

Accord du 2 octobre 2024

(Agrée par arr. 26 déc. 2024, JO 3 janv., applicable à compter du 1^{er} janv. 2025)

Signataires :

Organisations patronales :

AXESS

Syndicat(s) de salariés :

CFDT

CGT

Préambule

Dans le cadre d'un accord interbranche conclu le 2 octobre 2019, un régime complémentaire santé mutualisé offrant des garanties harmonisées pour l'ensemble des salariés relevant de la Convention Collective Nationale de Travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 (IDCC 0413) et des Accords Collectifs des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (IDCC 0783) a été mis en place.

Tirant les conséquences de l'arrêté du 5 août 2021 (Journal officiel du 7 août 2021) qui a fusionné les champs d'application de la Convention Collective du 15 mars 1966 et des Accords Collectifs CHRS, afin d'assurer une meilleure lisibilité des dispositions collectives en matière de complémentaire santé, les partenaires sociaux ont décidé, dans le cadre des adaptations du régime complémentaire santé, de reprendre l'ensemble des dispositions de l'accord interbranche en date du 2 octobre 2019 modifié par avenant n°1 en date du 10 juillet 2020 et par avenant n° 2 en date du 4 mars 2021.

Dans ce contexte, les parties ont convenu ce qui suit :

Article 1 - Champ d'application

Le présent accord s'applique aux salariés et aux entreprises relevant du champ d'application professionnel de la CCNT du 15 mars 1966 (IDCC 0413) et des accords CHRS (IDCC 0783) conformément à l'arrêté du 5 août 2021 (*Journal officiel* du 7 août 2021) portant fusion des champs d'application de la Convention Collective Nationale de Travail du 15 mars 1966 et des Accords Collectifs CHRS pris en application des dispositions de l'article L 2261-32 du code du travail.

Article 2 – Objet

Les dispositions du présent accord se substituent aux dispositions de l'accord interbranche du 2 octobre 2019 modifié par avenant n° 1 en date du 10 juillet 2020 et par avenant n° 2 en date du 4 mars 2021.

Le présent accord a pour objet l'organisation au niveau national, au bénéfice des salariés visés à l'article 3.1 du présent accord, d'un régime collectif et obligatoire de complémentaire santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation dans le cadre de la définition des contrats dits « responsables », en complément d'un régime de base de la sécurité sociale ou du régime local de l'Alsace Moselle.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir la mutualisation de ce régime en recommandant 5 organismes assureurs (visés à l'article 4.7 du présent accord), choisis au terme d'une procédure de mise en concurrence dans le respect des articles L. 912-1 et D. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale, pour assurer sur l'ensemble du territoire national la couverture des garanties de complémentaire santé objet du présent accord.

Cette recommandation se traduit par la conclusion de contrats de garanties collectives identiques auprès des assureurs recommandés. Le dispositif contractuel est également complété par le protocole technique et financier et le protocole de gestion administrative communs à ces organismes, conclus dans les mêmes conditions. Les modalités de gestion sont précisées dans le contrat d'assurance collective.

Article 3 - Mise en place du régime de complémentaire santé

Article 3.1 – Adhésion du salarié

1) Définition des bénéficiaires

Dans le cadre du caractère obligatoire du régime de complémentaire santé, celui-ci bénéficie à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail quelle que soit sa nature ou d'un contrat d'apprentissage, dès le premier jour de l'embauche.

Les salariés ont toutefois la faculté de faire valoir l'un des cas de dispense dans les conditions définies à l'article 3.1 3) ci-après.

2) Suspension du contrat de travail

a) cas de maintien du bénéfice du régime

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail dès lors qu'ils bénéficient :

- d'un maintien total ou partiel de salaire notamment en cas de congé maladie, pour accident du travail ou maladie professionnelle ou de maternité/paternité ;
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur (qu'elles soient versées directement par l'employeur ou par l'intermédiaire d'un tiers) ;
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur notamment pour les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée ou toute période de congé rémunéré par l'employeur (congé de reclassement, mobilité, ...)

Dans les cas ci-dessus, considérant que les cotisations du régime de complémentaire santé sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale, la cotisation et sa répartition applicables sont celles des salariés en activité (part

patronale et part salariale).

Les garanties, la cotisation et sa répartition sont également maintenues pour les périodes de suspension du contrat de travail suivantes : congé non rémunéré dont la durée n'excède pas un mois consécutif ou pendant l'exercice du droit de grève. Etant entendu que la cotisation de complémentaire santé présente un caractère forfaitaire et est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale, aucune proratisation de celle-ci en fonction de la durée du congé non rémunéré ou de l'exercice du droit de grève ne sera opérée. La cotisation et le bénéfice des garanties s'entendent sur un mois complet.

b) autres cas de suspension

Pour les autres cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu au bénéfice des maintien de rémunération, indemnités ou revenus de remplacement visés à l'article 3.1 2) a) ci-dessus, à titre d'exemple dans le cadre d'un congé sans maintien de la rémunération (congé sabbatique ou sans solde excédant un mois consécutif, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise...), les salariés ne bénéficient pas du maintien du bénéfice du régime de complémentaire santé et aucune cotisation n'est due.

Toutefois dans ces cas précis, ces salariés peuvent demander à bénéficier du maintien des garanties en s'acquittant de la cotisation totale afférente (part patronale et part salariale) y compris le cas échéant les cotisations pour les ayants droit. Ce maintien des garanties de complémentaire santé est organisé avec l'organisme assureur.

Les garanties et les cotisations (part patronale et part salariale) reprennent effet à l'issue de la période de suspension ne donnant pas lieu au maintien décrite ci-dessus, ce dès la reprise effective du travail par le salarié.

3) Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des salariés au régime de complémentaire santé est obligatoire.

Les salariés, dont la situation correspond aux cas définis ci-après, auront toutefois la faculté de refuser leur adhésion au régime de complémentaire santé, sous réserve de solliciter par écrit ces dispenses d'affiliation et de produire les justificatifs requis le cas échéant :

- a) Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission :
 - d'une durée strictement supérieure à 3 mois à condition de justifier par écrit et en produisant tous documents justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties, étant précisé qu'il ne s'agit pas d'apprécier le niveau de prise en charge de ces garanties ;
 - d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.

La demande de dispense devra être formulée au moment de l'embauche ou au moment où ils réunissent les conditions pour en bénéficier. Pour les salariés en contrat à durée déterminée dont la relation contractuelle se poursuit au-delà de trois mois, le justificatif d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs sera à fournir à cette date pour continuer de bénéficier du cas de dispense.

Concernant la durée du contrat prise en compte, il convient de tenir compte de la durée du contrat initial et de ses éventuelles prolongations. Par ailleurs, en cas de

succession de contrats sans interruption, la durée prise en compte est la durée globale de la relation contractuelle.

- b) les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter, au titre de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire, de cotisations au moins égales à 10 % de leur rémunération brute. Pour les salariés à temps partiel, cette demande de dispense devra être formulée soit à la date d'embauche soit au moment de l'évolution de leur situation (passage à temps partiel ou diminution du temps de travail notamment). Dans ce dernier cas, la désaffiliation intervient à la fin du mois au cours duquel le salarié formule la demande de dispense.

Conformément aux dispositions de l'article D. 911-2 du code de la sécurité sociale :

- c) Les salariés bénéficiaires d'une couverture en application de l'article L 861-3 du code de la sécurité sociale, dite complémentaire santé solidaire (CSS). La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide. Le salarié déjà affilié au présent régime peut faire valoir ce cas de dispense en cas d'évolution de sa situation le conduisant à bénéficier de la CSS conformément à l'article D. 911-5 du code de la sécurité sociale. Dans ce cas, la désaffiliation intervient à la fin du mois au cours duquel il formule la demande de dispense et fournit les justificatifs requis.
- d) Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut valoir que jusqu'à échéance du contrat individuel. A l'échéance du contrat, ce dernier sera affilié de manière obligatoire au présent régime.
- e) Les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :
- D'une couverture collective et obligatoire de remboursement de frais de santé remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ;
 - D'un dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
 - D'un contrat d'assurance de groupe issu de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin) relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;
 - Du régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;
 - Du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946.

Ces cas de dispense ci-dessus peuvent être sollicités au moment de l'embauche, ou si elles sont postérieures, à la date de mise en place des garanties ou la date à laquelle prennent effet ces couvertures.

À défaut d'écrit et de justificatif, ou du renouvellement de ce dernier le cas échéant, adressé à l'employeur dans les conditions évoquées ci-dessus, ils seront obligatoirement affiliés au régime de complémentaire santé.

Ces dispenses d'affiliation s'appliquent sans préjudice de l'application des dispositions de l'article 3.2 « Versement santé » du présent accord.

S'agissant des entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés elles devront en tout état de cause prévoir la mise en œuvre de ces dispenses d'adhésion.

Article 3.2 – Versement Santé

Dans le respect des dispositions et des conditions imposées par les articles L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale et des articles D. 911-4 à -8 du même code, peuvent bénéficier du versement santé les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission dont la durée du contrat est inférieure ou égale à 3 mois et les salariés à temps partiel dont la durée effective de travail est inférieure ou égale à 15 heures par semaine (article D. 911-7 du code de la sécurité sociale).

Ces salariés peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'affiliation sous réserve de justifier d'une couverture en matière de frais de santé « responsable », respectant les conditions légales et réglementaires de ce type de contrat notamment l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. Ces salariés bénéficient du versement santé dont les conditions et montants sont définis aux articles D. 911-6 et suivants du code de la sécurité sociale.

Ce versement santé payé par l'employeur, si le salarié justifie des éléments cités ci-dessus, bénéficie du régime social et fiscal attaché à la contribution de l'employeur respectant les conditions de l'article L. 242-1 alinéa 6 du code de la sécurité sociale.

Article 3.3 – Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

1) Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

L'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien des régimes de prévoyance complémentaire dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail, à l'exclusion de la faute lourde, ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage. Le droit à la portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les dispositions réglementaires prises pour leur application.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois de couverture.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de complémentaire santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

2) Maintien de la couverture de complémentaire santé en application de l'article 4 de la loi dite « Evin »

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », la couverture de complémentaire santé sera maintenue par l'organisme assureur, dans le cadre d'un nouveau contrat :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture de complémentaire santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la « loi Evin » incombe à l'organisme assureur, et l'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture.

Dans le cadre du régime mutualisé, les cotisations des bénéficiaires de l'article 4 de la « Loi Evin » sont plafonnées à 150 % du montant de la cotisation de la couverture dont ils bénéficiaient à compter de la 4^{ème} année. Ce plafonnement pourra être revu annuellement au regard de l'équilibre du régime mutualisé.

Les modalités de suivi de la portabilité en cas de rupture du contrat de travail et dans le cadre de la loi dite « loi Evin » sont précisées dans le cadre du protocole de gestion administrative.

Article 3.4 – Financement

1) Structure de la cotisation

Les salariés s'acquittent obligatoirement de la cotisation « salarié isolé ».

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit (enfant(s) et/ou conjoint, concubins ou partenaires de PACS) tels que définis par le contrat d'assurance national souscrit avec les assureurs recommandés ou par le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime.

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture facultative des ayants droits, ainsi que ses éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

2) Répartition des cotisations

La cotisation « salarié isolé » obligatoire est financée à 50 % par le salarié et 50 % par l'employeur.

3) Assiette de la cotisation

Dans le cadre de la mutualisation par recommandation d'organismes assureurs définie par le présent accord, les cotisations servant au financement du régime de complémentaire santé sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2024, à 3 864 €. Il est modifié annuellement par voie réglementaire.

La cotisation ci-dessus définie et les cotisations « enfants » et « conjoint, concubin et partenaire lié par un PACS » facultatives sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés de l'article 3.7 du présent accord :

Salariés relevant du régime général de la sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole

	Contribution salariale	Contribution patronale	Cotisation globale
Salarié isolé (obligatoire)	0,825 % PMSS	0,825 % PMSS	1,65 % PMSS

Salariés relevant du régime de sécurité sociale d'Alsace-Moselle

	Contribution salariale	Contribution patronale	Cotisation globale
Salarié isolé (obligatoire)	0,495 % PMSS	0,495 % PMSS	0,99 % PMSS

Ces taux sont définis pour une période d'un an à compter du 1^{er} janvier 2025.

A titre informatif, les tableaux des garanties et des taux de cotisation pour les régimes facultatifs (couvertures optionnelles et des ayants droit) sont joints en annexe du présent accord.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter une prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire du salarié (le cas échéant de ses ayants droits à titre obligatoire) mise en place par l'entreprise.

Article 3.5 – Prestations

1) Tableau des garanties

Le régime de complémentaire santé est établi dans le respect des dispositions relatives aux contrats dits « responsables » par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Les tableaux résumant les niveaux des garanties minimales, appelée « base conventionnelle », et les options prévues dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés, joint en annexe, sont établis sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent accord. Dans cette hypothèse, le taux de la

cotisation pourra faire l'objet d'une modification par avenant au présent accord.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter les mêmes niveaux de garanties minimales de la « base conventionnelle », acte par acte.

2) Haut Degré de Solidarité Santé

Par application de l'article L. 912-1 IV du code de la sécurité sociale, un fonds de solidarité attaché au régime de complémentaire santé est créé, appelé HDS Santé. Ce fonds :

- perçoit les ressources mentionnées au d) ;
- finance les prestations visées au e) .

Le HDS Santé est piloté par le Comité de Suivi de la Complémentaire Santé (ci-après « CSCS »), qui en délègue la gestion à un organisme gestionnaire désigné conformément au c). Les modalités de fonctionnement du fonds et de la délégation de gestion sont définies dans le Protocole technique du fonds.

En cas de résiliation de la mutualisation des garanties de complémentaire santé par recommandation d'organismes assureurs au sens de L. 912-1 du code de la sécurité sociale, le HDS Santé finance les actions et aides prévues jusqu'à épuisement des sommes disponibles.

a) Bénéficiaires des actions individuelles

Peuvent bénéficier des aides du HDS Santé dans les conditions définies au e) et conformément au Protocole technique, quelle que soit leur date d'embauche :

- les salariés des entreprises entrant dans le champ de l'accord couverts au titre du régime collectif et obligatoire qui leur est applicable ;
- les salariés définis au point précédent dont le contrat de travail est suspendu et qui bénéficient du maintien du régime définis à l'article 4.1 2) a) ;
- Les salariés dont le contrat de travail est suspendu définis au 4.1 2) b) lorsqu'ils demandent à bénéficier du régime et s'acquittent de leur cotisation ;
- les personnes qui bénéficient de la portabilité ou de l'article 4 de la Loi Evin définis à l'article 4.3.

Selon les aides créées et les conditions attachées dans le cadre du protocole technique, les ayants-droits de ces bénéficiaires (conjoint.e, partenaire de PACS ou concubins au sens du code civil et les enfants du salarié avant leur 26ème anniversaire) peuvent être considérés comme bénéficiaires du haut degré de solidarité.

b) Bénéficiaires des actions collectives

Les actions collectives définies au e) bénéficient aux entreprises relevant du champ d'application du présent accord. Ces entreprises doivent être à jour de leurs cotisations définies au d) pour que l'action puisse être financée par le HDS Santé.

c) Organisme gestionnaire du HDS Santé

Conformément à l'article L. 912-1 IV du Code de la sécurité sociale et à l'accord, le CSCS, à la date de signature du présent accord, a convenu de choisir comme gestionnaire unique pour le pilotage du HDS Santé :

L'Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance (OCIRP),
sis 17, rue de Marignan – CS 50 003 – 75008 PARIS.

L'OCIRP est une Union d'institutions de prévoyance soumise aux dispositions du Code de la sécurité sociale.

Le gestionnaire unique a pour mission de gérer le fonds de solidarité visé au présent article 4.5 2) conformément aux décisions de pilotage prises par le CSCS. A ce titre, mandat lui est donné pour notamment :

- recouvrer et percevoir le prélèvement visé au d) ;
- instruire, dans le cadre du Protocole technique, les dossiers de financement des prestations définies au e) ;
- procéder au paiement des prestations définies au e) ;
- missionner les prestataires choisis pour développer les actions collectives définies à l'article e) .

L'ensemble des missions et des prérogatives du gestionnaire unique dans le cadre de ce mandat sont définies par le CSCS dans le Protocole technique.

d) Financement du HDS Santé

Le HDS Santé est financé par un prélèvement de 2 % de la cotisation hors taxes versée au titre du régime de complémentaire santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation dans le cadre de la définition des « contrats responsables », en complément du régime de base de la sécurité sociale, de la mutualité sociale agricole le cas échéant ou encore du régime local Alsace Moselle.

Le prélèvement de 2 % est assis sur la cotisation hors taxes effectivement versée par l'entreprise dans les conditions suivantes :

- Pour les entreprises ayant souscrit leur contrat auprès d'un organisme assureur recommandé par le présent accord, le prélèvement est intégré dans la cotisation mutualisée versée auprès de l'assureur recommandé.
- Pour les entreprises ayant souscrit leur contrat auprès d'un organisme non recommandé, le prélèvement est effectué sur la cotisation contractuellement prévue pour les garanties collectives et obligatoires applicables dans l'entreprise au titre de la complémentaire santé.

Il appartient aux entreprises qui n'adhèrent pas auprès d'un organisme assureur recommandé par la branche, d'informer leur(s) organisme(s) assureur(s) sur l'assiette de cotisation à prendre en compte pour le calcul de la cotisation de 2 % dédiée au HDS Santé. Le versement au HDS Santé créé peut être effectué par l'assureur de l'entreprise ou par cette dernière directement auprès du gestionnaire désigné. Ces entreprises s'engagent à obtenir auprès de leur(s) organisme(s) assureur(s) un document attestant du versement effectif du prélèvement au gestionnaire unique pour pouvoir solliciter les aides et actions prévues au e).

e) Prestations gérées de manière mutualisée

Définition des prestations

Les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale sont déterminées par le CSCS, et définies au sein du Protocole technique.

Objectifs des actions en entreprise

Le HDS Santé finance, pour les bénéficiaires définis au b), des actions en entreprise ayant pour objectifs principaux la prévention des risques professionnels et l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Prise en charge de prestations d'action sociale à titre individuel ou collectif

Le HDS Santé prend en charge des prestations d'action sociale à titre individuel ou collectif, comprenant notamment :

- l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux bénéficiaires définis au a) ;

- des aides pour faire face à la perte d'autonomie, pour les bénéficiaires en situation de handicap ou d'aidant familial notamment.

Ces actions individuelles peuvent également prendre la forme de financements dédiés au maintien en emploi ou à la reconversion professionnelle des salariés en difficulté, en complémentarité le cas échéant des organismes compétents pour intervenir.

Prise en charge de la cotisation

Le HDS Santé, conformément aux dispositions de l'article R 912-2 du code de la sécurité sociale, peut prendre en charge totalement ou partiellement la cotisation de certains salariés notamment les apprentis. Les salariés concernés, les modalités et le montant pris en charge feront l'objet de dispositions spécifiques dans le protocole technique et d'un avenant au présent accord le cas échéant.

Modalités d'attribution des prestations du fonds de solidarité

Les prestations du HDS Santé sont attribuées aux bénéficiaires définis au a), dans les conditions prévues par le présent e).

Les prestations financées par le HDS Santé ont un caractère non directement contributif. Elles prennent la forme de prestations en espèces ou de prestations en nature.

En tout état de cause, le financement de ces prestations est assuré par le gestionnaire unique dans la limite du solde du HDS Santé. En cas d'insuffisance des fonds, les demandes sont traitées selon la date de réception de la demande (dossier complet).

Prestations en espèces

Les prestations en espèces sont attribuées, dans le cadre d'un secours exceptionnel, aux bénéficiaires qui justifient se trouver dans une situation ouvrant droit aux aides définies. L'attribution de ces prestations est précédée d'une analyse individuelle des demandes transmises par les bénéficiaires au gestionnaire du HDS Santé. Il est tenu compte de la situation propre à chaque bénéficiaire notamment de ses ressources et/ou de son foyer. Chaque prestation est soumise à des conditions de versement, à la production de pièces justificatives et à des contrôles administratifs définis dans le Protocole technique.

Prestations en nature

Les prestations en nature ont pour objet la délivrance d'un service non financier de type prévention, assistance, accompagnement, conseil, orientation, etc.

Ces prestations sont accessibles aux entreprises et leurs salariés sous réserves du respect de certaines conditions notamment concernant le financement défini au d) et de fournitures de pièces définies dans le dossier de demande d'intervention.

f) Contrôle par la commission paritaire de branche

Conformément à l'article R. 912-2 du Code de la sécurité sociale, le CSCS contrôlera la mise en œuvre des actions de prévention par les organismes chargés de leur réalisation et les aides versées dans les conditions prévues par le Protocole technique.

Article 3.6 – Suivi du régime de complémentaire santé mutualisé

Les partenaires sociaux délèguent au Comité de Suivi de la Complémentaire Santé (ci-après « CSCS »), dont sont membres les organisations d'employeurs (collège employeur) et de salariés (collège salarié) représentatives dans le champ d'application du présent accord, les missions suivantes :

- le suivi et la gestion administrative du régime mutualisé,
- ainsi que du Haut Degré de Solidarité Santé défini à l'article 4.5 2) du présent accord.

Les décisions du CSCS sont prises par accord constaté entre le collège employeur et celui des salariés, chaque collège disposant à cet effet d'une voix.

Chaque collège détermine sa position séparément dans les conditions ci-dessous :

- Les membres présents procèdent entre eux à un vote à la majorité des voix valablement exprimées compte non tenu des abstentions.
Au sein du collège des salariés, chaque organisation syndicale détient une voix pour le champ du présent accord dans lequel elle est représentative.
Au sein du collège des employeurs, chaque organisation d'employeurs détient une voix pour le champ du présent accord dans lequel elle est représentative.
- Le résultat de ce vote détermine la position du collège. Au cas où une majorité ne se dégage pas au sein d'un collège, celui-ci est considéré comme s'abstenant.
- En cas de partage de voix ou d'abstention d'un des collèges, la délibération concernée n'est pas adoptée. Le cas échéant sur demande de l'un des collèges, la délibération peut être portée à l'ordre du jour de l'instance de négociation sur le champ du présent accord.

Les organismes assureurs recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de cette commission. Les conditions de suivi technique du régime sont précisées par les dispositions du protocole de gestion administrative.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après présentation des comptes par les organismes assureurs, le tableau de garanties et/ou la cotisation pourra faire l'objet d'ajustements négociés par la CPPNI.

Article 3.7 – Organismes assureurs recommandés

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander aux entreprises couvertes par le champ d'application du présent avenant, pour assurer la couverture des garanties « frais de santé » prévues par le présent accord, les organismes assureurs suivants :

- **AÉSIO mutuelle**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculé sous le numéro n°775 627 391, dont le siège social est 173 Rue de Bercy 75012 PARIS.
- **AG2R Prévoyance** : Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, dont le numéro de SIRENE est le 333 232 270, dont le siège social est sis 14-16, boulevard Malesherbes 75008 PARIS.
- **Le groupement de coassurance Apicil – Intégrance** :
 - o **APICIL PREVOYANCE**, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité Sociale, dont le siège social est situé au 51 boulevard Marius Vivier Merle - 69003 LYON, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 321 862 500
et
 - o **INTEGRANCE**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé au 51 rue Paul Meurice – CS 51111 75970 PARIS Cedex 20, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 340 359 900,

La coordination du dispositif pour le compte du groupement et l'interlocution pour le pilotage du régime est confiée au Groupe Apicil.

- **Mutuelle Ociane Matmut**

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°434 243 085 - Siège social : 35 rue Claude BONNIER – 33054 BORDEAUX Cedex

- **Le groupement de co-assurance mutualiste composé de :**

- o **Harmonie Mutuelle**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473 – Siège social : 143, rue Blomet 75015 PARIS
- o **MGEN**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 685 399 – Siège social : 3, square Max Hymans – 75748 PARIS CEDEX 15

Ces mutuelles sont co-assureurs entre elles dans le cadre du groupement de co-assurance. Elles confient la coordination du dispositif et l'interlocution au Groupe VYV.

Les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent avenant. À cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 9 mois avant l'échéance.

Article 4.8 – Gestion des régimes d'entreprise hors mutualisation et dialogue social

Dans le cadre d'une gestion paritaire du régime mutualisé de complémentaire santé, les entreprises n'ayant pas souscrit un contrat dans le cadre de la recommandation définie au présent accord doivent porter à la consultation du CSE les comptes de résultats annuels du régime en vigueur dans l'entreprise fournis par l'organisme assureur conformément à l'article 15 de la Loi du 31 décembre 1989 dont le contenu est précisé dans le décret n°90-769 du 30 août 1990.

Article 4 – Effet, durée, révision et dénonciation

Le présent accord prendra effet le 1^{er} janvier 2025 sous réserve de son agrément, conformément à l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles.

Il est conclu pour une durée indéterminée sous réserve de la période quinquennale définie à l'article 3.7 dans le respect de l'article L 912-1 du code de la sécurité sociale concernant la période de recommandation.

Le présent accord pourra être révisé dans les conditions légales applicables.

Le présent accord pourra faire l'objet d'une dénonciation totale et globale, sur l'ensemble du champ d'application, dans les conditions légales applicables.

Il fera l'objet des formalités obligatoires prévues par le code du travail.

Annexe 1 – Garanties collectives « frais de santé » pour le niveau dit de « Base conventionnelle »

Garanties remboursements de la Sécurité Sociale inclus	Base conventionnelle
HOSPITALISATION	
Frais de séjour	200%BR
Honoraires (signataires DPTM) (1) :	
Actes de chirurgie (ADC)	220% BR
Actes d'anesthésie (ADA)	
Actes d'obstétrique (ACO)	
Actes techniques médicaux (ATM)	
Autres honoraires	
Honoraires (non signataires DPTM) :	
Actes de chirurgie (ADC)	200% BR
Actes d'anesthésie (ADA)	
Actes d'obstétrique (ACO)	
Actes techniques médicaux (ATM)	
Autres honoraires	
Forfait Hospitalier	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR
Chambre particulière par jour :	100% FR
Conventionnée de nuit	limité à 2% PMSS
Conventionnée de jour	limité à 1% du PMSS
Personne accompagnante :	
Conventionné	100% FR limité à 1,5% PMSS
Transport remboursé par la Ss	100% BR

SOINS COURANTS	
Consultation - visites : Généralistes signataires ou non d'un DPTM	100% BR
Consultation - visites : Spécialistes signataires d'un DPTM	220% BR
Consultation - visites : Spécialistes Non signataires d'un DPTM	200% BR
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien, psychologue)	25€/séance dans la limite de 3 séances par an/bénéficiaire
Psychologues (actes remboursés Sécurité sociale)	100% BR
Médicaments et Pharmacie (remboursés Ss)	100% BR
Analyses et examens de biologie médicale remboursée Ss	100% BR
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Ss)	100% BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) signataires d'un DPTM	170% BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) non signataires d'un DPTM	150% BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires d'un DPTM	150%BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non signataires d'un DPTM	130%BR
Matériel médical Orthopédie et autres prothèses ou appareillage remboursé par la Ss (hors dentaire, auditif et optique)	200% BR
Transport remboursé par la Ss	100% BR
Forfait actes lourds	100% FR

DENTAIRE				
Soins dentaires	100% BR			
Inlays/onlays	100% BR			
Orthodontie remboursée par la Ss	300%BR			
Orthodontie non remboursée par la Ss	250% BRR			
Prothèses dentaires non remboursées par la Ss	7% PMSS / an			
Implantologie	20% PMSS / an			
Prothèses dentaires remboursées par la Ss (4)** :	Panier 100% santé	Panier maîtrisé		Panier libre
Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	100% des HLF (2) selon matériau et position de la dent	250%BR	900 € par an et par bénéficiaire (3)	125% BR
Dents de fond de bouche		220%BR		
Inlays-core (dans la limite des PLV fixés)		150% BR		
OPTIQUE (5)				
	Classe A		Classe B	
Verres**	100% du PLV (2)		Grille Base	
Monture adulte**				
Monture enfant**				
Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	3% PMSS (min 100% BR)			
Chirurgie réfractive par an et par bénéficiaire	22% PMSS			
Prestations supplémentaires sur équipement d'optique	100% BR dans la limite des PLV			
ACTES DIVERS				
Tous les actes des contrats responsables	100% BR			
	Classe 1		Classe 2	
Prothèses auditives (dans la limite d'un appareil par oreille tous les 4 ans)**	100% PLV (2)		20% PMSS par oreille (min 100% BR)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Ss (dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par arrêté)	100% BR			
Cures thermales acceptées par la Ss	100% BR			

Ss : Sécurité sociale.

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer son montant de remboursement.

BRR : Base de remboursement reconstituée.

** Les garanties s'entendent dans les conditions existantes et à venir des contrats responsables tant au niveau des minima que des maxima fixés acte par acte.*

*** En tout état de cause, les garanties devront respecter les PLV fixés par décret dans le cadre des contrats responsables.*

(1) DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

(2) HLF : Honoraires Limites de Facturation et PLV : Prix Limites de Vente.

(3) Hors RACO, limite à 900 € ou 1 050 € ou 1 450 € par an et par bénéficiaire ; au-delà, la garantie appliquée est celle du décret n°2019-65 (125% BR).

Les devis prothétiques sont valables 6 mois.

(4) Dents du sourire : Ce sont les Incisives – Canines – Prémolaires.

Ces dents correspondent au numéro de dent : 11,12,13,14,15,21,22,23,24,25,31,32,33,34,35,41,42,43,44,45.

(5) Conformément à l'arrêté du 3 décembre 2018 , le remboursement d'un équipement optique, composé d'une monture et de deux verres, n'est possible que tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les cas spécifiques listés au point VIII, la prise en charge est annuelle.

Grilles Optique (Sécurité sociale incluse)	Grille Base	
	CLASSE A	CLASSE B
UNIFOCAUX		
sphère de 0 à -/+2	100% PLV (*)	35,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		40,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		50,00 €
sphère < -8 ou > +8		100,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% PLV	40,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		45,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		55,00 €
cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S		105,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% PLV	55,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		60,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		70,00 €
cylindre > +4 sphère > -8		120,00 €
MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS		
sphère de 0 à -/+2	100% PLV	75,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		80,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		90,00 €
sphère < -8 ou > +8		130,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% PLV	90,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		95,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		105,00 €
cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S		145,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% PLV	115,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		120,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		130,00 €
cylindre > +4 sphère > -8		170,00 €
MONTURES ET AUTRES LPP		
Verre neutre	100% PLV	35,00 €
Monture (dont supplément enfant de moins de 6 ans)		100,00 €

(*) PLV = Prix Limite de Vente fixés par décret

S = Cylindre + Sphère

Montants indiqués PAR VERRE

Annexe 2 – Garanties collectives « frais de santé » pour les niveaux optionnels 1 et 2

Garanties remboursements de la Sécurité sociale inclus et base conventionnelle incluse	OPTION 1	OPTION 2
HOSPITALISATION		
Frais de séjour	200%BR	200%BR
Honoraires (signataires DPTM) (1) :		
Actes de chirurgie (ADC)		
Actes d'anesthésie (ADA)	220% BR	300% BR
Actes d'obstétrique (ACO)		
Actes techniques médicaux (ATM)		
Autres honoraires		
Honoraires (non signataires DPTM) :		
Actes de chirurgie (ADC)		
Actes d'anesthésie (ADA)	200% BR	200% BR
Actes d'obstétrique (ACO)		
Actes techniques médicaux (ATM)		
Autres honoraires		
Forfait Hospitalier	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR
Chambre particulière par jour :	100% FR	100% FR
Conventionnée de nuit	limité à 2% PMSS	limité à 3% PMSS
Conventionnée de jour	limité à 1% PMSS	limité à 1,5% PMSS
Personne accompagnante :	100% FR	100% FR
Conventionné	limité à 1,5% PMSS	limité à 3% PMSS
Transport remboursé par la Ss	100% BR	100% BR

SOINS COURANTS	Option 1	Option 2
Consultation - visites : Généralistes signataires ou non d'un DPTM	100% BR	100% BR
Consultation - visites : Spécialistes signataires d'un DPTM	220% BR	220% BR
Consultation - visites : Spécialistes Non signataires d'un DPTM	200% BR	200% BR
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien, psychologue)	25€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire	25€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire
Psychologues (actes remboursés Sécurité sociale)	100% BR	100% BR
Médicaments et Pharmacie (remboursés Ss)	100% BR	100% BR
Analyses et examens de biologie médicale remboursée Ss	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Ss)	100% BR	100% BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) signataires d'un DPTM	170% BR	170% BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) non signataires d'un DPTM	150% BR	150% BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires d'un DPTM	150%BR	170% BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non signataires d'un DPTM	130%BR	150% BR
Matériel médical Orthopédie et autres prothèses ou appareillage remboursé par la Ss (hors dentaire, auditif et optique)	200% BR	200% BR
Transport remboursé par la Ss	100% BR	100% BR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR

DENTAIRE						
Soins dentaires		100% BR		100% BR		
Inlays/onlays		100% BR		100% BR		
Orthodontie remboursée par la Ss		300%BR		350% BR		
Orthodontie non remboursée par la Ss		250% BRR		250% BRR		
Prothèses dentaires non remboursées par la Ss		7% PMSS / an		10% PMSS / an		
Implantologie		22% PMSS / an		25% PMSS / an		
Prothèses dentaires remboursées par la Ss (4)** :		Panier 100% santé	Panier maîtrisé et Panier libre	Panier 100% santé Panier maîtrisé et Panier libres		
Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	100% des HLF (2) selon	325% BR	Dans la limite de 1 050 € par an et par bénéficiaire (3)	100% des HLF (2) selon	450% BR	Dans la limite de 1 450 € par an et par bénéficiaire (3)
Dents de fond de bouche	matériau et position	250% BR		matériau et position	350% BR	
Inlays-core (dans la limite des PLV fixés)	de la dent	200% BR		de la dent	200% BR	
OPTIQUE (5)						
		Classe A	Classe B	Classe A	Classe B	
Verres**		100% du PLV (2)	Grille Option 1	100% du PLV (2)	Grille Option 2	
Monture adulte**						
Monture enfant**						
Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)		3% PMSS (min 100% BR)		6,5% PMSS (min 100% BR)		
Chirurgie réfractive par an et par bénéficiaire		22% PMSS		25% PMSS		
Prestations supplémentaires sur équipement d'optique		100% BR dans la limite des PLV		100% BR dans la limite des PLV		
ACTES DIVERS						
Tous les actes des contrats responsables		100% BR		100% BR		
		Classe 1	Classe 2	Classe 1	Classe 2	
Prothèses auditives (dans la limite d'un appareil par oreille tous les 4 ans)**		100% PLV (2)	20% PMSS par oreille (min 100% BR)	100% PLV (2)	1700 € par oreille	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Ss (dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par arrêté)		100% BR		100% BR		
Cures thermales acceptées par la Ss		100% BR		100% BR		

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer son montant de remboursement.

BRR : Base de remboursement reconstruite.

* Les garanties s'entendent dans les conditions existantes et à venir des contrats responsables tant au niveau des minima que des maxima fixés acte par acte.

** En tout état de cause, les garanties devront respecter les PLV fixés par décret dans le cadre des contrats responsables.

(1) DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

(2) HLF: Honoraires Limites de Facturation et PLV : Prix Limites de Vente.

(3) Hors RACO, limite à 900 € ou 1 050 € ou 1 450 € par an et par bénéficiaire ; au-delà, la garantie appliquée est celle du décret n°2019-65 (125% BR).

Les devis prothétiques sont valables 6 mois.

(4) Dents du sourire : Ce sont les Incisives – Canines – Prémolaires. Ces dents correspondent au numéro de dent : 11,12,13,14,15,21,22,23,24,25,31,32,33,34,35,41,42,43,44,45.

(5) Conformément à l'arrêté du 3 décembre 2018, le remboursement d'un équipement optique, composé d'une monture et de deux verres, n'est possible que tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les cas spécifiques listés au point VIII, la prise en charge est annuelle.

Grilles Optique (Sécurité sociale incluse)	Grille Option 1		Grille Option 2	
UNIFOCAUX	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
sphère de 0 à -/+2	100% PLV	75,00 €	100% PLV	90,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		75,00 €		90,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		90,00 €		100,00 €
sphère < -8 ou > +8		125,00 €		130,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% PLV	85,00 €	100% PLV	100,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		85,00 €		100,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		95,00 €		110,00 €
cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S		110,00 €		120,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% PLV	135,00 €	100% PLV	140,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		135,00 €		140,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		140,00 €		150,00 €
cylindre > +4 sphère > -8		150,00 €		160,00 €
MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
sphère de 0 à -/+2	100% PLV	160,00 €	100% PLV	180,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		160,00 €		180,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		175,00 €		200,00 €
sphère < -8 ou > +8		175,00 €		200,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% PLV	180,00 €	100% PLV	210,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		180,00 €		210,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		190,00 €		220,00 €
cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S		200,00 €		230,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% PLV	180,00 €	100% PLV	210,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		180,00 €		210,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		190,00 €		220,00 €
cylindre > +4 sphère > -8		200,00 €		230,00 €
MONTURES ET AUTRES LPP	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
Verre neutre	100% PLV	75,00 €	100% PLV	90,00 €
Monture (dont supplément enfant de moins de 6 ans)		100,00 €		100,00 €

(*) PLV = Prix Limite de Vente fixés par décret

S = Cylindre + Sphère

Montants indiqués PAR VERRE

Annexe 3 – Tableau récapitulatif des cotisations du régime mutualisé

Lorsque le salarié fait le choix de couvrir ses ayants-droits, il décide de l'extension des garanties qui lui sont applicables. Ainsi il ne peut choisir des niveaux de garantie différents en fonction de l'ayant-droit couvert.

Pour la lecture du tableau ci-dessous, il convient d'additionner les taux de cotisation en fonction du niveau de garantie obligatoire dans l'entreprise et du nombre de personnes couvertes. La cotisation des enfants est gratuite à compter du 3^{ème} enfant.

Les cotisations sont exprimées en % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale pour l'année 2025.

A titre informatif, le PMSS est fixé à 3864 euros pour 2024.

		obligatoire			
		facultatif	Salarié isolé	Conjoint	Enfant
REGIME GENERAL (RG)	[base]		1,65 %	1,78 %	0,92 %
	option 1 en complément de la base		0,39 %	0,39 %	0,22 %
	option 2 en complément de la base		0,89 %	0,89 %	0,51 %
	[base + option 1]		2,01%	2,17 %	1,14 %
	option 2 en complément de l'option 1		0,53 %	0,53 %	0,30 %
	[base + option 2]		2,50 %	2,67%	1,43 %
REGIME LOCAL Alsace Moselle (RL)	[base]		0,99 %	1,07 %	0,55 %
	option 1 en complément de la base		0,39 %	0,39 %	0,22 %
	option 2 en complément de la base		0,89 %	0,89 %	0,51 %
	[base + option 1]		1,23 %	1,46 %	0,77 %
	option 2 en complément de l'option 1		0,53 %	0,53 %	0,30 %
	[base + option 2]		1,60 %	1,96 %	1,06 %