

Convention collective nationale

IDCC : 218 | **ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE**
(8 février 1957)

Avenant du 30 avril 2026

modifiant le protocole d'accord du 12 août 2008
relatif à la mise en place d'un régime complémentaire
de couverture des frais de santé

NOR : ASET2650729M

IDCC : 218

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

UCANSS,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFE-CGC ;

FEC FO ;

PSTE CFDT ;

PSE CFTC ;

SNFOCOS,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er} | Modification du préambule

Dans le préambule du protocole d'accord du 12 août 2008, les termes « aux partenaires sociaux » sont remplacés par les termes « aux organisations syndicales représentatives au plan national et à l'employeur ».

Article 2 | Modification de l'article 6 « Bénéficiaires »

Au dernier paragraphe de l'article 6, les mots : « La commission paritaire de pilotage négocie et vérifie les conditions du contrat qui régit les adhérents à titre facultatif, ainsi que les cotisations proposées » sont remplacés par les mots : « La commission paritaire de pilotage détermine et vérifie les conditions du contrat qui régit les adhérents à titre facultatif ».

Article 3 | Modification de l'article 9 « Évolution du régime »

Au deuxième paragraphe de l'article 9, les mots : « Elle procède aux » sont remplacés par les mots : « Elle délibère sur les ».

Au dernier paragraphe de l'article 9, les mots : « procéder aux » sont remplacés par les mots : « délibérer sur les ».

Article 4 | Modification de l'article 14 « Cotisations »

À l'article 14, les mots : « Les cotisations, au titre des présentes dispositions, seront fixées par les assureurs à la mise en œuvre du régime et évolueront » sont remplacés par les mots : « Les cotisations, au titre des présentes dispositions, sont fixées par la commission paritaire de pilotage et évoluent ».

Les mots « et ce, sous le contrôle de la commission paritaire de pilotage » sont supprimés.

Au dernier paragraphe de l'article 14, le mot : « décider » est remplacé par : « délibérer ».

Article 5 | Modification de l'article 16.1 « Financement du fonds de solidarité »

À l'article 16.1, les mots : « les assureurs recommandés » sont remplacés par « le titulaire du contrat ».

Article 6 | Modification de l'article 16.2 « Actions relevant du degré élevé de solidarité »

À l'article 16.2, les mots « les assureurs recommandés » sont remplacées par les mots « le titulaire du contrat ».

Article 7 | Modification de l'article 18 « Attributions »

L'article 18 est modifié comme suit :

- « La commission paritaire de pilotage a, notamment, pour missions :
- de veiller à la parfaite application du présent accord, tant au regard des droits et obligations des organismes et de leurs salariés et anciens salariés, qu'au regard des conditions de gestion des régimes par les assureurs ;
- de participer dans le respect des conditions législatives et réglementaires applicables à la mise en œuvre de la procédure de mise en concurrence ayant pour objet de choisir le ou les assureurs chargés de mettre en œuvre la mutualisation et les actions de degré élevé de solidarité. Le processus et les critères de sélection font l'objet de l'annexe I ;
- d'établir, avec le concours éventuel de tous conseils extérieurs utiles, les comptes consolidés de façon à vérifier, en permanence, les conditions dans lesquelles la mutualisation est garantie par les assureurs. Elle est destinataire de toutes les informations liées aux comptes de résultats tenus par les assureurs ;
- de déterminer les conditions de gestion propres à garantir la meilleure qualité de service aux salariés et anciens salariés ;
- de faire toutes propositions aux organisations syndicales et à l'Ucanss visant à garantir à long terme l'équilibre des régimes ;
- de déterminer l'évolution des cotisations et des couvertures du régime des anciens salariés (titre II) ;
- d'intervenir en qualité d'arbitre en cas de difficultés, liées à l'application ou l'interprétation du présent accord, survenant entre les organismes de sécurité sociale et les assureurs ;

- d'établir, à destination des organisations syndicales et de l'Ucanss, tous les 2 ans, un rapport circonstancié sur les conditions dans lesquelles le titulaire garantit la mutualisation et réalisent la mise en œuvre des actions relevant du degré élevé de solidarité, sans préjudice de les saisir, sans délai, de toute difficulté ;
- de délibérer sur l'adhésion au régime de tout organisme qui en fait la demande, à condition qu'il soit tenu à l'égard de tout ou partie de leurs salariés par une ou plusieurs des conventions collectives nationales de travail applicables au sein du régime général de la sécurité sociale et qu'il accepte de participer au financement des actions relevant du degré élevé de solidarité prévues par le titre III du présent accord ;
- de définir, dans le cadre de l'article 16 du présent accord, les actions relevant du degré élevé de solidarité.

Pour mener à bien ses missions, la commission paritaire de pilotage, sous son contrôle permanent, conjoint à celui opérationnel de l'Ucanss, dispose d'un conseil mis à disposition du régime réunissant des compétences actuarielles, juridiques et financières dont la rémunération est prise en charge par le régime de manière transparente et versée par le ou les assureurs titulaire(s) dans le cadre d'une convention idoine tripartite garantissant l'autonomie et l'indépendance d'action dudit conseil. La commission paritaire de pilotage valide chaque année, au vu du rapport qui lui est présenté par cet expert, les comptes consolidés. »

Article 8 | **Modification de l'article 19 « Principe »**

L'article 19 est modifié comme suit :

« Article 19 | *Principe*

Le triple objectif de mutualisation, de degré élevé de solidarité et de qualité de service impose que tous les salariés bénéficient des mêmes conditions de garantie et de financement, ce qui suppose que le ou les titulaire(s) s'engagent à :

- assurer les garanties visées à l'article 4 aux conditions de coûts qui y sont prévues, respecter les dispositions du présent accord et s'interdire de proposer aux organismes de sécurité sociale toutes autres conditions ;
- à constituer un compte consolidé "actifs" et un compte consolidé "anciens salariés" de telle sorte qu'il y ait une compensation "professionnelle" des résultats pour chacun de ces comptes, indépendamment l'un de l'autre ;
- respecter l'ensemble des obligations résultant du cadre contractuel et relatives notamment aux délais de remboursement et d'une façon générale aux relations entre l'ensemble des acteurs.

En conséquence, chaque organisme de sécurité sociale est tenu :

- de faire bénéficier ses salariés du régime défini au titre I dans les conditions de garanties qu'il établit ;
- de ce fait, d'adhérer, pour l'ensemble de ses salariés concernés par le régime, à un assureur offrant au minimum les garanties du régime. Chaque salarié est tenu d'accepter l'adhésion faite par l'organisme de sécurité sociale employeur et de participer au financement du régime obligatoire, à due concurrence de la part salariale définie par le présent accord, sauf le cas échéant, au regard des dispenses d'adhésion visées à l'article 3.12. »

Article 9 | *Modification de l'article 20 « Les assureurs »*

Le titre de l'article 20 « Les assureurs » est remplacé par le titre suivant : « Organisme(s) assureur(s) ».

Article 10 | *Modifications des articles 20.1 à 20.4*

L'article 20.4 est supprimé.

Les articles 20.1 à 20.3 sont remplacés par les articles suivants :

« Article 20.1 | *Assurance professionnelle collective du régime par le(s) assureur(s)*

Le titulaire, assureur unique ou co-assureurs, garantit le régime, dans les conditions suivantes :

- en cas de co-assurance, la solidarité financière entre les assureurs est imposée conformément aux dispositions de l'article 20.2 ;
- un compte de résultat consolidé "actifs" est établi sous le contrôle de la commission paritaire de pilotage, au regard des modalités de consolidation financière précisées à l'article 20.2. ; le compte de résultat concerne exclusivement les opérations visées au titre I. Le titulaire fournit, dans les conditions qui seront définies dans l'accord-cadre, les informations utiles et notamment le montant des cotisations encaissées et des prestations versées et toutes analyses statistiques utiles. Il appartient au titulaire de respecter les dispositions de l'article 4 de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989 et, à cette fin, de se doter des moyens financiers utiles ;
- un compte de résultat consolidé "anciens salariés" est établi sous le contrôle de la commission paritaire de pilotage, au regard des modalités de consolidation financière précisées à l'article 20.2. ; chaque assureur fournit à la commission paritaire de pilotage les mêmes informations que celles visées au tiret précédent. Ce compte est relatif aux bénéficiaires visés au titre II ;
- les comptes de résultats consolidés sont approuvés par le conseil mis à disposition du régime et de la commission paritaire de pilotage. Ces comptes ainsi que les opérations qu'ils génèrent s'imposent au titulaire qui, en toutes circonstances, reste seul débiteur des obligations découlant de la relation d'assurance. Avant l'arrêté des comptes de résultats consolidés, le titulaire a communication des projets d'audits des comptes réalisés par le conseil, peut faire toute observation et confirme sa validation.

Le fait que les comptes de résultat soient établis sous le contrôle de la commission paritaire de pilotage ne constitue en aucun cas une substitution de la commission paritaire de pilotage au titulaire.

Article 20.2 | *Solidarité financière entre les assureurs en cas de groupement d'assureurs en co-assurance*

Compte tenu de la nécessité de garantir l'unicité de la garantie, l'indivisibilité des prestations et l'absence de rupture de couverture, dans un contexte de mutualisation des risques, il est nécessaire que les éventuels co-assureurs soient financièrement solidaires les uns des autres. En cas de co-assurances, un apériteur sera désigné (mandataire du groupement) en charge d'assurer la coordination de la gestion administrative et technique entre tous les assureurs. Les modalités de cette gestion devront alors être précisées dans l'offre.

Les co-assureurs devront préciser dans leur offre :

- les conditions d'évaluation de la quote-part de chaque co-assureur, selon les mécanismes définis au présent article ;
- les modalités de participation de chaque co-assureur à l'établissement des comptes consolidés "actifs" et "anciens salariés" tels que définis au présent article.

Article 20.3 | Remise en concurrence

Pour assurer la mise en œuvre du présent accord, une mise en concurrence est organisée aux termes de chaque échéance, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, et au plus tard tous les six ans.

Lorsqu'un manquement ou un retard est constaté dans l'exécution des prestations par le titulaire, des pénalités pourront être appliquées par l'Ucanss, sur proposition de la CPP ou directement.

En cas de manquements répétés, le marché pourra être résilié par le pouvoir adjudicateur pour faute, sur proposition de la CPP ou directement. »

Article 11 | Modification de l'article 22 « Durée d'application du présent accord »

L'article 22 est modifié comme suit :

« Le présent accord et les régimes qu'il instaure sont établis pour une durée indéterminée. Les régimes entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2009.

L'entrée en application du présent accord à l'égard des organismes de sécurité sociale et de leurs salariés est subordonnée :

- à son agrément dans les conditions de l'article L. 123-1 du code de la sécurité sociale ;
- à la constitution de la commission paritaire de pilotage ;
- au choix d'un assureur ou de co-assureurs garantissant la mutualisation et au constat par la commission paritaire de pilotage que le titulaire choisi à l'issue de la procédure de mise en concurrence, a établi les conditions garantissant ladite mutualisation.

Le présent accord peut être révisé dans les conditions définies par la loi, la révision ne pouvant avoir pour effet de compromettre des droits constitués avant son entrée en vigueur.

Le présent accord peut être dénoncé dans les conditions prévues par la loi, la résiliation ne pouvant avoir pour effet de compromettre les droits constitués avant son intervention.

Dans l'hypothèse où plus aucun assureur n'accepterait de garantir la mutualisation, le présent accord serait caduc ; il cesserait de s'appliquer sans délai. »

Article 12 | Modification de l'annexe 1 du protocole d'accord du 12 août 2008

L'annexe 1 du protocole d'accord du 12 août 2008 est remplacée par l'annexe 1 suivante :

« Annexe 1 Critères d'éligibilité et d'évaluation des offres

Article 1^{er} | Groupement d'assureurs

Les groupements d'opérateurs économiques peuvent participer à la procédure de mise en concurrence. Dans ce cas, l'un des opérateurs économiques membres du groupement, est désigné dans la candidature et dans l'offre comme mandataire, qui représente l'ensemble des membres vis-à-vis de l'acheteur et coordonne les prestations des membres du groupement. Le mandataire justifie des habilitations

nécessaires pour représenter les autres membres du groupement dans la candidature et dans l'offre.

Il est interdit aux candidats de présenter pour le marché plusieurs candidatures en agissant à la fois :

- 1° En qualité de candidats individuels et de membres d'un ou plusieurs groupements ;
- 2° En qualité de membres de plusieurs groupements.

En cas d'attribution à un groupement comprenant plusieurs assureurs, il sera exigé desdits organismes qu'ils soient financièrement solidaires les uns des autres, compte tenu de la nécessité de garantir l'unicité de la garantie, l'indivisibilité des prestations et l'absence de rupture de couverture. En effet, dans un contexte de mutualisation des risques, il est nécessaire que les co-assureurs éventuellement désignés comme titulaire soient financièrement solidaires.

En cas de co-assurance, un apériteur, mandataire du groupement, sera désigné en charge d'assurer la coordination de la gestion administrative et technique entre tous les assureurs. D'autres prestataires pourront éventuellement être membres du groupement au titre de prestations non-assurantielles. Ils seront exclus du périmètre de la solidarité financière.

Article 2 | Critères de recevabilité des candidatures

Au regard du contexte spécifique du dispositif mis en œuvre dans le cadre du présent accord, les assureurs candidats doivent *a minima* disposer des niveaux de capacité suivants :

2.1. Capacités professionnelles et techniques

Les candidats devront obligatoirement fournir :

- une déclaration indiquant les effectifs moyens annuels du candidat et l'importance du personnel d'encadrement pour chacune des trois dernières années précédant la mise en concurrence, sauf si cette information figure dans la déclaration du candidat (DC2) ;
- une liste des principaux services fournis au cours des trois dernières années indiquant le montant, la date et le destinataire public ou privé. Les prestations de services sont prouvées par des attestations du destinataire ou, à défaut, par une déclaration de l'opérateur économique. Les références devront être précises : identification des prestations effectuées, nom et numéro de téléphone du contact. Les références devront faire état de la réalisation de prestations en rapport (objet et volumes) à celles qui sont demandées.

Niveau minimum de capacité exigé :

Agrément administratif pour exercer l'activité d'assurance (branches 1, 2 et 20) et répondre aux marchés publics, en application de l'article L. 321.1 du code des assurances ou une attestation de l'ACPR (autorité de contrôle prudentiel et de résolution <https://acpr.banque-france.fr>).

2.2. Capacités économiques et financières

Les candidats devront obligatoirement fournir :

- la liste des encaissements de frais médicaux net de réassurance sur les 3 dernières années ;
- taux de couverture du SCR (Solvency Capital Requirement) ;
- répartition des fonds propres d'au moins 80 % dans la catégorie 1 ("FP de catégorie 1").

Niveau minimum de capacité financière exigé :

- un chiffre d'affaires global de 1 200 000 000 € sur le dernier exercice approuvé ;
- 830 M € d'encaissements moyens de frais médicaux nets de réassurance sur les 3 dernières années ;
- taux de couverture du SCR (Solvency Capital Requirement) par les fonds propres, au sens de solvabilité 2 d'au minimum 180 %, sur la dernière année d'exercice approuvé.

L'analyse est opérée au niveau de l'organisme, ou du groupe prudentiel d'appartenance (société de groupe d'assurance mutuelle, société de groupe assurantiel de protection sociale, union mutualiste de groupe).

En cas de groupement le taux de couverture du SCR s'apprécie de manière globale. Il n'est pas exigé que l'ensemble des membres du groupement ait la totalité des capacités requises pour exécuter le marché ;

- répartition des fonds propres d'au moins 80 % dans la catégorie 1 ("FP de catégorie 1"), l'analyse étant faite au niveau de l'entité, du chef de file visé à l'article 1^{er} de la présente annexe ou du groupe prudentiel d'appartenance (société de groupe d'assurance mutuelle, société de groupe assurantiel de protection sociale, union mutualiste de groupe).

L'analyse est opérée au niveau de l'organisme, ou du groupe prudentiel d'appartenance (société de groupe d'assurance mutuelle, société de groupe assurantiel de protection sociale, union mutualiste de groupe).

En cas de groupement la répartition des fonds propres s'apprécie de manière globale. Il n'est pas exigé que l'ensemble des membres du groupement ait la totalité des capacités requises pour exécuter le marché.

Article 3 | Critères d'évaluation des offres

Les critères d'évaluation des offres sont les suivants :

1. Le critère prix : 15 %.
2. La qualité et la performance technique de la proposition : 35 % :
 - qualité globale de la gestion et du système d'information (17,5 %) ;
 - qualité de la relation avec souscripteurs et assurés (17,5 %).
3. La maîtrise financière du régime 30 % :
 - transparence dans la gestion financière et qualité du reporting (10 %) ;
 - existence et pertinence du ou des dispositifs conventionnels directs ou indirects (par l'intermédiaire d'un tiers) entre l'organisme assureur et des professionnels de santé au sens de l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale (10 %) ;
 - qualité et financement des actions et services en matière de prévention (10 %).
4. La qualité des dispositifs de communication à l'égard des assurés et des souscripteurs : 10 % :
 - pertinence des mesures d'information contractuelles (notamment exemple de notice d'information...) (2 %) ;
 - qualité du plan de communication proposé pour accompagner le régime (5 %) ;
 - qualité de l'interlocuteur dédié à la mise en place du régime et tout au long de l'exécution (3 %).
5. La performance environnementale et sociale 10 % :
 - performance sociale liée à l'exécution du marché (5 %) ;
 - performance environnementale liée à l'exécution du marché (5 %). »

Article 13 | Modification de l'annexe 2 du protocole d'accord du 12 août 2008

L'annexe 2 du protocole d'accord du 12 août 2008 est remplacée par l'annexe 2 suivante :

« Annexe 2 Tableau des garanties du régime complémentaire de couverture des frais de santé au 1^{er} janvier 2026

Grille des garanties frais de santé au 1^{er} janvier 2026

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT TOTAL Assurance Maladie Obligatoire + Assurance Maladie Complémentaire dans la limite des frais engagés
HOSPITALISATION (MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE)	
Honoraires	
Actes et soins	
- Médecins signataires DPTM	400 % de la BR
- Médecins non-signataires DPTM	200% de la BR
Forfait sur les actes dits "lourds"	100% des Frais réels
Frais de séjour	400% de la BR
Forfait journalier hospitalier (1)	100% des Frais réels
Forfait patient urgences	100% des Frais réels
Chambre particulière (y compris ambulatoire)	45 € / jour (limité à 100 jours par année civile)
Frais d'accompagnement de l'enfant à charge, inscrit au régime (jusqu'à la veille de son 16ème anniversaire)	50 € / jour
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
Consultations et visites - Médecins généralistes	
- Médecins signataires DPTM	200% de la BR
- Médecins non-signataires DPTM	180 % de la BR
Consultations et visites - Médecins spécialistes	
- Médecins signataires DPTM	300 % de la BR
- Médecins non-signataires DPTM	200% de la BR
Actes d'imagerie	
- Médecins signataires DPTM	150 % de la BR
- Médecins non-signataires DPTM	130 % de la BR
Actes techniques médicaux et de chirurgie	
- Médecins signataires DPTM	300 % de la BR
- Médecins non-signataires DPTM	200% de la BR
Psychologue*	100% de la BR/bénéficiaire/année civile (dans la limite de 12 séances)
Actes de télésurveillance médicale (2)	100% de la BR
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale	100 % de la BR
Médicaments	
- Médicaments à Service Médical Rendu important	100 % de la BR
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	100 % de la BR
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	50 % de la BR
Contraception prescrite non remboursée par l'AMO	220 € / bénéficiaire / année civile
Matériel médical	
- Orthopédie, prothèses, accessoires, appareillages remboursés par l'AMO (hors auditives, dentaires et optique)	400 % de la BR
- Orthopédie, prothèses, accessoires, appareillages non remboursés par l'AMO (hors auditives, dentaires et optique)	165€ / bénéficiaire / année civile

Fauteuils roulants 100% santé Un fauteuil roulant tous les 5 ans pour les personnes de plus de 16 ans et tous les 3 ans pour les personnes de moins de 16 ans	
Achat neuf et location longue durée	Prise en charge à 100% par l'AMO
Location courte durée (*1)	Frais réels dans la limite des PLV
Prothèses capillaires (*2)	
- Prothèses capillaires Classe I	Prise en charge à 100% par l'AMO
- Prothèses capillaires Classe II	Frais réels dans la limite des PLV
-Prothèses capillaires Classe III(*3) et Classe IV (*4)	400% de la BR (Classe III dans la limite des PLV)
Transport sanitaire	100 % de la BR
Forfait sur les actes dits "lourds"	100% des Frais réels
DENTAIRE	
Soins Actes et consultations	100 % de la BR
Orthodontie remboursée par l'AMO	350 % de la BR
Soins et prothèses 100% santé	
Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement	Frais réels dans le respect des HLF
Prothèses hors 100% santé Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement > Panier à honoraires maîtrisés inlays onlays et autres prothèses	450 % de la BR dans le respect des HLF
> Panier à honoraires libres inlays onlays et autres prothèses	450 % de la BR
Actes non remboursés par l'AMO	
- Parodontologie	200 € / bénéficiaire / année civile
- Prothèses	322,50 € / prothèse
- Implant (hors pilier)	650 € / implant
- Orthodontie	200 % de la BR reconstituée
OPTIQUE	
Equipement optique : 1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. Voir les conditions de renouvellement détaillées ci-dessous.	
Equipements 100% santé	
Classe A Verres et/ou monture, tels que définis réglementairement (3)	
- Monture	Frais réels dans la limite des PLV
- Verres (tous types de correction)	Frais réels dans la limite des PLV
Prestations d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différent	Frais réels dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres	Frais réels dans la limite des PLV
Equipements hors 100% santé	
Classe B - Tarifs libres Verres et/ou monture (3)	100 €
- Monture	Montants indiqués dans la grille optique ci- après, en fonction du type de verres
- Verres Adulte et Enfant de 16 ans et plus	
- Verres Adulte et Enfant de moins de 16 ans	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B	

Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B	100% de la BR
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% de la BR
Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles remboursées par l'AMO	300 € / bénéficiaire / année civile (au minimum 100% de la BR pour les lentilles remboursées par l'AMO)
Lentilles prescrites non remboursées par l'AMO	
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO (4)	650 € / œil / bénéficiaire
AIDES AUDITIVES	
Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1er janvier 2021.	
Aide auditive à compter du 01/01/2021	
Equipement 100% santé Classe I - Soumis à des prix limites de vente Equipements tels que définis réglementairement	
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	Frais réels dans la limite des PLV
- Aides auditives au-delà de leur 20ème anniversaire	Frais réels dans la limite des PLV
Equipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres Equipements tels que définis réglementairement	
- Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	1 700 € par oreille
- Aides auditives au-delà de leur 20ème anniversaire	1 400 € par oreille
Piles et autres consommables ou accessoires, réparations (5)	200% de la BR
CURE THERMALE (6)	
Soins, transport, hébergement pour les personnes de moins de 16 ans	100% de la BR + 275 € / bénéficiaire / année civile
Soins, transport, hébergement pour les personnes de 16 ans et plus	100% de la BR + 250 € / bénéficiaire / année civile
AUTRES ACTES	
Actes de prévention définis par la réglementation	100% de la BR
MEDECINE DOUCE	
Ostéopathe, Homéopathe, Acupuncteur, Pédiacre-Podologue, Diététicien, Nutritionniste, Chiropracteur	60% des Frais réels limités à 40 € / année civile / bénéficiaire
AUTRES (uniquement pour les enfants à charge jusqu'au 27ème anniversaire tels que définis au régime)	
Psychomotricien, Ergothérapeute, Psychologue**, Pédiopsychiatre, Orthoptiste	60% des Frais réels limités à 200 € / année civile / bénéficiaire

Abréviations : AMO : Assurance Maladie Obligatoire / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée. / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. RSS : Remboursement Sécurité Sociale ; HLF : Honoraire Limite de facturation ; PLV : Prix Limite de Vente / RSS : Remboursement Sécurité sociale.

*Psychologue : prise en charge à compter du 01/04/2022 par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, des séances de psychologie pour les adultes et les enfants de plus de 3 ans, conformément au décret n° 2022-195 du 17 février 2022 et aux arrêtés des 2 et 8 mars 2022.

** Les séances de psychologie « autres » sont remboursées lorsque la consultation ne rentre pas dans le dispositif de prise en charge par l'Assurance maladie (exemple : psychologue non conventionné) ou au-delà des 12 séances fixées par celui-ci.

(*1) Fauteuils roulants - Location de courte durée : le contrat responsable prévoit à compter du 1er décembre 2025, la prise en charge du forfait de location hebdomadaire, du forfait de mise à disposition et du forfait de livraison à hauteur des frais réels engagés, dans la limite des PLV, dans la limite d'une période de 3 mois, qui peut être prolongée de 3 mois supplémentaires, soit au maximum 6 mois de facturations consécutives sur une année glissante.

(*2) Le décret du 26 novembre 2025 a précisé les obligations de prise en charge des prothèses capillaires au 1er janvier 2026, dans le cadre des contrats responsables. 4 classes sont prévues avec des niveaux de remboursement différents (selon la nature des cheveux naturels ou synthétiques). Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer un devis intégrant au moins une offre « 100% santé ». Le renouvellement est possible au terme d'une période d'un an, à compter de la date d'achat de la dernière prothèse capillaire.

(*3) Prothèses capillaires composées, au minimum, de 50 % de cheveux naturels. Le PLV est supérieur à celui fixé pour la classe II. La prise en charge du dépassement par l'AMC dépend des garanties prévues au contrat.

(*4) Prothèses capillaires composées intégralement à partir de cheveux naturels. Catégorie non soumise au PLV. Comme pour la classe III, l'AMC n'a pas l'obligation de prendre en charge les dépassements sur ces prothèses de classe IV dans le cadre des contrats responsables. Leur prise en charge dépend uniquement des garanties prévues au contrat.

(1) Sans limitation de durée : pour le forfait journalier le montant est au 01/03/2026 de 23 euros par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 17 euros par jour pour un séjour en psychiatrie.

(2) Actes de télésurveillance médicale : la télésurveillance médicale est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Complémentaire (dans le cadre des contrats responsables) à compter du 1er juillet 2023 selon l'arrêté du 16 mai 2023.

Seules les pathologies ayant reçu un avis favorable de la Haute Autorité de santé (HAS) et ayant fait l'objet d'une publication au Journal officiel par arrêté ministériel sont ouvertes à la prise en charge dans le cadre du droit commun. Il s'agit des pathologies suivantes :

- l'insuffisance cardiaque ;
- l'insuffisance rénale ;
- l'insuffisance respiratoire ;
- le diabète ;
- Le cancer pour des patients adultes sous traitement systémique.

D'autres pathologies pourront à l'avenir être prises en charge également, après avis favorable de la HAS et publiées au journal officiel par arrêté ministériel.

(3) Conditions de renouvellement pour un équipement optique

► 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 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement 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 précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

► Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :
 - Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
 - Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.
- Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(4) Hors implant oculaire, seul l'acte de chirurgie est pris en charge. Une facture détaillée est requise, elle doit distinguer l'acte de chirurgie réfractive du prix de l'implant.

(5) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(6) Cure thermique : y compris le transport et l'hébergement non remboursés par l'AMO.

Grille optique

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	BASE DE REMBOURSEMENT			Classe de verre selon le décret du 11 janvier 2019
			Montant en € par verre (RSS inclus)			
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans		
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 6 à + 6	120 €	120 €	Verre simple	
		SPH < à -6 ou > à + 6	255 €	255 €	Verre complexe	
	Sphéro cylindriques	SPH de – 6 à 0 et CYL ≤ + 4	120 €	120 €	Verre simple	
		SPH > 0 et S ≤ + 6	120 €	120 €	Verre simple	
		SPH > 0 et S > + 6	255 €	255 €	Verre complexe	
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	255 €	255 €	Verre complexe	
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 6 à 0 et CYL > + 4	255 €	255 €	Verre complexe	
		SPH de – 4 à + 4	255 €	255 €	Verre complexe	
	Sphéro cylindriques	SPH < à -4 ou > à + 4	350 €	315 €	Verre très complexe	
		SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	255 €	255 €	Verre complexe	
		SPH > 0 et S ≤ + 8	255 €	255 €	Verre complexe	
		SPH de – 8 à 0 et CYL > + 4	350 €	315 €	Verre très complexe	
	SPH > 0 et S > + 8	350 €	315 €	Verre très complexe		
	SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	350 €	315 €	Verre très complexe		

Article 14 | Dispositions diverses

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Les dispositions du présent texte entrent en application à la date d'agrément.

Il s'applique sous réserve de l'agrément prévu par le code de la sécurité sociale et ne vaut en aucun cas engagement unilatéral de l'employeur. Il est d'application impérative à l'ensemble des organismes du régime général de sécurité sociale.

Fait à Montreuil, le 30 avril 2026.

(Suivent les signatures.)