

Avenant n°2 du 19 novembre 2025
(Non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2026)

Signataires :

Organisations patronales :

CNHBJO

Syndicat(s) de salariés :

CFDT

CFTC

CGT-FO

CFE-CGC

Préambule

Le présent avenant s'inscrit dans le cadre des dispositions de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale et plus particulièrement s'agissant du II et III de cet article, relatif à la procédure de mise en concurrence des organismes et institutions concernés et au réexamen de la clause de recommandation desdits organismes et institutions.

Par ailleurs, ils ont souhaité apporter un certain nombre d'ajustements aux prestations et cotisations, telles qu'elles étaient issues de l'accord du 27 octobre 2020 et de l'avenant du 21 novembre 2023.

Article 1 – Recommandation

Dans l'article 2 « Recommandation », la référence au groupe MALAKOFF-HUMANIS Prévoyance est supprimée. Au sens de la présente recommandation, les groupements recommandés sont :

- **Harmonie mutuelle, Groupe VYY**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473, numéro LEI n° 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social: 143, rue Blomet, 75015 Paris ;
- **AESIO mutuelle**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 627 391Siège social : 173 rue de Bercy, 75012 PARIS

Article 2 – Définition des bénéficiaires

Il est rajouté à la fin de l'article 3.2.1 « Définition des bénéficiaires », un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Sous réserve de contenir des garanties au moins équivalentes au sens de l'article L. 2253-1 du Code du travail, les entreprises de la branche peuvent disposer d'un régime frais de santé différent de celui défini dans le cadre de la branche.

Dès lors, et pour définir des catégories objectives au sens de l'article R 242-1-1 du Code de la sécurité sociale, elles pourront utilement se référer à l'accord de branche agréé par l'APEC, qui définit les catégories objectives de la branche. »

Article 3 – Cotisations

Dans l'article 4 « Cotisations », les tableaux des cotisations, tels que définis par l'article 1 de l'avenant du 21 novembre 2023, sont abrogés et remplacés par les tableaux ci-après :

« Article 4.1 – Régime souscrit par l'entreprise à titre obligatoire pour le salarié et à titre obligatoire ou facultatif pour les ayants droit du salarié

Si l'entreprise a opté pour une couverture facultative des ayants droit, les cotisations additionnelles servant au financement des couvertures facultatives, ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

Régime de base

Régime Général		En pourcentage du PMSS
AcEfs		
Base conventionnelle	Salarié obligatoire	1,65 %

	Conjoint	1,84 %
	Enfant (gratuité à parEr du 3 ^{ème} enfant)	0,90 %

Régime Alsace-Moselle		En pourcentage du PMSS
AcEfs		
Base convenEonnelle	Salarié obligatoire	1,18 %
	Conjoint	1,32 %
	Enfant (gratuité à parEr du 3 ^{ème} enfant)	0,64 %

Régime de base + option 1

Régime Général		En pourcentage du PMSS
AcEfs		
Base + OpEon 1 obligatoire	Salarié obligatoire	2,07 %
	Conjoint	2,32 %
	Enfant (gratuité à parEr du 3 ^{ème} enfant)	1,20 %

Régime Alsace-Moselle		En pourcentage du PMSS
AcEfs		
Base + OpEon 1 obligatoire	Salarié obligatoire	1,60 %
	Conjoint	1,80 %
	Enfant (gratuité à parEr du 3 ^{ème} enfant)	0,94 %

Régime de base + option 2

Régime Général		En pourcentage du PMSS
AcEfs		
Base + OpEon 2 obligatoire	Salarié obligatoire	2,26 %
	Conjoint	2,55 %
	Enfant (gratuité à parEr du 3 ^{ème} enfant)	1,31 %

Régime Alsace-Moselle		En pourcentage du PMSS
AcEfs		

Base + OpEon 2 obligatoire	Salarié obligatoire	1,79 %
	Conjoint	2,03 %
	Enfant (gratuité à parEr du 3 ^{ème} enfant)	1,05 %

Article 4.2 – Options souscrites à titre facultatif pour les salariés et les ayants droit

Les cotisations additionnelles servant au financement des couvertures facultatives, ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

Régime Général		En pourcentage du PMSS
AcEfs		
OpEon 1 FacultaEve à la base obligatoire	Salarié	0,49 %
	Conjoint	0,57 %
	Enfant (gratuité à parEr du 3 ^{ème} enfant)	0,35 %

Régime Alsace-Moselle		En pourcentage du PMSS
AcEfs		
OpEon 1 FacultaEve à la base obligatoire	Salarié	0,49 %
	Conjoint	0,57 %
	Enfant (gratuité à parEr du 3 ^{ème} enfant)	0,35 %

Régime Général		En pourcentage du PMSS
AcEfs		
OpEon 2 FacultaEve à la base obligatoire	Salarié	0,74 %
	Conjoint	0,88 %
	Enfant (gratuité à parEr du 3 ^{ème} enfant)	0,50 %

Régime Alsace-Moselle		En pourcentage du PMSS
AcEfs		
OpEon 2 FacultaEve à la base obligatoire	Salarié	0,74 %
	Conjoint	0,88 %
	Enfant (gratuité à parEr du 3 ^{ème} enfant)	0,50 %

Régime Général		En pourcentage du PMSS
AcEfs		
OpEon 2 FacultaEve à l'opEon 1 obligatoire	Salarié	0,24 %
	Conjoint	0,28 %
	Enfant (gratuité à parEr du 3 ^{ème} enfant)	0,14 %

Régime Alsace-Moselle		En pourcentage du PMSS
AcEfs		
OpEon 2 FacultaEve à l'opEon 1 obligatoire	Salarié	0,24 %
	Conjoint	0,28 %
	Enfant (gratuité à parEr du 3 ^{ème} enfant)	0,14 %

Article 4 – Garanties

Les garanties telles que définies à l'article 5 de l'accord du 27 octobre 2020 sont remplacées par un nouveau tableau des garanties.

PRESTATIONS	BASE CONVENTIONNELLE REMBOURSEMENT AMO + AMC	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1 REMBOURSEMENT AMO + AMC	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2 REMBOURSEMENT AMO + AMC
HOSPITALISATION*			
Médicale, chirurgicale et maternité			
Frais de séjour	100 % BR	250 % BR	300 % BR
Forfait patient urgences	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Forfait actes lourds	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique			
Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	170% BR	200% BR	300% BR
Autres praticiens	150% BR	180% BR	200% BR
Chambre particulière avec nuitée	80 € par jour	100 € par jour	150 € par jour
Chambre particulière en ambulatoire	80 € par jour	100 € par jour	150 € par jour
Chambre particulière maternité	80 € par jour	100 € par jour	150 € par jour
Frais d'accompagnant pour les enfants de moins de 16 ans (1)	40 € par jour	50 € par jour	75 € par jour
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Indemnité naissance (2)	100 €	150 €	250 €
SOINS MÉDICAUX COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations, visites généralistes			

Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	140% BR	150% BR
Autres praticiens	110% BR	120% BR	130% BR

PRESTATIONS	BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2
	REMBOURSEMENT AMO + AMC	REMBOURSEMENT AMO + AMC	REMBOURSEMENT AMO + AMC
Consultations, visites spécialistes			
Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	200% BR	300% BR
Autres praticiens	110% BR	180% BR	200% BR
Actes techniques médicaux et d'échographie			
Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	200% BR	300% BR
Autres praticiens	110% BR	180% BR	200% BR
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie remboursée par l'AMO			
Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	140% BR	300% BR
Autres praticiens	110% BR	120% BR	200% BR
Actes de sage-femme	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux			

Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations psychologue (3)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments			
Médicaments	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins anti-grippal et autres vaccins	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Automédication : médicaments pouvant être présentés en accès direct en pharmacie (4)	50 € par année civile et par bénéficiaire	60 € par année civile et par bénéficiaire	75 € par année civile et par bénéficiaire

PRESTATIONS	BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2
	REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENT
	AMO + AMC	AMO + AMC	AMO + AMC
Matériel médical			
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux remboursée par l'AMO	100 % BR	200 % BR	300% BR
Transport sanitaire			
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 % BR	100 % BR	100 % BR
AIDES AUDITIVES - UNE AIDE AUDITIVE TOUS LES 4 ANS PAR OREILLE DE DATE À DATE			
Prothèse auditive remboursable			
Équipement 100% santé (Classe I - tel que défini réglementairement) (5)(6)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Équipement à tarifs Libres (Classe II) (5)(6)	100 % BR	200 % BR	425% BR
Entretien, fournitures et accessoires	100 % BR	200 % BR	300 % BR
CURE THERMALE - ACCEPTÉE PAR L'AMO			
Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
OPTIQUE			
Équipement 100% santé (Classe A - tel que défini réglementairement) (6)(7)(8)			
Monture + verres	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Équipement à tarifs libres (Classe B)(6)(7)(8)(9)			
Monture	100 €	100 €	100 €
Verres (par verre)			
·Simple	115 €	130 €	150 €

·Complexe	230 €	260 €	275 €
·Très complexe	275 €	300 €	350 €
Adaptation de la correction visuelle	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Verres avec filtre	100 % BR	100 % BR	100 % BR

PRESTATIONS	BASE CONVENTIONNELLE REMBOURSEMENT AMO + AMC	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1 REMBOURSEMENT AMO + AMC	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2 REMBOURSEMENT AMO + AMC
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles prises en charge par l'AMO	100 % BR + 350 € par année civile et par bénéficiaire	100 % BR + 400 € par année civile et par bénéficiaire	100 % BR + 400 € par année civile et par bénéficiaire
Lentilles non prises en charge par l'AMO y compris jetables	350 € par année civile et par bénéficiaire	400 € par année civile et par bénéficiaire	400 € par année civile et par bénéficiaire
Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par l'AMO (10)	375 € par œil	800 € par œil	1000 € par œil
DENTAIRE			
Soins	200 % BR	200 % BR	250 % BR
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (6)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (6)			
·Prothèses fixes	350% BR	450% BR	500% BR
·Inlay-Core	200% BR	200% BR	250% BR
·Prothèses transitoires	350% BR	450% BR	500% BR
·Inlay onlay	200% BR	200% BR	250% BR
·Prothèses amovibles	350% BR	450% BR	500% BR
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres			
·Prothèses fixes	350% BR	450% BR	500% BR
·Inlay-Core	200% BR	200% BR	250% BR
·Prothèses transitoires	350% BR	450% BR	500% BR
·Inlay onlay	200% BR	200% BR	250% BR
·Prothèses amovibles	350% BR	450% BR	500% BR
Orthodontie prise en charge par l'AMO	250 % BR	350 % BR	400 % BR
Actes non pris en charge par l'AMO			

PRESTATIONS	BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2
	REMBOURSEMENT AMO + AMC	REMBOURSEMENT AMO + AMC	REMBOURSEMENT AMO + AMC
Parodontologie non remboursée par l'AMO (11)	75 € par année civile et par bénéficiaire	100 € par année civile et par bénéficiaire	150 € par année civile et par bénéficiaire
Bridges fixes définitifs non remboursables par l'AMO (12)	150 € par année civile et par bénéficiaire	250 € par année civile et par bénéficiaire	350 € par année civile et par bénéficiaire
Implantologie (13)	325 € par implant	750 € par implant	900 € par implant
Orthodontie non prise en charge par l'AMO	970 €/An	1355 €/An	1550 €/An
AUTRES			
Acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe (14)	25 € par séance dans la limite de 4 séances par année civile et par bénéficiaire	30 € par séance dans la limite de 5 séances par année civile et par bénéficiaire	35 € par séance dans la limite de 5 séances par année civile et par bénéficiaire
Actes de prévention	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Assistance	Oui	Oui	Oui

BR : Base de remboursement

AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) AMC

: Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle)

*Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge en hospitalisation est exclue pour les séjours suivants :

- cures médicales en établissements de personnes âgées,
 - ateliers thérapeutiques,
 - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel,
 - centres de rééducation professionnelle
 - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées
- (1) Concernent uniquement les frais de repas et/ou d'hébergement, facturés en milieu hospitalier, maison des parents ou structure spécifique d'hébergement des malades et de leur famille, lors d'une hospitalisation prise en charge au titre de la présente garantie.
 - (2) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date
 - (3) Seules les séances réalisées dans le cadre du dispositif national Mon Psy feront l'objet d'un remboursement
 - (4) Selon liste ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé)
 - (5) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive
 - (6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation pour l'optique et l'auditif et des honoraires limites de facturation pour le dentaire
 - (7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue
 - (8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre)
 - (9) Verres simples :
 - Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries
 - Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,
 - Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries
- Verres complexes
- Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,
 - Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale 0 à 0.25 dioptrie,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries,

Verres très complexes :

- Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 +4.00 dioptries,
 - Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,
 - Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,
 - Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries
- (10) Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter les maladies des yeux.
- (11) Prise en charge des actes CCAM avec un code de regroupement TDS (Tissu De Soutien)
- (12) Les 2ème et 3ème inters de bridge ne sont pas remboursables
- (13) Prise en charge uniquement de la pose d'un implant intra-osseux.
- (14) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné

Définitions :

Ayant droit conjoint

« On entend par ayant droit du salarié

Le conjoint du salarié marié, non séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable à condition qu'elle soit transcrite à l'état civil), et non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou par convention enregistrée chez un notaire, à la date de l'événement donnant lieu à prestation.

Est assimilé au conjoint du salarié :

- *Son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs).*

Est considérée comme partenaire de Pacs, quel que soit son sexe, la personne ayant conclu avec l'assuré un contrat ayant pour but d'organiser leur vie commune, tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code civil. Les signataires d'un Pacs sont désignés par le terme de partenaires;

- *Son concubin*

Est considérée comme concubin la personne vivant en couple avec l'assuré dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve qu'une période de vie commune d'une_ année puisse être attestée par le biais d'un justificatif (quittance de loyer, facture de fournisseur d'énergie notamment) et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée précitée n'est toutefois pas exigée lorsqu'un enfant est né de cette union. L'organisme assureur peut, à tout moment, réclamer les justificatifs actualisés attestant de la vie commune du salarié; »

Ayant droit enfant à charge

« - Les enfants à charge du salarié et éventuellement de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS, de son concubin.

Sont considérés comme enfants à charge :

- Les enfants de moins de 18 ans;
- Les enfants jusqu'au jour de leur 26ième anniversaire satisfaisant au moins l'une des conditions suivantes
 - o S'ils poursuivent leurs études,
 - o Ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à France Travail,
 - o Ou sont sous contrat d'apprentissage,
 - o Ou s'ils exercent une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RSA mensuel,
- Les enfants, quel que soit leur âge, qui sont infirmes ou atteints d'une maladie chronique et titulaires d'une carte invalidité ou d'une carte mobilité inclusion portant la mention «invalidité» prévue à l'article L 241-3 du Code de l'Action sociale et des familles, ou la mention «stationnement pour personne handicapée» ou la mention «priorité», ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (Allocation d'Enfant Handicapé ou d'Adulte Handicapé).
- Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du salarié sont considérés comme à charge.
- Le nouveau-né ou l'enfant adopté est garanti dès le jour de la naissance ou de l'adoption, sous réserve que la demande soit adressée à l'organisme assureur dans les 30 jours qui suivent l'évènement. »

Article 5 – Maintien des garanties issues de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale et de l'article 4 de la loi « Evin »

Dans l'article 6.2 « Maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi Evin », le tableau proposé pour l'année 1 est remplacé par un nouveau tableau :

Régime de base

Régime Général		En pourcentage du PMSS
Maintiens au titre de l'article 4 de la « loi Evin »		
Base conventionnelle	Conjoint de salarié décédé	1,65 %
	Chômeur	1,65 %
	Invalide	1,65 %
	Pré-retraité	1,65 %
	Retraité	1,65 %
	Conjoint	2,47 %
	Enfant (gratuité à partir du 3 ^{ème} enfant)	0,90%

Régime Alsace – Moselle		En pourcentage du PMSS
Maintiens au titre de l'article 4 de la « loi Evin »		
Base conventionnelle	Conjoint de salarié décédé	1,18 %
	Chômeur	1,18 %
	Invalide	1,18 %
	Pré-retraité	1,18 %
	Retraité	1,18 %
	Conjoint	1,77 %
	Enfant (gratuité à partir du 3 ^{ème} enfant)	0,64%

Régime de base + option 1

Régime général		En pourcentage du PMSS
Maintiens au titre de l'article 4 de la « loi Evin »		
Base Conventionnelle + Option	Conjoint de salarié décédé	2,07%
	Chômeur	2,07%
	Invalide	2,07%
	Pré-retraité	2,07%
	Retraité	2,07%

1	Conjoint	3,10%
	Enfant (gratuité à partir du 3e enfant)	1,20%

Régime Alsace-Moselle		En pourcentage du PMSS
Maintiens au titre de l'article 4 de la « loi Évin »		
Base Conventionnelle + Option 1	Conjoint de salarié décédé	1,60%
	Chômeur	1,60%
	Invalide	1,60%
	Pré-retraité	1,60%
	Retraité	1,60%
	Conjoint	2,40%
	Enfant (gratuité à partir du 3e enfant)	0,94%

Régime de base + option 2

Régime général		En pourcentage du PMSS
Maintiens au titre de l'article 4 de la « loi Évin »		
Base Conventionnelle + Option 2	Conjoint de salarié décédé	2,26%
	Chômeur	2,26%
	Invalide	2,26%
	Pré-retraité	2,26%
	Retraité	2,26%
	Conjoint	3,39%
	Enfant (gratuité à partir du 3e enfant)	1,31%

Régime Alsace-Moselle		En pourcentage du PMSS
Maintiens au titre de l'article 4 de la « loi Évin »		

Base Conventiionnelle + Option 2	Conjoint de salarié décédé	1,79%
	Chômeur	1,79%
	Invalide	1,79%
	Pré-retraité	1,79%
	Retraité	1,79%
	Conjoint	2,68%
	Enfant (gratuité à partir du 3e enfant)	1,05%

Article 6 – Egalité professionnelle entre les femmes et les hommes

Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, les organisations soussignées rappellent par ailleurs, qu'elles ont notamment pris en compte l'objectif d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, en particulier dans le cadre du dispositif visé par le présent avenant.

Article 7 – Entreprises de moins de 50 salariés

Ces dispositions s'appliquent à toutes les entreprises du champ de la convention collective, y compris les entreprises de moins de 50 salariés, et ne nécessitent pas de mesures spécifiques à leur endroit, conformément aux articles L. 2261-23-1 et L. 2232-10-1 du Code du travail.

Article 8 – Date d'effet et durée

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Il pourra être révisé ou dénoncé, conformément aux dispositions des articles L. 2261-7 et suivants du Code du travail.

Article 9 – Dépôt et demande d'extension

Le présent avenant sera déposé dans les conditions prévues par les articles L. 2231-6, L. 2261-1 et D. 2231-2 du Code du travail.

Les signataires de l'avenant demandent son extension auprès du ministre chargé de la sécurité sociale et auprès du ministre chargé du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, conformément aux dispositions de l'article L. 911-3 du Code de la sécurité sociale.