou économique, notamment sous forme d'aides exceptionnelles sous conditions de ressources.

Les partenaires sociaux signataires du présent accord ont défini comme prioritaires les actions de prévention suivantes :

- la promotion des pratiques sportives ;
- l'amélioration de l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle ;
- la résolution des problématiques d'inclusion appliquées à la santé.

Les organismes recommandés cités à l'article 1^{er} de l'annexe III du présent accord proposent les modalités pratiques de mise en œuvre de ces actions.

Les aides sociales individuelles susceptibles d'être accordées aux salariés sous condition de ressources comprennent nécessairement :

- l'aide à la couverture des salariés et de leurs ayants droit les plus en fragilité ;
- l'aide au financement des activités sportives ;
- l'aide au financement des médecines douces.

Ces actions s'intègrent dans le cadre global de la politique santé et prévention de branche.

Il est rappelé que ces actions prioritaires ainsi que la communication associée à leur déploiement, sont financées selon les modalités définies à l'article 6.4 du présent accord.

Article 6.3 | Gouvernance du fonds d'action sociale des organismes assureurs recommandés

Dans le cadre du régime et sur la base des orientations politiques retenues par le comité paritaire de surveillance visé par l'accord de branche du 27 mai 2026 relatif à ce même comité, la société apéritrice pilote la gestion administrative et financière du fonds dédié à l'action sociale et assure la communication de données administratives et financières auprès du comité paritaire de surveillance.

Article 6.4 | Financement de l'action sociale

Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, 2 % du montant de la prime ou de la cotisation globale acquittée par l'employeur et le salarié sont affectés au fonds d'action sociale des organismes assureurs recommandés ou au financement des prestations servies dans le cadre de l'action sociale pour les organismes assureurs non recommandés.

Le fonds d'action sociale des organismes assureurs recommandés bénéficie exclusivement aux salariés couverts par ceux-ci.

Les actions visées à l'article 6.2 ainsi que la communication y afférente sont financées par le fonds d'action sociale.

Article 7 | Suivi du régime

Les organismes assureurs choisis fourniront semestriellement au comité paritaire de surveillance un rapport établi conformément aux modalités définies dans la convention d'assurance et de gestion conclue avec les organismes assureurs recommandés.

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, le ou les organismes assureurs adressent annuellement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport sur la mise en œuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre.

Les modalités précises de suivi du régime sont définies par l'accord de branche du 27 mai 2026 relatif au comité paritaire de surveillance.

Article 8 | Information des entreprises adhérentes et des salariés bénéficiaires du régime

Les parties considèrent qu'un niveau adapté d'information permanente des bénéficiaires est essentiel à la compréhension de leurs droits et obligations et à la réalisation des objectifs du présent accord.

Dans ce cadre, les organismes assureurs devront prendre l'engagement :

- d'assurer auprès des entreprises concernées et de leurs salariés une communication claire et accessible, sur la base de supports d'information élaborés en concertation avec les partenaires sociaux, afin de garantir la bonne compréhension et l'appropriation du régime ;
- d'établir et mettre à disposition une notice d'information détaillant les garanties et leurs modalités d'application, la transmettre à chaque entreprise adhérente par tout moyen, y compris par voie dématérialisée, ce qui vaudra notification au sens des articles L. 932-6 du code de la sécurité sociale, L. 141-4 du code des assurances et L. 221-6 du code de la mutualité ;
- mettre à jour cette notice en cas d'évolution des garanties. Lorsque les modifications entraînent des rectifications non significatives de la notice initiale, l'information pourra être assurée par la diffusion d'une fiche rectificative destinée à compléter ou mettre à jour la notice initiale.

Les entreprises ont l'obligation de porter cette notice à la connaissance des salariés, lors de leur affiliation ainsi qu'à chaque mise à jour.

En cas de rupture du contrat de travail, et au plus tard le dernier jour de la relation contractuelle, les entreprises doivent informer les salariés du maintien possible des garanties en application des dispositions légales et des conditions dans lesquelles ils peuvent en bénéficier.

Article 9 | Garanties

La couverture minimum de branche a pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais de santé considérés par les partenaires sociaux de la branche comme devant

obligatoirement être couverts pour l'ensemble des salariés travaillant dans les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective et, le cas échéant, pour leurs enfants à charge et/ou leur conjoint.

Les partenaires sociaux affirment leur volonté d'améliorer les garanties réglementaires existantes au jour de la conclusion du présent accord. Sont couverts les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de la sécurité sociale au titre de la législation maladie, accident du travail, maladie professionnelle et maternité.

Afin de prévenir les risques en matière de santé, les partenaires sociaux intègrent et valorisent des actions de prévention au sein des garanties du régime.

Les garanties respectent nécessairement les exigences du contrat « responsable », notamment en matière d'interdictions et d'obligations minimales et maximales de prise en charge, conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale.

Article 10 | Stipulations juridiques et administratives

Champ d'application territorial et professionnel

Le présent accord s'applique sur l'ensemble du territoire national aux entreprises visées par la convention collective des bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils du 15 décembre 1987 (IDCC 1486).

Date d'effet. Durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il prend effet le premier jour du mois civil suivant la date de publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel*.

Conditions de révision de l'accord

Le présent accord pourra faire l'objet d'une révision conformément aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

Toute demande de révision sera obligatoirement accompagnée d'une proposition de rédaction nouvelle. Celle-ci sera notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception à chacune des autres parties signataires.

Le plus rapidement possible et, au plus tard, dans un délai de trois (3) mois à partir de la réception de cette lettre par l'ensemble des organisations syndicales et d'employeurs représentatives, ces dernières devront avoir été invitées à se rencontrer en vue de la conclusion éventuelle d'un avenant de révision.

Cet accord sera soumis aux règles de validité et de publicité en vigueur au jour de sa signature.

Dépôt et extension de l'accord

Le présent accord fera l'objet d'une demande d'extension par la partie la plus diligente auprès du ministère du travail en application de l'article L. 2261-24 du code du travail.

Conditions d'adhésion à l'accord

Peuvent adhérer au présent accord toute organisation syndicale de salariés représentative dans le champ d'application de la convention collective des bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils ainsi que toute organisation syndicale ou association d'employeurs ou des employeurs pris individuellement, conformément aux articles L. 2261-3 et L. 2261-4 du code du travail.

Stipulations spécifiques aux entreprises de moins de cinquante (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 stipulations 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.

Entreprises en création

Les entreprises en création disposent d'un délai de trois (3) mois pour satisfaire aux garanties prévues par la couverture minimale de branche, et ce auprès de tout organisme de leur choix.

Fait à Paris, le 27 mai 2026.

(Suivent les signatures.)

Annexe I Tableaux des garanties

Les niveaux de garanties, présentés dans les tableaux ci-après, intègrent les remboursements opérés par l'assurance maladie obligatoire (sécurité sociale) lorsque celle-ci intervient (« actes remboursés par la sécurité sociale »). À défaut, les remboursements sont uniquement opérés par l'organisme de complémentaire santé (« actes non remboursés par la sécurité sociale »).

Il est précisé que l'ensemble des garanties satisfait aux conditions des contrats responsables et qu'en tant que de besoin, la garantie se lit comme se conformant nécessairement auxdites conditions.

Il est précisé que les remboursements de l'assurance maladie pour les actes en secteur « non conventionné » sont opérés sur une base de tarifs réglementaires (tarif d'autorité), dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les actes opérés en secteur « conventionné ».

HOSPITALISATION EN ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ ¹					BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3
Actes remboursés par la Sécurité sociale							
Frais de séjour					175% BR	200% BR	300% BR
Honoraires ²	Praticien adhérent DPTAM *				195% BR	220% BR	525% BR
	Praticien non adhérent DPTAM *				175% BR	200% BR	200% BR
Actes NON remboursés par la Sécurité sociale							
Forfait journalier hospitalier ³ - <i>Par journée ou par nuitée</i>					100% DE	100% DE	100% DE
Chambre particulière - <i>Par journée ⁴ ou par nuitée</i>					45 €	80 €	100 €
Lit d'accompagnant - <i>Par nuitée</i>					45 €	80 €	100 €
Allocation maternité ou adoption	En cas de naissance ou adoption						400 €
	En cas de naissance gémellaire						800 €
* DPTAM = Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées : en adhérent à ces dispositifs (OPTAM ou OPTAM-CO en Chirurgie et Obstétrique), les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies avec la Sécurité sociale dans la convention médicale. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, il est possible de consulter le site internet.annuaire.sante.ameli.fr. BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale : il s'agit de la part qui est remboursée par l'assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale). DE = Dépense Effective : il s'agit du montant total des dépenses engagées par l'assuré auquel est déduit le remboursement réalisé par l'assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale).							

¹ Sont uniquement concernés les frais de médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie (hors chirurgie esthétique) en établissement hospitalier conventionné. **En établissement hospitalier non conventionné, la prise en charge est limitée au remboursement du Ticket Modérateur (TM).**

² Y compris la participation forfaitaire sur les actes lourds.

³ Sans limitation de durée.

⁴ La chambre particulière par journée correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie avec admission et sortie le même jour (ambulatoire).

SOINS COURANTS ⁵		BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3
Actes remboursés par la Sécurité sociale					
Honoraires médicaux généraliste Consultation, consultation en ligne, visite	Praticien adhérent DPTAM *	100% BR	150% BR	220% BR	400% BR
	Praticien non adhérent DPTAM *	100% BR	130% BR	200% BR	200% BR
Honoraires médicaux spécialiste Consultation, consultation en ligne, visite	Praticien adhérent DPTAM *	195% BR	220% BR	300% BR	450% BR
	Praticien non adhérent DPTAM *	175% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Actes techniques médicaux	Praticien adhérent DPTAM *	150% BR	170% BR	170% BR	250% BR
	Praticien non adhérent DPTAM *	130% BR	150% BR	150% BR	200% BR
Actes d'imagerie médicale + actes d'échographie	Praticien adhérent DPTAM *	100% BR	145% BR	170% BR	350% BR
	Praticien non adhérent DPTAM *	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes.		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Psychologie dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy »		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Matériel médical : appareillage et prothèses médicales (<i>Hors aides auditives et optique</i>)		175% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Frais de transport sanitaire : ambulance, taxi conventionné (<i>Hors SMUR ⁶</i>)		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments	Médicaments remboursés à 65%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
	Médicaments remboursés à 30%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
	Médicaments remboursés à 15%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

⁵ Après d'un professionnel conventionné ou non.

⁶ SMUR : Service Médical d'Urgence Régional : Il s'agit d'une organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

SOINS COURANTS ⁷		BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3
Actes NON remboursés par la Sécurité sociale					
Médecines douces ⁸ : Acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ostéopathe, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, tabacologue (<i>Sur présentation d'une facture originale</i>)		2 consultations plafonnées à 30 €	3 consultations plafonnées à 30 €	4 consultations plafonnées à 30 €	5 consultations plafonnées à 50 €
Sevrage tabagique ⁷ (<i>Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée</i>)				50 €	100 €
Vaccin antigrippal ⁷ (<i>Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée</i>)				Frais réels plafonnés à 15 €	Frais réels plafonnés à 70 €
Contraception féminine ⁷ (<i>Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée</i>)				50 €	100 €
Ostéodensitométrie osseuse ⁷ (<i>Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée</i>)				50 €	100 €
Autres vaccins ⁷ (<i>Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée</i>)				90 €	100 €
Assistance Santé		Oui	Oui	Oui	Oui

⁷ Après d'un professionnel conventionné ou non.

⁸ Par année civile et par bénéficiaire.

DENTAIRE ⁹		BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3
Actes remboursés par la Sécurité sociale					
Soins et prothèses « 100% Santé »	Équipements « 100% santé » *	100% pris en charge	100% pris en charge	100% pris en charge	100% pris en charge
	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie (sans dépassement d'honoraire)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie (avec dépassements d'honoraires)	150% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Prothèses ¹⁰ Tarif maîtrisé	Inlay/onlay	150% BR	200% BR	200% BR	200% BR
	Dents du sourire ¹¹	250% BR	300% BR	450% BR	550% BR
	Dents de fond de bouche ¹²	175% BR	200% BR	350% BR	450% BR
	Inlays cores	150% BR	200% BR	200% BR	250% BR
Prothèses ¹⁰ Tarif libre	Dents du sourire ¹¹	250% BR	300% BR	450% BR	550% BR
	Dents de fond de bouche ¹²	175% BR	200% BR	350% BR	450% BR
	Inlays cores	150% BR	200% BR	200% BR	250% BR
Implantologie ¹³	Couronne sur implant : dents du sourire ¹¹	250% BR	300% BR	450% BR	550% BR
	Couronne sur implant : dents de fond de bouche ¹²	175% BR	200% BR	350% BR	450% BR
Orthodontie ¹⁴ - Par semestre de traitement et par bénéficiaire		250% BR	300% BR	350% BR	450% BR
* Dispositif « 100 % Santé » par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale) et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.					

⁹ Après d'un professionnel conventionné ou non.

¹⁰ Application d'un plafond de prothèse dentaire hors équipement « 100% Santé » : pose de prothèses de nature temporaire ou permanente sur deux (2) dents, par an et par bénéficiaire. Au-delà de ce plafond de deux (2) dents, la prise en charge est limitée à 125 % de la BR des frais de soins dentaires prothétiques (article D. 911-1, 2° du Code de la Sécurité sociale).

¹¹ Les dents du sourire correspondent aux dents n° 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44.

¹² Les dents de fond de bouche correspondent aux dents n° 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48.

¹³ Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés dans la limite des prix limites de vente (PLV) et à tarifs libres.

¹⁴ Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base de la codification de la Sécurité sociale indiquée pour l'orthodontie et sur la Base de Remboursement de l'acte indiqué sur la ligne correspondant aux soins et prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.

DENTAIRE ¹⁵		BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3
		Actes NON remboursés par la Sécurité sociale			
Parodontologie - <i>Par an et par bénéficiaire</i>					
Prothèses	Couronne et pilier de bridge sur dents non délabrées (vivantes) - <i>Par année et par bénéficiaire</i>	150 €	200 €	300 €	300 €
Implantologie	Racine et pilier implantaire - <i>Par année et par bénéficiaire</i>	500 €	500 €	500 €	800 €
Orthodontie ¹⁶	Au-delà de 25 ans : sur avis du chirurgien-dentiste consultant de l'organisme assureur - <i>Par semestre de traitement et par bénéficiaire</i>		250% BR ¹⁷	250% BR ¹⁸	350% BR ¹⁸

¹⁵ Après d'un professionnel conventionné ou non

¹⁶ Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base de la codification de la Sécurité sociale indiquée pour l'orthodontie et sur la Base de Remboursement de l'acte indiqué sur la ligne correspondant aux soins et prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.

¹⁷ Dans ce cas, le remboursement opéré par l'organisme de complémentaire santé est réalisé par référence à la Base de Remboursement reconstituées de la cote « TO90 ».

AIDES AUDITIVES ¹⁸					
Aides auditives de classe I ^{**} (Équipements « 100 % Santé » [*])		BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3
Aides auditives de classe II ^{** 19} - <i>Par oreille</i>	Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité ²⁰	100% pris en charge	100% pris en charge	100% pris en charge	100% pris en charge
	Bénéficiaire à compter du 21 ^{ème} anniversaire	450 €	600 €	1000 €	1000 €
Accessoires et fournitures		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
* Dispositif « 100 % Santé » par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale) et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. ** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B. BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.					

¹⁸ Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre (4) ans dans les conditions précisées par la « Liste des produits et prestations » (LPP) de la nomenclature de la Sécurité sociale (accessible sur le site www.ameli.fr).

¹⁹ Dans la limite de 1700 € (hors accessoires) par aide auditive (Ticket Modérateur et remboursement par l'assurance maladie obligatoire compris). Au minimum, remboursement de 100% BR.

²⁰ La cécité se définit comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction.

OPTIQUE ²¹		BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3
Actes remboursés par la Sécurité sociale					
Lunettes Monture + 2 verres ²² de Classe A	Équipement « 100% Santé » * (Y compris examen de la vue par l'opticien)	100% pris en charge	100% pris en charge	100% pris en charge	100% pris en charge
Lunettes Monture + 2 verres ¹⁹ de Classe B	Par verre	Voir tableau « Base conventionnelle »	Voir tableau « Base conventionnelle + Option 1 »	Voir tableau « Base conventionnelle + Option 2 »	Voir tableau « Base conventionnelle + Option 3 »
	Par monture				
Lentilles prescrites – Par année et par bénéficiaire		85 €	100 €	200 €	250 €
Actes NON remboursés par la Sécurité sociale					
Lentilles prescrites jetables ²³ - Par année et par bénéficiaire		85 €	100 €	200 €	250 €
Chirurgie optique réfractive - Par œil		700 €	800 €	900 €	1000 €

* Dispositif « 100 % Santé » par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale) et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

²¹ Renouvellement annuel en cas de renouvellement anticipé d'un équipement ou pour les enfants de moins de seize (16) ans révolus. Renouvellement tous les six (6) mois pour les enfants de moins de six (6) ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage. Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les deux (2) ans à compter du 16^{ème} anniversaire (hors situation médicale particulière pour les verres).
²² Les verres sont définis par les Codes « Liste des produits et prestations » (LPP) de la nomenclature de la Sécurité sociale (accessible sur le site www.ameli.fr).
²³ Pour les lentilles jetables acceptées, au minimum remboursement du Ticket Modérateur (TM) qui est la 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).

VERRES DE « CLASSE B » ET MONTURES (Montant total de la garantie, Sécurité sociale incluse)	BASE CONVENTIONNELLE		BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1		BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2		BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3	
	Adulte	Enfant (- 16 ans)	Adulte	Enfant (- 16 ans)	Adulte	Enfant (- 16 ans)	Adulte	Enfant (- 16 ans)
	Par verre Unifocal, Sphérique							
Sphère de -6 à +6	75 €	45 €	80 €	50 €	90 €	60 €	115 €	75 €
Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	85 €	80 €	90 €	85 €	100 €	95 €	125 €	120 €
Sphère < -12 ou > +12	95 €	85 €	100 €	90 €	110 €	100 €	140 €	125 €
Par verre Unifocal, Sphérique-cylindrique								
Cylindre ≤ +4, sphère de -6 à 0	85 €	55 €	90 €	60 €	100 €	70 €	125 €	90 €
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ +6	85 €	55 €	90 €	60 €	100 €	70 €	125 €	90 €
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +6	85 €	75 €	90 €	75 €	100 €	75 €	125 €	90 €
Cylindre ≤ +4, sphère < -6	95 €	85 €	100 €	90 €	110 €	100 €	140 €	125 €
Cylindre > +4, sphère de -6 à 0	105 €	95 €	110 €	100 €	120 €	110 €	150 €	140 €
Cylindre > +4, sphère < -6	115 €	105 €	120 €	110 €	130 €	120 €	165 €	150 €
Par verre Multifocal ou progressif sphérique								
Sphère de -4 à +4	135 €	110 €	140 €	115 €	160 €	125 €	200 €	155 €
Sphère de < -4 ou > +4	145 €	120 €	150 €	125 €	170 €	135 €	215 €	170 €
Par verre Multifocal ou Progressif Sphéro-cylindrique								
Cylindre ≤ +4, sphère de -8 à 0	155 €	130 €	160 €	135 €	180 €	145 €	225 €	180 €
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ +8								
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +8								
Cylindre > +4, sphère de -8 à 0								
Sphère < -8								
Monture	80 €	60 €	80 €	60 €	80 €	60 €	80 €	60 €

Annexe II Montant des cotisations

Article 1^{er} | Structure « Salarié + enfant(s)/conjoint facultatif »

	Garanties obligatoires et facultatives	Salarié + enfant(s)	Conjoint
Régime général (RG)	Base	64,00 €	56,00 €
	Option 1	19,00 €	14,00 €
	Option 2	38,50 €	31,00 €
	Option 3	75,50 €	62,00 €
	Base + option 1 obligatoire	80,50 €	70,00 €
	Option 2	19,50 €	17,00 €
	Option 3	56,50 €	48,00 €
	Base + option 2 obligatoire	98,00 €	87,00 €
	Option 3	37,00 €	31,00 €
	Base + option 3 obligatoire	132,50 €	118,00 €
Régime local (Alsace-Moselle)	Base	42,50 €	37,50 €
	Option 1	19,00 €	14,00 €
	Option 2	38,50 €	31,00 €
	Option 3	75,50 €	62,00 €
	Base + option 1 obligatoire	58,00 €	51,50 €
	Option 2	19,50 €	17,00 €
	Option 3	56,50 €	48,00 €
	Base + option 2 obligatoire	75,50 €	68,50 €
	Option 3	37,00 €	31,00 €
	Base + option 3 obligatoire	110,00 €	99,50 €

Exemple : si une entreprise (hors Alsace-Moselle) choisit de rendre obligatoire l'option 1, alors le tarif est de 80,50 €. Si le salarié souhaite bénéficier de l'option 3, alors le tarif sera majoré de 56,50 €, soit 137 €.

Article 2 | Structure « Isolé/famille obligatoire »

	Garanties obligatoires et facultatives	Isolé	Famille
Régime général (RG)	Base	46,50 €	122,50 €
	Option 1	11,00 €	30,00 €
	Option 2	24,50 €	67,50 €
	Option 3	50,00 €	138,00 €

	Garanties obligatoires et facultatives	Isolé	Famille
	Base + option 1 obligatoire	56,50 €	151,00 €
	Option 2	13,50 €	37,00 €
	Option 3	39,00 €	107,50 €
	Base + option 2 obligatoire	68,00 €	184,00 €
	Option 3	25,50 €	70,50 €
	Base + option 3 obligatoire	92,00 €	248,50 €
Régime local (Alsace – Moselle)	Base	31,00 €	82,00 €
	Option 1	11,00 €	30,00 €
	Option 2	24,50 €	67,50 €
	Option 3	50,00 €	138,00 €
	Base + option 1 obligatoire	40,50 €	109,00 €
	Option 2	13,50 €	37,00 €
	Option 3	39,00 €	107,50 €
	Base + option 2 obligatoire	53,00 €	142,00 €
	Option 3	25,50 €	70,50 €
	Base + option 3 obligatoire	76,50 €	206,50 €

Exemple : si une entreprise (hors Alsace-Moselle) choisit de rendre obligatoire l'option 1, alors le tarif est de 56,50 €. Si le salarié souhaite bénéficier de l'option 3, alors le tarif sera majoré de 39,00 €, soit 95,50 €.

Annexe III Organismes assureurs recommandés et société apéritrice

Article 1^{er} | Organismes assureurs recommandés

La commission paritaire de la branche retient à l'issue de la procédure de mise en concurrence dans le cadre de la recommandation prévue à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les organismes assureurs suivants :

- Aésio mutuelle ;
- Harmonie mutuelle ;
- Malakoff Humanis prévoyance.

Article 2 | Société apéritrice

La commission paritaire de la branche choisit Malakoff Humanis prévoyance en qualité de société apéritrice pour une durée de trois (3) ans.

Au terme de cette durée, l'apérition pourra être reconduite à l'identique jusqu'au terme de la recommandation ou confiée à l'un des autres organismes assureurs recommandés.

Annexe IV Contrat non-responsable facultatif « Renfort hospitalisation »

Elle vise les actes remboursés par la sécurité sociale, et permet également la prise en charge forfaitaire sur les actes lourds.

Garantie

Option « renfort hospitalisation » *	Option « non-responsable » (en complément de la base conventionnelle ou des options)
Praticien non adhérent DPTAM	+ 200 % BR
* Hors périmètre de mutualisation du régime.	

Cotisation

Structure(s) de cotisation	Couverture	Renfort hospitalisation
Salarié + enfant(s)/conjoint		
Salarié + enfant(s)	Facultative	+ 4,00 €
Conjoint	Facultative	+ 3,50 €
Isolé/famille		
Isolé	Facultative	+ 2,75 €
Famille	Facultative	+ 7,50 €