

**Avenant n°8 à l'accord du 14 décembre 2015 relatif au  
régime de frais de santé des salariés intérimaires**

**Préambule**

Les partenaires sociaux de la branche du travail temporaire ont conclu le 14 décembre 2015 l'accord relatif au régime de frais de santé des salariés intérimaires. Cet accord a été modifié par sept avenants datés du 30 septembre 2016, du 9 décembre 2016, du 6 octobre 2017, du 22 décembre 2017, du 20 septembre 2019, du 25 septembre 2020 et du 18 novembre 2022, et précisé par un avenant d'interprétation du 14 septembre 2018.

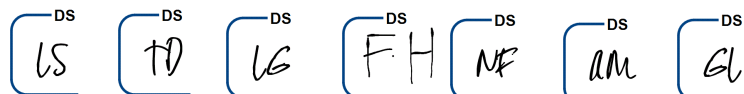
Dans le cadre de cet avenant n°8, les parties signataires décident d'améliorer certaines prestations de la garantie optionnelle facultative dénommée Garantie +, à laquelle tout salarié intérimaire a la possibilité de souscrire, à titre individuel, lui permettant d'améliorer les prestations du régime de base. Ainsi, elles conviennent d'améliorer les niveaux d'indemnisation sur les postes de soins suivants : les implants dentaires, les verres classes B (prix libres), les consultations et visites de spécialistes, la médecine douce (chiropractie, étioopathie, ostéopathie), la chambre particulière et le matériel médical.

Le salarié intérimaire a également la possibilité de souscrire à la Garantie + pour ses ayants droit (conjoint et/ ou enfants à charge) dès lors que ces derniers sont affiliés au régime de base facultatif.

Les modifications apportées par le présent avenant figurent en italique.

Enfin, dans un souci de lisibilité de l'accord de branche du 14 décembre 2015, les parties signataires du présent avenant conviennent d'intégrer, en annexe 2, une version consolidée du texte de l'accord modifié par les avenants suivants :

- L'avenant n°1 du 30 septembre 2016,
- L'avenant n°2 du 9 décembre 2016,
- L'avenant n°3 du 6 octobre 2017,
- L'avenant n°4 du 22 décembre 2017,
- L'avenant n°5 du 20 septembre 2019,
- L'avenant n°6 du 25 septembre 2020
- L'avenant n°7 du 18 novembre 2022,
- L'avenant n°8 du 17 novembre 2023



## Article 1 – Révision de l'article 11.2.2 – Niveau de la garantie optionnelle facultative

La nature et le montant des garanties de la garantie optionnelle facultative visés à l'article 11.2.2 de l'accord du 14 décembre 2015 sont modifiés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024, conformément au tableau de garanties porté en annexe 1 intitulée « *Nature et montant des garanties du régime collectif obligatoire et de la garantie optionnelle facultative (Garantie +)* » du présent avenant.

En conséquence, l'article 11.2.2 est modifié comme suit :

### 11.2.2 - Niveau de la garantie optionnelle facultative

*La nature et le montant des garanties figurent en Annexe 1 au présent accord.*

## Article 2 – Révision de l'annexe 3 de l'avenant n°6 du 25 septembre 2020

L'avenant n°4 du 22 décembre 2017 a introduit aux articles 10.1, 10.2 et 11.2.2 de l'accord du 14 décembre 2015 une annexe 3 intitulée « *Nature et montants des garanties du régime collectif obligatoire et de la garantie optionnelle facultative* ».

Cette annexe 3 s'est substituée, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, aux annexes 1 et 2 de l'accord.

Cette annexe 3 « *Nature et montants des garanties du régime collectif obligatoire et de la garantie optionnelle facultative* » a été modifiée, en dernier lieu, par l'avenant n°6 du 25 septembre 2020.

L'annexe 1 du présent avenant intitulée « *Nature et montant des garanties du régime collectif obligatoire et de la garantie optionnelle facultative (Garantie +)* » se substitue de plein droit à cette annexe 3 et devient l'annexe 1 à l'accord du 14 décembre 2015, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024.

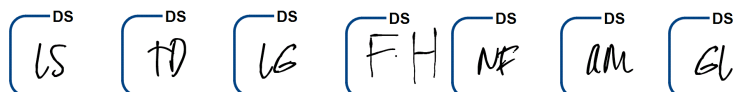
## Article 3 – Révision de l'article 7.1 – L'opérateur de gestion désigné

L'article 7.1 est modifié comme suit :

### 7.1 – L'opérateur de gestion désigné

L'opérateur de gestion délégué, désigné par les signataires du présent accord, est : SIACI SAINT HONORE SAS (siège social : 39, rue Mstislav Rostropovitch - 75017 Paris).

La gestion est déléguée à SIACI SAINT HONORE pour une durée initiale de trois années selon des modalités définies dans un contrat cadre.



#### **Article 4 – Entrée en vigueur - Durée**

Le présent avenant porte révision de l'accord du 14 décembre 2015 relatif au régime de frais de santé des salariés intérimaires, tel que modifié en dernier lieu par l'avenant n°7 du 18 novembre 2022. Il se substitue de plein droit aux stipulations de cet accord, conformément à l'article L. 2261-8 du Code du travail.

Il est conclu pour une durée indéterminée et entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

#### **Article 5 – Dispositions relatives aux entreprises de moins de 50 salariés**

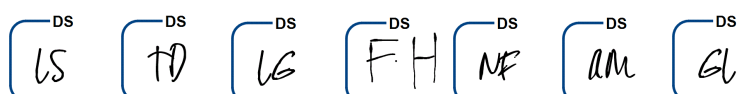
En application de l'article L. 2261-23-1 du Code du travail, les parties signataires conviennent que le contenu du présent avenant ne justifie pas de prévoir les stipulations spécifiques aux entreprises de moins de cinquante salariés, visées à l'article L.2232-10-1 du Code du travail.

#### **Article 6 – Force obligatoire de l'accord de branche du 14 décembre 2015 et de ses avenants**

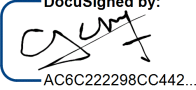
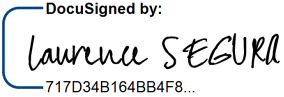




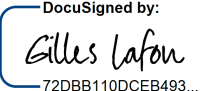
L'accord du 14 décembre 2015 et ses avenants s'inscrivent dans le cadre des dispositions de l'article L.2253-1 du Code du travail fixant les matières dans lesquelles les stipulations de l'accord de branche prévalent sur une convention d'entreprise conclue antérieurement ou postérieurement à la date de son entrée en vigueur, sauf lorsque la convention d'entreprise assure des garanties au moins équivalentes. Cette équivalence des garanties s'apprécie par ensemble de garanties se rapportant à la même matière.

#### **Article 7 – Dépôt et extension**

Le présent avenant fera l'objet des formalités de dépôt dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6, L. 2261-1 et D. 2231-2 du Code du travail ainsi que des formalités nécessaires à son extension.

The image shows seven blue DocuSign envelopes arranged horizontally. Each envelope has the letters 'DS' in the top right corner and contains handwritten initials in black ink. From left to right, the initials are: 'LS', 'TD', 'LG', 'F.H', 'NF', 'AM', and 'GL'.

Fait à Paris, le 17 novembre 2023 en un exemplaire original signé électroniquement

<b>CGT INTERIM</b>   AC6C222298CC442...	<b>CFDT – Fédération des services</b>   717D34B164BB4F8...
<b>UNSA – Fédération commerce et services</b>   EB10AD95351A4F1...	<b>FORCE OUVRIERE</b>   8AA92A759EA545E...
<b>CFTC – INTERIM</b>   E86B74099BCA40B...	<b>CFE – CGC – FNECS</b>   8E5D211FBD6E4CC...
<b>PRISM'EMPLOI</b>   72DBB110DCEB493...	



**ANNEXE 1**

**NATURE ET MONTANT DES GARANTIES DU REGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE  
ET DE LA GARANTIE OPTIONNELLE FACULTATIVE (GARANTIE +)**

<sup>DS</sup> LS    <sup>DS</sup> TD    <sup>DS</sup> LG    <sup>DS</sup> FH    <sup>DS</sup> NF    <sup>DS</sup> AM    <sup>DS</sup> GL

## ANNEXE 1

NATURE ET MONTANT DES GARANTIES DU RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE  
ET DE LA GARANTIE OPTIONNELLE FACULTATIVE (GARANTIE +)

Détail des garanties en vigueur au 1er janvier 2024

Les niveaux d'indemnisation s'entendent « y compris le remboursement de la Sécurité sociale » et sont effectués pour des frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail/Maladie Professionnelle et Maternité. Ces remboursements sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réellement engagés.

Les niveaux d'indemnisation du régime optionnel facultatif « Garantie + » s'entendent y compris les remboursements de la Sécurité sociale et du régime de base

Nature des frais		Garantie de base Remboursement Sécurité sociale inclus (assiette BR)	Garantie + Remboursement Sécurité sociale et Régime de base inclus (assiette BR)
<b>Hospitalisation</b>			
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité			
Frais de séjour		100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
<b>Honoraires</b>			
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	100 % BR 100 % BR	250 % BR 200 % BR
Chambre particulière		40 € / jour (durée maximale 12 jours)	60 € / jour (durée maximale 12 jours)
<b>Transport</b>			
Transport remboursé SS		100 % BR	100 % BR
<b>Soins courants</b>			
Honoraires médicaux - Remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	100 % BR	180 % BR
	Non adhérents DPTM	100 % BR	160 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	100 % BR	220 % BR
	Non adhérents DPTM	100 % BR	200 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM	100 % BR	180 % BR
	Non adhérents DPTM	100 % BR	160 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM	100 % BR	180 % BR
	Non adhérents DPTM	100 % BR	160 % BR
Honoraires médicaux - Non remboursés SS			
Chiropractie, étioopathie, ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		35 € par séance, dans la limite de 2 séances par année civile	40 € par séance, dans la limite de 3 séances par année civile

<sup>DS</sup>  
LS

<sup>DS</sup>  
TD

<sup>DS</sup>  
LG

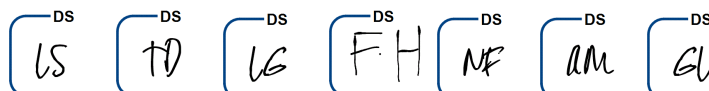
<sup>DS</sup>  
FH

<sup>DS</sup>  
NF

<sup>DS</sup>  
AM

<sup>DS</sup>  
GL

Nature des frais	Garantie de base Remboursement Sécurité sociale inclus (assiette BR)	Garantie + Remboursement Sécurité sociale et Régime de base inclus (assiette BR)
Densitométrie osseuse	35 € par acte	35 € par acte
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	100 % BR	120 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	100 % BR	100 % BR
<b>Médicaments</b>		
Remboursés SS (hors médicaments remboursés à 15 %)	100 % BR	100 % BR
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>		
Remboursée SS	100 % BR	100 % BR
<b>Matériel médical</b>		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages, remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	150 % BR	200 % BR
<b>Actes de prévention remboursés SS</b>		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	100 % BR
<b>Aides auditives</b>		
À compter du 01/01/2021		
Équipements 100 % Santé <sup>(2)</sup>		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV <sup>(3)</sup>	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV <sup>(3)</sup>
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)		
Équipements libres <sup>(4)</sup>		
Aides auditives	RSS + 560 € par oreille <sup>(5)</sup>	RSS + 620 € par oreille <sup>(5)</sup>
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR
<b>Dentaire</b>		
Panier soins et prothèses 100 % Santé <sup>(5)</sup>		
Soins prothétiques et autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF
Panier maîtrisé <sup>(6)</sup>		
Inlay, onlay	240 % BR dans la limite des HLF	320 % BR dans la limite des HLF
Autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)	240 % BR dans la limite des HLF	320 % BR dans la limite des HLF
Panier libre <sup>(7)</sup>		
Inlay, onlay	240 % BR	320 % BR
Autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)	240 % BR	320 % BR
<b>Soins</b>		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	100 % BR
<b>Autres actes dentaires remboursés SS</b>		
Orthodontie remboursée SS	200 % BR	320 % BR
<b>Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale</b>		
Implants dentaires	–	300 € par année civile



Nature des frais	Garantie de base Remboursement Sécurité sociale inclus (assiette BR)	Garantie + Remboursement Sécurité sociale et Régime à base inclus (assiette BR)
<b>Autre frais</b>		
<b>Forfait maternité</b>		
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 300 €	Forfait de 300 €
Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du Code de la Sécurité sociale.		
<b>Optique</b>		
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(9)</sup></b>		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) <sup>(9)</sup> Verres de classe A (quel que soit l'âge) <sup>(9)</sup>	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
<b>Équipements libres<sup>(10)</sup></b>		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) <sup>(9)</sup> Verres de classe B (quel que soit l'âge) <sup>(9)</sup>	CF. grille optique (prise en charge selon conditions définies, dans le respect du minimum et dans la limite du maximum prévu par la réglementation en vigueur du contrat responsable et panier de soins ANI)	CF. grille optique (prise en charge selon conditions définies, dans le respect du minimum et dans la limite du maximum prévu par la réglementation en vigueur du contrat responsable et panier de soins ANI)
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B</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	100 % BR	100 % BR
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 B	100 % BR	100 % BR
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR	100 % BR
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	100 % BR
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>		
Lentilles acceptées par la SS	RSS + 110 € par année civile (au minimum 100 % BR)	RSS + 125 € par année civile (au minimum 100 % BR)
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	110 € par année civile	125 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	400 € par œil	400 € par œil



**Abréviations :****BR :** Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement**CCAM :** Classification commune des actes médicaux**DFIM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) :** OPTAM / OPTAM-CO**OPTAM :** Option Pratique Tarifaire Maîtrisée**OPTAM-CO :** Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique**€ :** Euro**FR :** Frais réels engagés par le bénéficiaire**HLF :** Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire**PLV :** Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire**PMSS :** Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale**RSS :** Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement**TM :** Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)

- (1) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.
- (2) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
- (3) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment).
- (4) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement.  
S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1 700 € RSS inclus au 01.01.2021).
- (5) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.
- (6) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
- (7) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.
- (8) Équipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.  
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.
- (9) Conditions de renouvellement de l'équipement  
- 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 corrigéant 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.
- (10) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement.  
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.

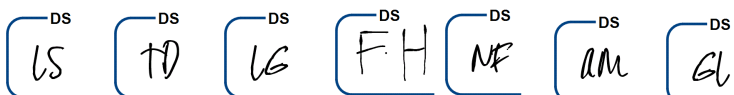
DS  
LSDS  
TDDS  
LGDS  
FHDS  
NFDS  
AMDS  
GL

## Grilles optiques

Garantie Base			Montant par verre de classe B (RSS inclus)					
			Dans le réseau optique : 100 % FR par verre (dont les options sont décrites ci-dessous, en fonction du type de verre et du défaut visuel)			Hors réseau optique		
Classe	Sphère ou Sphère + Cylindre (+)		Cylindre (+)	Verre Unifocal Organique	Verre Multifocal Organique	Verre Unifocal Majeurs	Verre Unifocal Mineurs	Verre Multifocal
1	Sphère	[-2; +2]	0	Indice 1,5 Traitement contre les rayures	Indice 1,5 Traitement contre les rayures	33 €	26 €	94 €
	Sphère	[-2; 0]	]0; +4]	Traitement antireflet intégrant anti UV	Traitement antireflet intégrant anti UV			
	Sphère + Cylindre	]0; +2]	>0	Précalibrage	Précalibrage			
2	Sphère	[-4; -2[ ou ]+2; +4]	0	Indice 1,6 Traitement contre les rayures	Indice 1,6 Traitement contre les rayures	38 €	31 €	104 €
	Sphère	[-4; -2[	]0; +4]	Traitement antireflet intégrant anti UV	Traitement antireflet intégrant anti UV			
	Sphère + Cylindre	] +2; +4]	>0	Précalibrage	Précalibrage			
3	Sphère	[-6; -4[ ou ]+4; +6]	0	Indice 1,67 Traitement contre les rayures	Indice 1,67 Traitement contre les rayures	58 €	51 €	124 €
	Sphère	[-6; -4[	]0; +4]	Traitement antireflet intégrant anti UV	Traitement antireflet intégrant anti UV			
	Sphère + Cylindre	] +4; +6]	>0	Précalibrage	Précalibrage			
4	Sphère	[-8; -6[ ou ]+6; +8]	0	Indice 1,74 Traitement contre les rayures	Indice 1,74 Traitement contre les rayures	76 €	70 €	144 €
	Sphère	[-8; -6[	]0; +4]	Traitement antireflet intégrant anti UV	Traitement antireflet intégrant anti UV			
	Sphère + Cylindre	] +6; +8]	>0	Précalibrage	Précalibrage			
5	Sphère	< -8 ou > +8	0	Indice 1,74 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV Précalibrage	Indice 1,74 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV Précalibrage	104 €	82 €	165 €
	Sphère	[-8; 0]	> +4					
	Sphère	< -8	> 0					
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0					

Monture de classe B (RSS inclus)

60 €



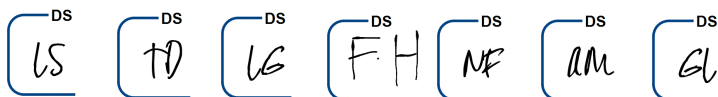
**Garantie+** Montant par verre de classe B (RSS et régime complémentaire de BASE inclus)

Dans le réseau optique : 100 % FR par verre  
(dont les options sont décrites ci-dessous, en fonction du type de verre et du défaut visuel)

Hors réseau optique

Classe				Verre Unifocal Organique	Verre Multifocal Organique	Verre Unifocal Majeurs	Verre Unifocal Mineurs	Verre Multifocal
	Sphère ou Sphère + Cylindre (+)	Cylindre (+)						
1	Sphère	[-2 ; +2]	0	<b>Verre aminci</b> Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	<b>Verre aminci</b> Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure	74 €	67 €	164 €
	Sphère	[-2 ; 0]	] +0,25 ; +4]					
	Sphère + Cylindre	[0 ; +2]	> 0					
2	Sphère	[-4 ; -2,25[ ou ]+2,25 ; +4]	0	<b>Verre aminci</b> Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	<b>Verre aminci</b> Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure	81 €	74 €	184 €
	Sphère	[-4 ; -2,25[	] +2,25 ; +4]					
	Sphère + Cylindre	] +2,25 ; +4]	> 0					
3	Sphère	[-6 ; -4,25[ ou ]+4,25 ; +6]	0	<b>Verre très aminci</b> Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	<b>Verre très aminci</b> Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure	88 €	81 €	204 €
	Sphère	[-6 ; -4,25[	] +4,25 ; +6]					
	Sphère + Cylindre	] +4,25 ; +6]	> 0					
4	Sphère	[-8 ; -6,25[ ou ]+6,25 ; +8]	0	<b>Verre ultra aminci</b> Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	<b>Verre ultra aminci</b> Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure	118 €	109 €	220 €
	Sphère	[-8 ; -6,25[	] +6,25 ; +8]					
	Sphère + Cylindre	] +6,25 ; +8]	> 0					
5	Sphère	< -8 ou > +8	0	<b>Verre ultra aminci</b> Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	<b>Verre ultra aminci</b> Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure	147 €	125 €	235 €
	Sphère	[-8 ; 0]	> +4					
	Sphère	< -8	> 0					
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0					

Monture de classe B (RSS et régime complémentaire de BASE inclus) 100 €



**ANNEXE 2**

**ACCORD RELATIF AU REGIME DE FRAIS DE SANTE DES SALARIES INTERIMAIRES**

**(VERSION CONSOLIDEE AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2024)**

<sup>DS</sup> LS   <sup>DS</sup> TD   <sup>DS</sup> LG   <sup>DS</sup> FH   <sup>DS</sup> NF   <sup>DS</sup> AM   <sup>DS</sup> GL

## Accord relatif au régime de frais de santé des salariés intérimaires (Version consolidée au 1<sup>er</sup> janvier 2024)

### Préambule

Les partenaires sociaux de la branche du travail temporaire ont conclu le 4 juin 2015 un accord fixant les contours du régime de frais de santé des salariés intérimaires à la suite duquel ils ont procédé à un appel d'offres en vue de choisir un opérateur de gestion et à une mise en concurrence en vue de recommander deux assureurs. Les partenaires sociaux décident de donner au régime de frais de santé le nom « intérimaires santé ».

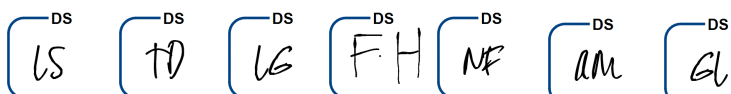
Le présent accord désigne l'opérateur de gestion choisi et recommande les assureurs retenus.

Le présent accord est négocié dans le contexte de l'examen par le Parlement du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (PLFSS), dont l'article 34 met en œuvre des dispositions nouvelles relatives aux modalités de couverture des frais de santé des salariés en contrats de mission de courte durée. Ces dispositions seront complétées par des décrets d'application qui seront publiés après la signature du présent accord qui, en conséquence, devra être révisé.

Les partenaires sociaux conviennent donc dès à présent de se réunir dans les meilleurs délais après la publication de ces textes, afin d'adapter les dispositions du présent accord, d'apporter les compléments nécessaires et d'examiner les décisions à prendre.

Les partenaires sociaux décident d'ouvrir des négociations à l'initiative de la partie la plus diligente en cas de remise en cause par la loi, le règlement, et/ou les interprétations administratives et jurisprudentielles :

- de la définition de l'affiliation obligatoire des salariés intérimaires totalisant plus de 414h de travail au cours des 12 derniers mois,
- du mécanisme de mutualisation de la participation de l'employeur prévue à l'article 2.1,
- de l'exonération de cotisations sociales de la part employeur de la cotisation d'assurance.



## **Article 1 - Champ d'application du régime collectif obligatoire de frais de santé des salariés intérimaires**

Le présent accord s'applique aux entreprises de travail temporaire et aux entreprises de travail temporaire d'insertion établis en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer et à leurs salariés intérimaires.

## **Article 2 - Salariés intérimaires bénéficiaires de la couverture collective obligatoire**

### **2.1 – Modalités particulières pour les salariés intérimaires n'ayant pas effectué 414h de travail au cours des 12 derniers mois**

Les salariés intérimaires ne remplissant pas la condition d'ancienneté prévue à l'article 2.2 ont la possibilité de souscrire individuellement au régime facultatif mentionné à l'article 11.1.

En outre, en application des dispositions de l'article L 911-7-1 du code de la sécurité sociale, les salariés intérimaires visés à l'alinéa précédent, en contrat de mission, dont la durée est inférieure ou égale à 3 mois et bénéficiaires d'un contrat d'assurance maladie complémentaire « responsable » souscrit à titre personnel, et couvrant la période du contrat de mission, ont droit, à leur demande, au « versement santé » dans les conditions fixées par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

### **2.2 – Adhésion obligatoire des salariés intérimaires ayant effectué plus de 414h de travail au cours des 12 derniers mois**

Le salarié intérimaire qui a effectué plus de 414 heures de travail dans une ou des entreprises de travail temporaire ou entreprises de travail temporaire d'insertion au cours d'une période des douze derniers mois consécutifs, auxquelles s'ajoute un « équivalent temps » de l'indemnité compensatrice de congés payés, correspondant à 10% des heures rémunérées, soit une ancienneté de 455h est obligatoirement affilié au régime collectif et bénéficie des garanties mentionnées à l'article 10 du présent accord.

Le salarié intérimaire qui dépasse ce seuil de 414 heures de travail au cours d'un mois civil est réputé affilié au régime collectif obligatoire, et bénéficie des garanties mentionnées à l'article 10 du présent accord, le premier jour du mois civil qui suit, sans attendre le versement de la cotisation visée à l'article 9.

Toutefois, un salarié intérimaire ayant bénéficié du régime collectif de la branche en application des stipulations de l'alinéa précédent, et encore bénéficiaire de la portabilité de ses droits visée à l'article 4 du présent accord lors de sa nouvelle embauche par une entreprise de travail temporaire ou une entreprise de travail temporaire d'insertion, bénéficie des garanties mentionnées à l'article 10 et est obligatoirement affilié au régime dès sa date d'embauche sans condition d'ancienneté.

DS LS DS TD DS LG DS FH DS NF DS AM DS GL

Les heures à prendre en compte sont les heures de travail effectif effectuées pendant la période de référence. Sont assimilées aux heures de travail effectif dans le cadre des missions effectuées :

- les heures chômées payées à l'occasion des jours fériés, congés pour événements familiaux, congés de naissance ou d'adoption, d'intempéries et de chômage partiel,
- les heures chômées du fait de maternité, de maladie ou d'accident indemnisées ou non,
- les heures restant à courir jusqu'au terme initialement prévu de la mission, en cas d'interruption de celle-ci avant l'échéance du contrat, du fait de l'entreprise utilisatrice, lorsque l'entreprise de travail temporaire n'a pas été en mesure de proposer une nouvelle mission au sens de l'article L.1251-26 du Code du travail,
- les heures correspondant à des contrats de mission-formation dans les conditions légales, réglementaires et conventionnelles relatives à la formation professionnelle continue,
- les heures correspondant à des congés de formation syndicale, économique et sociale, de formation prud'homale, de formation de cadres et d'animateurs pour la jeunesse,
- les heures rémunérées pour l'exercice de tous mandats de représentation du personnel ou syndical y compris dans des organismes non liés à la branche, ainsi que pour les commissions paritaires et les commissions mixtes de la profession.

### **2.3 – Adhésion obligatoire des salariés intérimaires dont la durée du contrat est supérieure à 414 heures**

Par dérogation aux dispositions de l'article au 2.2, tout salarié intérimaire embauché en contrat de travail à durée indéterminée (CDI intérimaire), ou en contrat de mission d'une durée de 3 mois ou plus, ou en contrat de mission dont la durée du travail est supérieure à 414 heures bénéficie des garanties mentionnées à l'article 10 et est obligatoirement affilié au régime collectif dès sa date d'embauche sans condition d'ancienneté.

#### **Article 3 - Dispenses d'adhésion à l'initiative du salarié intérimaire**

Le régime collectif institué par le présent accord est obligatoire pour tous les salariés visés aux articles 2.2 et 2.3.

Cependant, peuvent, à leur initiative et quelle que soit leur date d'embauche, se dispenser d'adhérer au présent régime, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, à condition d'avoir été préalablement informés par l'employeur, ou par l'opérateur de gestion agissant pour son compte, des conséquences de cette demande :

DS LS DS TD DS LG DS FH DS NF DS AM DS GL

- les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) pour la durée de leur prise en charge au titre de ce régime ;
- les salariés bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L 863-1 du code de la sécurité sociale, et ceci, jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette aide ;
- les salariés intérimaires en contrat de professionnalisation et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés intérimaires en contrat de professionnalisation et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.

Les salariés intérimaires se prévalant d'une dispense d'adhésion doivent :

- faire part de leur décision par écrit,
- fournir des justificatifs et renouveler leur choix chaque année.

### **Article 3 bis – Garantie de couverture de 3 mois**

Les salariés intérimaires visés aux articles 2.2 et 2.3, et affiliés au régime collectif, bénéficient d'une garantie de couverture de 3 mois incluant la portabilité conventionnelle forfaitaire de 2 mois mentionnée à l'article 5.1.

### **Article 4 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail**

Le bénéfice des garanties visées à l'article 10 est maintenu au profit des salariés intérimaires dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien total ou partiel de salaire par l'employeur, moyennant paiement des cotisations patronales et salariales correspondantes.

Lorsque la suspension du contrat de travail donne lieu au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur (activité partielle de longue durée, congé de reclassement, congé de mobilité, chômage intérimaire, etc...), le salarié intérimaire bénéficie du maintien des garanties, sans versement des cotisations au titre des heures non travaillées.

DS LS DS TD DS LG DS FH DS NF DS AM DS GL



#### **4.1 – Cas particulier de la suspension du contrat de travail pour maladie, accident, accident du travail, maladie professionnelle ou congé de maternité**

Lorsque la suspension du contrat de travail est due à une maladie, un accident, un accident du travail, une maladie professionnelle ou un congé de maternité et que le salarié intérimaire est indemnisé à ce titre par la Sécurité sociale, le bénéfice des garanties visées à l'article 10 est maintenu tant qu'il perçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale, y compris après la fin ou la rupture du contrat de travail, sans versement des cotisations, à compter de la date de fin de période d'activité cotisée.

Lorsque l'arrêt de travail intervient pendant la période de portabilité conventionnelle visée à l'article 5.1, l'ancien salarié intérimaire bénéficie du maintien des garanties, sans versement des cotisations, pour la période au titre de laquelle il perçoit des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, ce maintien de la couverture collective n'a pas pour effet de suspendre ni de proroger la durée de la portabilité conventionnelle mentionnée à l'article 5.1, laquelle s'applique à compter de la fin ou de la rupture du contrat de travail.

#### **4.2 – Cas particulier de la suspension du contrat de travail pour activité partielle**

Les salariés intérimaires placés en position d'activité partielle bénéficient, pendant les périodes où ils ne sont pas en activité, du maintien des garanties visées à l'article 10, sans versement des cotisations au titre des heures non travaillées.

En tout état de cause, la période de portabilité conventionnelle mentionnée à l'article 5 s'applique à compter de la fin ou de la rupture du contrat de travail.

### **Article 5 – Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage**

#### **5.1 - Portabilité conventionnelle**

Le mécanisme de la portabilité légale (telle que définie par l'article L 911-8 du code de la sécurité sociale) nécessite d'être adapté aux spécificités du travail temporaire : le présent accord institue une portabilité conventionnelle au profit des salariés intérimaires.

Cette portabilité conventionnelle permet aux salariés intérimaires, en cas de rupture du contrat de travail, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés intérimaires en activité, d'un maintien à titre gratuit de la couverture collective de frais de santé obligatoire (à l'exclusion du régime complémentaire facultatif visé à l'article 11) dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, quelle que soit la durée du ou des derniers contrats de travail successifs, pendant une durée forfaitaire de deux mois.

DS LS DS TD DS LG DS FH DS NF DS AM DS GL

A l'issue de cette durée forfaitaire de deux mois, s'il remplit les conditions d'indemnisation par le régime d'assurance chômage, le salarié intérimaire bénéficie de la portabilité conventionnelle pendant la durée de son indemnisation par le régime d'assurance chômage pour une durée supplémentaire de cinq mois, et, ensuite, s'il remplit les conditions fixées à l'article L 911-8 du code de la sécurité sociale, bénéficie de la portabilité légale dans la limite totale de douze mois.

Le salarié intérimaire en situation de cumul emploi-retraite bénéficie aussi de la portabilité conventionnelle pendant la durée de cinq mois au-delà de la durée forfaitaire de deux mois sous réserve d'attester bénéficier d'une pension de retraite et se trouver sans emploi.

Ce maintien des garanties sera financé par un mécanisme de mutualisation intégré aux cotisations finançant le régime collectif obligatoire des salariés en activité.

## 5.2 – Cessation de la portabilité

Le maintien de la couverture en application des mécanismes de portabilité conventionnelle et légale cesse à l'issue de la durée forfaitaire de deux mois :

- lorsque le salarié intérimaire bénéficiaire du dispositif de portabilité reprend une activité professionnelle. Cependant, à l'issue de la durée forfaitaire de deux mois, la portabilité conventionnelle peut être suspendue, à titre exceptionnel et pour une seule fois, sur demande expresse du salarié intérimaire, formulée auprès de l'opérateur de gestion mentionné à l'article 7.1 du présent accord, lorsqu'il reprend une activité professionnelle hors intérim d'une durée maximum de quatre semaines consécutives,
- dès qu'il n'est plus en mesure de justifier de son statut de demandeur d'emploi remplissant les conditions d'indemnisation par le régime obligatoire d'assurance chômage ; et concernant le salarié intérimaire en situation de cumul emploi retraite, dès lors qu'il n'est plus en mesure d'attester se trouver sans emploi,
- au plus tard, au terme de la période de maintien des garanties prévues par l'article L 911-8 du code de la sécurité sociale,
- à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale,
- en cas de décès.

## Article 6 – Maintien des garanties (loi « Evin »)

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « Loi Evin », et sous condition d'avoir bénéficié effectivement de la couverture collective obligatoire du présent accord, l'organisme assureur maintient cette couverture à titre individuel avec des garanties identiques à celles des salariés actifs, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit :

DS LS DS TD DS LG DS FH DS NF DS AM DS GL

- 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 durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit (portabilité prévue à l'article 4) ;
- 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.

Cette adhésion est purement facultative. Elle est à la charge du seul bénéficiaire et n'emporte aucune obligation pour l'employeur en matière de cotisations ou de prestations.

## Article 7 – Gestion du régime

La gestion du régime collectif obligatoire visé à l'article 10 et du régime complémentaire facultatif visé à l'article 11 est déléguée à un opérateur de gestion désigné au terme d'une procédure d'appel d'offres.

### 7.1 – L'opérateur de gestion désigné

L'opérateur de gestion délégué, désigné par les signataires du présent accord, est : SIACI SAINT HONORE SAS (siège social : 39, rue Mstislav Rostropovitch - 75017 Paris).

La gestion est déléguée à SIACI SAINT HONORE pour une durée initiale de trois années selon des modalités définies dans un contrat cadre.

### 7.2 - Missions de l'opérateur de gestion

L'opérateur est en charge notamment :

- d'informer l'entreprise de travail temporaire ou l'entreprise de travail temporaire d'insertion et le salarié intérimaire lorsque l'ancienneté du salarié intérimaire dans la branche approche celle mentionnée à l'article 2.2 lui ouvrant droit au bénéfice du régime collectif obligatoire institué par le présent accord.
- d'informer, le salarié intérimaire qui souscrit individuellement le contrat visé à l'article 11, du droit au bénéfice du « versement santé » et d'informer l'entreprise de travail temporaire ou l'entreprise de travail temporaire d'insertion qui l'emploie de sa demande du « versement santé »,
- de l'encaissement des cotisations d'assurance et de leur reversement aux organismes assureurs recommandés visés à l'article 13,
- du versement des prestations en qualité de mandataire des organismes assureurs recommandés visés à l'article 13.

DS DS DS DS DS DS DS  
LS TD LG FH NF AM GL

## Article 8 – Date de prise en charge des frais de santé couverts par le présent accord

Pour les salariés visés à l'article 2.2 : la date de prise en charge des frais couverts par le régime collectif visé à l'article 10 est fixée à compter du premier jour du mois qui suit la 415ème heure de travail (hors indemnité compensatrice de congés payés) sans que la prise en charge soit conditionnée au versement de la cotisation visée à l'article 9.

Toutefois, les frais de santé couverts par les garanties du régime obligatoire visées à l'article 10 du présent accord, intervenus entre la date d'acquisition de la condition d'ancienneté de 414 heures et la date de prise en charge visée au précédent alinéa, seront pris en charge par le Fond d'Action Social du Travail Temporaire (FASTT), dans les conditions que le Comité Paritaire de Gestion de cet organisme aura fixé.

## Article 9 – Cotisation et répartition de la cotisation au régime collectif obligatoire

### 9.1 – Cotisation

La cotisation au régime collectif obligatoire est calculée sur les heures de travail soumises au paiement des cotisations de sécurité sociale telles que définies par les articles L 242-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion des heures supplémentaires.

La cotisation est prélevée sur le salaire brut et mentionnée sur le bulletin de paie du mois au cours duquel le salarié intérimaire bénéficie du régime (date de prise en charge des frais de santé visée à l'article 8).

### 9.2 – Versement de la cotisation

La cotisation visée à l'article 9.1 est versée :

- pour les salariés visés à l'article 2.2 : le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il remplit la condition d'ancienneté,
- pour les salariés visés à l'article 2.3 : le premier jour du contrat.

### 9.3 – Répartition de la cotisation

La cotisation est répartie à part égale entre l'entreprise de travail temporaire ou l'entreprise de travail temporaire d'insertion et le salarié intérimaire : 50% à la charge de l'entreprise et 50% à la charge du salarié intérimaire.

### 9.4 – Montant de la cotisation

Le montant de la cotisation conventionnelle au régime collectif obligatoire pour les garanties visées à l'article 10 est fixée à 0,1400€/h de travail.

DS LS DS TD DS LG DS FH DS NF DS AM DS GL

Pour les salariés intérimaires relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, la cotisation est réduite pour tenir compte des prestations servies par le régime local. Son montant est fixé à 0,089€/h de travail.

Les partenaires sociaux peuvent, chaque année, fixer le montant des cotisations appelées en minorant ou majorant le montant des cotisations conventionnelles.

Les cotisations appelées, afférentes aux périodes d'emploi du 1<sup>er</sup> janvier 2021 et jusqu'au 31 décembre 2022, sont : 0,1198 €/h de travail pour les salariés intérimaires relevant du régime général d'assurance maladie et 0,0762 €/h de travail pour les salariés intérimaires relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Les cotisations appelées, afférentes aux périodes d'emploi du 1<sup>er</sup> janvier 2023 et jusqu'au 31 décembre 2023, seront : 0,1258 €/h de travail, et 0,0800 €/h de travail pour les salariés intérimaires relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Les cotisations appelées, afférentes aux périodes d'emploi du 1<sup>er</sup> janvier 2024 et jusqu'au 31 décembre 2024, seront : 0,1322 €/h de travail, et 0,084 €/h de travail pour les salariés intérimaires relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Les cotisations appelées, afférentes aux périodes d'emploi du 1<sup>er</sup> janvier 2025 et jusqu'au 31 décembre 2025, seront : 0,1388 €/h de travail, et 0,0882 €/h de travail pour les salariés intérimaires relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

## Article 10 – Garanties du régime collectif obligatoire

### 10.1 - Niveau des garanties du régime collectif obligatoire

Le présent régime collectif obligatoire de frais de santé est établi dans le cadre des dispositions relatives aux contrats responsables (articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la sécurité sociale) ainsi que dans le respect du niveau de garanties tel que défini à l'article L 911-7 et à l'article D 911-1 du code de la sécurité sociale.

La nature et le montant des garanties figurent en Annexe 1 au présent accord.

DS LS DS TD DS LG DS FH DS NP DS AM DS GL

## 10.2 – Niveau des garanties des salariés intérimaires bénéficiaires du régime local du Haut-Rhin, Bas-Rhin et de la Moselle

Le niveau des garanties, défini à l'article 10.1 n'est pas différent pour les salariés intérimaires relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. En effet, les garanties sont exprimées en pourcentage des bases de remboursement du régime de base (régime local et régime de sécurité sociale).

La nature et le montant des garanties figurent en Annexe 1 au présent accord.

## Article 11 - Régime complémentaire facultatif

### 11.1 – Régime complémentaire facultatif pour les salariés qui ne bénéficient pas du régime collectif obligatoire

S'il le souhaite, le salarié intérimaire ne remplissant pas la condition d'ancienneté visée à l'article 2, a la possibilité de souscrire individuellement un contrat avec des garanties identiques à celles visées à l'article 10.

La cotisation servant au financement de cette couverture facultative ainsi que ses éventuelles évolutions ultérieures, est à la charge exclusive du salarié intérimaire avec l'aide, le cas échéant, d'un abondement du FASTT (sous réserve d'un plafond de ressources et sous réserve d'un accord de l'ACOSS en faveur de l'exonération de cotisations sur cet abondement).

### 11.2 – Extensions complémentaires facultatives

Parallèlement au régime collectif obligatoire visé à l'article 10, le salarié intérimaire a la possibilité de souscrire individuellement à des extensions facultatives :

- lui permettant de couvrir ses ayants-droits (conjoint et/ou enfants à charge),
- lui permettant d'améliorer les prestations du régime collectif obligatoire (« garantie optionnelle facultative »).

La cotisation servant au financement de ces extensions complémentaires facultatives ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, est à la charge exclusive du salarié intérimaire avec l'aide, le cas échéant, d'un abondement du FASTT (sous réserve d'un plafond de ressources et sous réserve d'un accord de l'ACOSS en faveur de l'exonération de cotisations sur cet abondement).

DS LS DS TD DS LG DS FH DS NF DS AM DS GL

### 11.2.1 - Définition des ayants droit

Les ayants droits du salarié intérimaire sont :

- son conjoint ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un pacte civil de solidarité,
- ses enfants de moins de 21 ans à sa charge ou à celle de son conjoint ou concubin et de moins de 28 ans s'ils poursuivent leurs études ou qu'ils sont en formation en alternance,
- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenu, ses enfants infirmes. A compter de plus de 28 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés comme à charge ; cependant ils sont redevables d'une cotisation « adulte ».

Cette définition des ayants droits est précisée dans les conditions générales qu'établiront les co-assureurs mentionnés à l'article 13.

### 11.2.2 - Niveau de la garantie optionnelle facultative

La nature et le montant des garanties figurent en Annexe 1 au présent accord.

## Article 12 – Obligation d'information

Les partenaires sociaux considèrent qu'un niveau adapté d'information permanente des bénéficiaires du régime collectif obligatoire et du régime complémentaire institué par le présent accord est essentiel à la bonne compréhension de leurs droits et obligations et à la réalisation des objectifs du présent accord.

Dans ce cadre, l'opérateur de gestion et les organismes assureurs doivent :

- assurer auprès des entreprises de travail temporaire et des entreprises de travail temporaire d'insertion et de leurs salariés intérimaires une communication adaptée afin de faciliter la mise en place du régime collectif obligatoire et du régime complémentaire,
- établir une notice d'information dont l'objet est de détailler les garanties et leurs modalités d'application, la transmettre à chaque entreprise par tous moyens (notamment par la voie dématérialisée) et de la mettre à jour en cas d'évolution des garanties.

Les entreprises ont l'obligation de remettre cette notice par tous moyens (notamment par la voie dématérialisée) à chaque salarié intérimaire visé aux articles 2.1 et 2.3.

DS DS DS DS DS DS DS  
LS TD LG FH MF AM GL

### Article 13 – Organismes assureurs recommandés

Afin de garantir l'accès de l'ensemble des salariés intérimaires aux garanties collectives définies par le présent accord, les partenaires sociaux ont estimé nécessaire d'organiser la mutualisation des risques auprès de co-assureurs recommandés, après une procédure de mise en concurrence répondant à l'ensemble des critères réglementaires, qui garantit :

- l'accès aux garanties collectives pour tous les salariés intérimaires, sans considération notamment de l'âge et de l'état de santé,
- le bénéfice, pour chaque entreprise et salarié de la branche, de garanties minimales identiques.

Conformément à l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale, la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) a réexaminé les modalités d'organisation de la recommandation à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, en engageant une procédure de mise en concurrence préalable.

#### 13.1 – Choix des organismes assureurs recommandés

La nouvelle procédure de mise en concurrence, respectant l'ensemble des critères réglementaires, a conduit la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) à reconduire la recommandation de deux co-assureurs, pour une durée maximale de cinq ans, soit jusqu'au 31 décembre 2025 au plus tard.

La commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) de la branche du Travail Temporaire a maintenu la co-recommandation de :

- AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale (siège social 14-16 boulevard Malesherbes 75008 Paris),
- APICIL Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale (siège social 38 rue François Peissel 69300 Caluire et Cuire).

Ces organismes co-assurent les garanties obligatoires visées à l'article 10 et les garanties facultatives visées à l'article 11.

Afin de garantir aux salariés et à leurs ayants droit, une couverture optimale et d'assurer la meilleure efficacité possible du régime de branche, les partenaires sociaux s'engagent à procéder à une nouvelle procédure de mise en concurrence au minimum tous les cinq ans, en application de l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale.

Les partenaires sociaux conviennent de se réunir au cours du premier trimestre de l'année qui précède cette échéance quinquennale.





### 13.2 – Organisme apériteur

Les partenaires sociaux de la branche conviennent de confier l'apériton du régime recommandé à AG2R Prévoyance pour une période ne pouvant aller au-delà du délai maximal de cinq ans visé à l'article précédent.

## Article 14 – Fonds de solidarité et de mutualisation - Engagements au titre du haut degré de solidarité

### 14.1 – Engagements au titre du haut degré de solidarité

Le présent accord instaure un régime conventionnel de branche obligatoire présentant un haut degré de solidarité au sens de l'article L 912-1 du code de la sécurité sociale et comprend, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif.

Le haut degré de solidarité comprend notamment :

- la prise en charge de la part salariale de la cotisation des salariés visés à l'article 3 et souhaitant ne pas bénéficier de la dispense d'affiliation ;
- la prise en charge de prestations d'action sociale individuelles ou collectives consistant principalement dans l'aide sous condition de ressources au financement des couvertures facultatives mentionnées à l'article 11 ;
- le financement d'actions de prévention des risques professionnels dans la branche déterminées et pilotées par la CPNSST.

Pour financer ces prestations de solidarité il est créé un fonds de solidarité dédié que devront financer les salariés intérimaires et les entreprises qui choisiront de les affilier auprès des organismes assureurs recommandés ou auprès d'un autre organisme assureur.

La part de la cotisation d'assurance acquittée pour le régime obligatoire, affectée au financement de ce fonds de solidarité, est fixée à 4%.

Toute entreprise qui choisirait de ne pas affilier toute ou partie de ses salariés intérimaires auprès des organismes assureurs recommandés devra verser au fonds de solidarité une somme correspondant à 4% du montant de l'ensemble des cotisations d'assurances acquittées pour l'ensemble de ses salariés intérimaires au titre du régime institué dans cette entreprise.

La fraction du fonds de solidarité affectée aux prestations à caractère non contributif présentant un haut degré de solidarité est fixée au minimum à 2% de l'ensemble des cotisations d'assurances acquittées pour le régime obligatoire et de l'ensemble des cotisations d'assurances acquittées pour l'ensemble des salariés intérimaires des entreprises qui n'auraient pas affilié leurs salariés intérimaires auprès des organismes assureurs recommandés.

DS LS DS TD DS LG DS FH DS NF DS AM DS GL

Les modalités de gestion de ce fonds et de mise en œuvre du haut degré de solidarité sont définies par le comité paritaire de gestion du FASTT.

#### 14.2 – Mutualisation du versement santé

La fraction du fonds de solidarité excédant le minimum légal de 2% est, pour ce qui concerne la part patronale, affectée au financement du versement santé que peuvent demander les salariés visés à l'article 2.1.

### Article 15 – Gouvernance du régime

#### 15.1 – Pilotage du régime par le FASTT

En complément de la mission assurée par le Fonds d'Action Sociale du Travail Temporaire (FASTT), et afin d'assurer un pilotage paritaire indépendant des intervenants opérationnels, les partenaires sociaux confient au FASTT, le pilotage du régime institué par le présent accord.

Ils donnent ainsi mandat au FASTT d'agir en leur nom, en tant que maître d'œuvre, auprès des intervenants afin :

- de garantir la bonne exécution de l'accord et la bonne exécution des contrats établis avec les intervenants,
- d'apporter aux partenaires sociaux les moyens d'un pilotage effectif des paramètres du dispositif en visant notamment son équilibre financier sur le long terme,
- de veiller à un pilotage optimum du/des réserve(s) d'égalisation mises en places par les organismes assureurs, plus particulièrement en faisant en temps utile toute proposition aux partenaires sociaux composant la commission paritaire de la branche, permettant de limiter, le cas échéant, une croissance excessive de ces réserves,
- de veiller à la qualité du service rendu aux salariés intérimaires et aux entreprises. L'opérateur de gestion et les co-assureurs doivent informer le FASTT des réclamations et litiges formulés par les salariés intérimaires et les entreprises,
- d'assurer plus particulièrement la cohérence des modalités de mobilisation du Fonds de Solidarité prévu à l'article 14 avec l'ensemble des actions sociales de la branche, ainsi que l'effectivité de sa mobilisation,
- de contribuer à la bonne information des salariés intérimaires sur le dispositif,
- et, plus généralement, de faire, sur ces différents points, toute proposition utile à la commission paritaire de la branche.

Le pilotage est assuré par le comité paritaire de gestion du FASTT. Une commission paritaire spécifique est instituée, en lieu et place de la commission mutuelle du FASTT. Elle sera composée des membres du bureau du FASTT et d'un membre supplémentaire (« expert ») désigné par chacune des organisations membres du FASTT.

DS LS DS TD DS LG DS FH DS NF DS AM DS GL

## 15.2 – Suivi du régime collectif obligatoire et du régime optionnel facultatif

Afin d'assurer le pilotage du régime collectif obligatoire et du régime optionnel facultatif, la commission paritaire spécifique du FASTT (dite « commission mutuelle ») se réunira trimestriellement dans le cadre de la mission définie à l'article 15-1, afin d'examiner l'équilibre des comptes du régime collectif obligatoire et du régime optionnel facultatif (niveau des garanties, montant des cotisations, nombre et profil des souscripteurs...).

La fréquence des réunions pourra évoluer selon les besoins du régime.

La commission sera informée, par l'opérateur de gestion et les co-assureurs recommandés, des réclamations et litiges formulés par les salariés intérimaires et les entreprises.

L'opérateur de gestion et le ou les organismes assureurs recommandés s'engagent à fournir toutes les informations, éléments d'ordre économique, financier et social nécessaires au suivi du régime général et du régime optionnel facultatif.

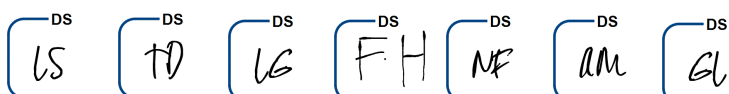
## Article 16 – Entrée en vigueur - Durée

Le présent accord constitue un avenant à l'accord fixant les contours du régime de frais de santé des salariés intérimaires conclu le 4 juin 2015 auquel il se substitue dans toutes ses dispositions, conformément à l'article L 2261-8 du code du travail. Il est conclu pour une durée indéterminée, et entre en vigueur le lendemain de sa signature.

Conformément aux dispositions des articles L 2253-1 à 2253-3 du code du travail, l'accord de branche instituant un régime de frais de santé est un thème auquel il ne peut pas être dérogé.

En conséquence, aucun accord d'entreprise ou d'établissement, dérogatoire, ne pourrait venir diminuer les droits et obligations nés du présent accord.

Le présent accord constitue un tout indivisible qui garantit l'équilibre du régime conventionnel obligatoire. Dans l'hypothèse où l'équilibre serait rompu les partenaires sociaux conviennent de se revoir pour renégocier le présent accord dans le cadre de la commission paritaire de la branche.

 DS LS DS TD DS LG DS FH DS NF DS AM DS GL

## Article 17 – Révision et dénonciation

### 17.1 – Révision après publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et ses décrets d'application

Les partenaires sociaux conviennent de se réunir dans les meilleurs délais, si nécessaire, après la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et ses décrets d'application, afin d'adapter les dispositions du présent accord en le révisant, notamment pour y apporter les compléments nécessaires.

### 17.2 – Révision

Toute organisation signataire du présent accord peut à tout moment en demander la révision, notamment en cas de remise en cause de son équilibre financier, par lettre recommandée adressée aux autres organisations signataires en indiquant la ou les dispositions dont la révision est demandée en formulant une proposition de rédaction.

Dans cette hypothèse, les parties signataires se réunissent au plus tard dans le délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre de notification.


### 17.3 - Dénonciation

Toute organisation signataire du présent accord peut le dénoncer à tout moment par lettre recommandée adressée aux autres organisations signataires.

En cas de dénonciation émanant de la totalité des signataires (partie patronale ou partie salariale), l'accord continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui sera substitué, ou, à défaut, pendant une durée de un an à compter de l'expiration du délai de préavis conformément à l'article 2261-10 du code du travail.

## Article 18 – Dépôt et extension

Le présent accord fera l'objet des formalités de dépôt et extension dans les conditions prévues aux articles L 2231-6 et L 2231-7 du code du travail.

 Seven blue square boxes, each containing a handwritten signature and the letters "DS" in the top right corner. The signatures are: LS, TD, LG, FH, NF, AM, and GL.

Fait à Paris, le 14 décembre 2015

CFDT- Fédération des services

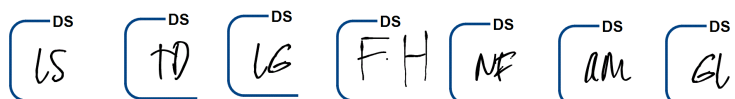
CFTC-CSFV

CFE-CGC-FNECS

USI-CGT

CGT FO

PRISM'EMPLOI

The image shows seven blue DocuSign signature boxes arranged horizontally. Each box contains handwritten initials in black ink. From left to right, the initials are: LS, TD, LG, F.H, NF, AM, and GL. Each box has a small 'DS' logo in the top right corner.

**ANNEXE 1**

**NATURE ET MONTANT DES GARANTIES DU REGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE  
ET DE LA GARANTIE OPTIONNELLE FACULTATIVE (GARANTIE +)**

<sup>DS</sup> LS    <sup>DS</sup> TD    <sup>DS</sup> LG    <sup>DS</sup> FH    <sup>DS</sup> NF    <sup>DS</sup> AM    <sup>DS</sup> GL

## ANNEXE 1

NATURE ET MONTANT DES GARANTIES DU RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE  
ET DE LA GARANTIE OPTIONNELLE FACULTATIVE (GARANTIE +)

Détail des garanties en vigueur au 1er janvier 2024

Les niveaux d'indemnisation s'entendent « y compris le remboursement de la Sécurité sociale » et sont effectués pour des frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail/Maladie Professionnelle et Maternité. Ces remboursements sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réellement engagés.

Les niveaux d'indemnisation du régime optionnel facultatif « Garantie + » s'entendent y compris les remboursements de la Sécurité sociale et du régime de base

Nature des frais		Garantie de base Remboursement Sécurité sociale inclus (assiette BR)	Garantie + Remboursement Sécurité sociale et Régime de base inclus (assiette BR)
<b>Hospitalisation</b>			
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité			
Frais de séjour		100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
<b>Honoraires</b>			
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	100 % BR 100 % BR	250 % BR 200 % BR
Chambre particulière		40 € / jour (durée maximale 12 jours)	60 € / jour (durée maximale 12 jours)
<b>Transport</b>			
Transport remboursé SS		100 % BR	100 % BR
<b>Soins courants</b>			
Honoraires médicaux - Remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	100 % BR	180 % BR
	Non adhérents DPTM	100 % BR	160 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	100 % BR	220 % BR
	Non adhérents DPTM	100 % BR	200 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM	100 % BR	180 % BR
	Non adhérents DPTM	100 % BR	160 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM	100 % BR	180 % BR
	Non adhérents DPTM	100 % BR	160 % BR
Honoraires médicaux - Non remboursés SS			
Chiropractie, étioopathie, ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINSS)		35 € par séance, dans la limite de 2 séances par année civile	40 € par séance, dans la limite de 3 séances par année civile

DS  
LSDS  
TDDS  
LGDS  
FHDS  
NFDS  
AMDS  
GL

Nature des frais	Garantie de base Remboursement Sécurité sociale inclus (assiette BR)	Garantie + Remboursement Sécurité sociale et Régime de base inclus (assiette BR)
Densitométrie osseuse	35 € par acte	35 € par acte
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	100 % BR	120 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	100 % BR	100 % BR
<b>Médicaments</b>		
Remboursés SS (hors médicaments remboursés à 15 %)	100 % BR	100 % BR
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>		
Remboursée SS	100 % BR	100 % BR
<b>Matériel médical</b>		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages, remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	150 % BR	200 % BR
<b>Actes de prévention remboursés SS</b>		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	100 % BR
<b>Aides auditives</b>		
À compter du 01/01/2021		
Équipements 100 % Santé <sup>(2)</sup>		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV <sup>(3)</sup>	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV <sup>(3)</sup>
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction)		
Équipements libres <sup>(4)</sup>		
Aides auditives	RSS + 560 € par oreille <sup>(5)</sup>	RSS + 620 € par oreille <sup>(5)</sup>
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR
<b>Dentaire</b>		
Panier soins et prothèses 100 % Santé <sup>(3)</sup>		
Soins prothétiques et autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF
Panier maîtrisé <sup>(6)</sup>		
Inlay, onlay	240 % BR dans la limite des HLF	320 % BR dans la limite des HLF
Autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)	240 % BR dans la limite des HLF	320 % BR dans la limite des HLF
Panier libre <sup>(7)</sup>		
Inlay, onlay	240 % BR	320 % BR
Autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)	240 % BR	320 % BR
<b>Soins</b>		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	100 % BR
<b>Autres actes dentaires remboursés SS</b>		
Orthodontie remboursée SS	200 % BR	320 % BR
<b>Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale</b>		
Implants dentaires	–	300 € par année civile

DS  
LS

DS  
TD

DS  
LG

DS  
FH

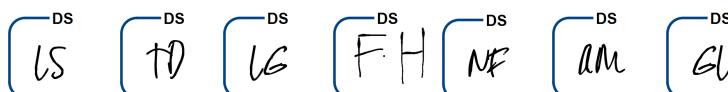
DS  
NF

DS  
AM

DS  
GL



Nature des frais	Garantie de base Remboursement Sécurité sociale inclus (assiette BR)	Garantie + Remboursement Sécurité sociale et Régime de base inclus (assiette BR)
<b>Autre frais</b>		
<b>Forfait maternité</b>		
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 300 €	Forfait de 300 €
Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du Code de la Sécurité sociale.		
<b>Optique</b>		
<b>Équipements 100 % Santé<sup>(8)</sup></b>		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) <sup>(9)</sup> Verres de classe A (quel que soit l'âge) <sup>(9)</sup>	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Prestation d'appariage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV
<b>Équipements libres<sup>(10)</sup></b>		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) <sup>(9)</sup> Verres de classe B (quel que soit l'âge) <sup>(9)</sup>	CF. grille optique (prise en charge selon conditions définies, dans le respect du minimum et dans la limite du maximum prévu par la réglementation en vigueur du contrat responsable et panier de soins ANI)	CF. grille optique (prise en charge selon conditions définies, dans le respect du minimum et dans la limite du maximum prévu par la réglementation en vigueur du contrat responsable et panier de soins ANI)
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B</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	100 % BR	100 % BR
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 B	100 % BR	100 % BR
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR	100 % BR
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	100 % BR
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>		
Lentilles acceptées par la SS	RSS + 110 € par année civile (au minimum 100 % BR)	RSS + 125 € par année civile (au minimum 100 % BR)
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	110 € par année civile	125 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	400 € par œil	400 € par œil



**Abréviations :****BR :** Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement**CCAM :** Classification commune des actes médicaux**DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) :** OPTAM / OPTAM-CO**OPTAM :** Option Pratique Tarifaire Maîtrisée**OPTAM-CO :** Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique**€ :** Euro**FR :** Frais réels engagés par le bénéficiaire**HLF :** Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire**PLV :** Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire**PMSS :** Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale**RSS :** Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement**TM :** Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)

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

(2) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entend par chaque oreille indépendamment).

(4) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1 700 € RSS inclus au 01.01.2021).

(5) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(6) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(7) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

(8) Équipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

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.

(9) Conditions de renouvellement de l'équipement

- 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.

(10) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement.

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.

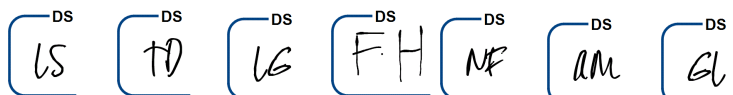
DS  
LSDS  
TDDS  
LGDS  
FHDS  
NFDS  
AMDS  
GL

## Grilles optiques

Garantie Base			Montant par verre de classe B (RSS inclus)					
			Dans le réseau optique : 100 % FR par verre (dont les options sont décrites ci-dessous, en fonction du type de verre et du défaut visuel)			Hors réseau optique		
Classe	Sphère ou Sphère + Cylindre (+)		Cylindre (+)	Verre Unifocal Organique	Verre Multifocal Organique	Verre Unifocal Majeurs	Verre Unifocal Mineurs	Verre Multifocal
	1	Sphère	[-2; +2]	0	Indice 1,5	Indice 1,5	33 €	26 €
Sphère		[-2; 0]	]0; +4]	Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV	Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV			
Sphère + Cylindre		]0; +2]	>0	Précalibrage	Précalibrage			
2	Sphère	[-4; -2[ ou ]+2; +4]	0	Indice 1,6	Indice 1,6	38 €	31 €	104 €
	Sphère	[-4; -2[	]0; +4]	Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV	Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV			
	Sphère + Cylindre	] +2; +4]	>0	Précalibrage	Précalibrage			
3	Sphère	[-6; -4[ ou ]+4; +6]	0	Indice 1,67	Indice 1,67	58 €	51 €	124 €
	Sphère	[-6; -4[	]0; +4]	Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV	Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV			
	Sphère + Cylindre	] +4; +6]	>0	Précalibrage	Précalibrage			
4	Sphère	[-8; -6[ ou ]+6; +8]	0	Indice 1,74	Indice 1,74	76 €	70 €	144 €
	Sphère	[-8; -6[	]0; +4]	Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV	Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV			
	Sphère + Cylindre	] +6; +8]	>0	Précalibrage	Précalibrage			
5	Sphère	< -8 ou > +8	0	Indice 1,74 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV Précalibrage	Indice 1,74 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV Précalibrage	104 €	82 €	165 €
	Sphère	[-8; 0]	> +4					
	Sphère	< -8	> 0					
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0					

Monture de classe B (RSS inclus)

60 €



Garantie+				Montant par verre de classe B (RSS et régime complémentaire de BASE inclus)				
				Dans le réseau optique : 100 % FR par verre (dont les options sont décrites ci-dessous, en fonction du type de verre et du défaut visuel)			Hors réseau optique	
				Verre Unifocal Organique	Verre Multifocal Organique	Verre Unifocal Majeurs	Verre Unifocal Mineurs	Verre Multifocal
Classe	Sphère ou Sphère + Cylindre (+)	Cylindre (+)						
1	Sphère	[-2 ; +2]	0	<b>Verre aminci</b> Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	<b>Verre aminci</b> Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	74 €	67 €	164 €
	Sphère	[-2 ; 0]	] +0,25 ; +4]	Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure			
	Sphère + Cylindre	[0 ; +2]	> 0					
2	Sphère	[-4 ; -2,25 [ ou ] +2,25 ; +4]	0	<b>Verre aminci</b> Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	<b>Verre aminci</b> Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	81 €	74 €	184 €
	Sphère	[-4 ; -2,25 [	] +2,25 ; +4]	Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure			
	Sphère + Cylindre	] +2,25 ; +4]	> 0					
3	Sphère	[-6 ; -4,25 [ ou ] +4,25 ; +6]	0	<b>Verre très aminci</b> Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	<b>Verre très aminci</b> Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	88 €	81 €	204 €
	Sphère	[-6 ; -4,25 [	] 0,25 ; +4]	Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure			
	Sphère + Cylindre	] +4,25 ; +6]	> 0					
4	Sphère	[-8 ; -6,25 [ ou ] +6,25 ; +8]	0	<b>Verre ultra aminci</b> Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	<b>Verre ultra aminci</b> Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	118 €	109 €	220 €
	Sphère	[-8 ; -6,25 [	] 0,25 ; +4]	Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure			
	Sphère + Cylindre	] +6,25 ; +8]	> 0					
5	Sphère	< -8 ou > +8	0	<b>Verre ultra aminci</b> Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	<b>Verre ultra aminci</b> Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	147 €	125 €	235 €
	Sphère	[-8 ; 0]	> +4	Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure			
	Sphère	< -8	> 0					
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0					
<b>Monture de classe B (RSS et régime complémentaire de BASE inclus)</b>					<b>100 €</b>			

