

Avenant n°14 à l'accord-cadre du 27 février 2001 instituant les garanties collectives « décès-incapacité-invalidité » et remboursement de frais médicaux dans le Groupe Orange

16 juillet 2025



Entre les soussignés :

Les sociétés du Groupe Orange adhérant à l'accord-cadre du 27 février 2001, figurant à l'annexe 1, représentées par Vincent Lecerf, agissant en sa qualité de Directeur Exécutif en charge des Ressources Humaines Groupe,

d'une part,

Et les Organisations Syndicales Représentatives dûment mandatées et représentées respectivement par :

- pour la CFDT F3C : Thierry Riedinger

- pour la CFE-CGC ORANGE :

- pour la CGT FAPT : Abdelkader Bennoui

d'autre part.

Sommaire

Préambule	4
Article 1 – Modification du chapitre 3 « organisme assureur – garanties »	5
Article 2 – Modification du chapitre 4 « Salariés expatriés ou détachés au sein de l’Union Européenne »... 	5
Article 3 – Modification de l’article 5.2 « Cotisations frais de santé »	5
Article 4 - Modification de l’article 5.3 « Garanties de remboursement de frais médicaux ».....	6
Article 5 - Modification de l’article 6.2 « Taux assiette sur le risque décès, incapacité, invalidité »	7
Article 6 – Modification de l’article 9.2 « Information collective ».....	8
Article 7 – Durée, dépôt et publicité.....	8
Annexe 1 – Liste des sociétés ainsi que des comités sociaux et économiques ayant la qualité d’adhérent	11
Annexe 2 – Descriptif des garanties de remboursement de frais de santé.....	12
Annexe 3 – Descriptif des garanties « décès-incapacité-invalidité » et des conditions dans lesquelles les formules équivalentes sont choisies et non personnalisables.....	17

Préambule

L'accord-cadre conclu le 27 février 2001 et modifié par avenants successifs en date des 29 avril 2005, 11 avril 2006, 25 novembre 2008, 2 décembre 2009, 4 novembre 2011, 4 décembre 2013, 17 décembre 2015, 14 avril 2016, 30 novembre 2018, 22 juin 2020, 22 décembre 2021, 21 décembre 2022 et 13 décembre 2024 (ci-après « l'Accord »), régit, au sein des sociétés adhérentes à l'Accord mentionnées en annexe 1, les régimes collectifs et obligatoires «décès-incapacité-invalidité » et remboursement de frais médicaux. Cet accord cadre a fixé les principales caractéristiques de ces régimes (notamment les taux de cotisations et, s'agissant des frais médicaux, dispenses d'affiliation) et les conditions dans lesquelles les sociétés du Groupe Orange peuvent y adhérer.

En raison de l'augmentation significative des frais d'assurance et de gestion appliqués par nos assureurs, et constatant l'absence de mise en concurrence depuis plusieurs années, il a été décidé d'engager une nouvelle procédure d'appel d'offres afin de garantir les meilleures conditions pour les bénéficiaires.

À l'occasion de la commission de suivi exceptionnelle du 16 janvier 2025, les organisations syndicales signataires de l'Accord ont été officiellement informées du lancement de cette démarche.

Cette consultation a intégré dans ses cahiers des charges l'évolution des prestations proposées dans les deux régimes, avec une attention particulière portée aux points suivants :

- pour le régime frais de santé : renforcement de certaines garanties, notamment en matière d'hospitalisation (y compris maternité) et de soins dentaires, mise en place d'un réseau de soins partenaire (Itelis) garantissant l'absence de reste à charge, ainsi que le développement des dispositifs de prévention et d'accès aux médecines douces.
- pour le régime «décès-incapacité-invalidité » : simplification et amélioration de la lisibilité des options de garanties proposées.

Ces évolutions s'inscrivent strictement dans le respect du cahier des charges applicable aux « contrats responsables ».

Par ailleurs, comme cela a été souligné lors des commissions de suivi, le régime frais de santé est confronté à une dérive, résultant de l'augmentation continue, observée depuis plusieurs exercices, de la fréquence et du coût moyen des actes pris en charge. Le désengagement progressif de la Sécurité sociale sur certaines prestations de protection sociale impacte également le régime de prévoyance.

Dans un objectif de préservation de l'équilibre financier du compte et de constitution de réserves suffisantes sur le long terme, il a été décidé de procéder à une revalorisation des cotisations afférentes à la santé et à la prévoyance. Cette évolution a fait l'objet d'une négociation avec les organisations syndicales représentatives, visant à actualiser certaines dispositions de l'Accord, en particulier concernant le choix de l'organisme assureur, l'évolution des garanties frais de santé et prévoyance, ainsi que l'ajustement des cotisations.

Les parties ont par conséquent décidé de modifier l'Accord dans les conditions suivantes :

Article 1 – Modification du chapitre 3 « organisme assureur – garanties »

Le chapitre 3 est modifié comme suit :

À l'issue de l'examen des conditions de renouvellement du régime, les couvertures « décès-incapacité-invalidité » et « remboursement de frais de santé » sont assurées dans le cadre de contrats souscrits auprès de CNP Assurances Protection Sociale.

Les autres dispositions du chapitre 3 non visées par le présent avenant restent inchangées.

Article 2 – Modification du chapitre 4 « Salariés expatriés ou détachés au sein de l'Union Européenne »

Le chapitre 4 est modifié comme suit :

Les salariés expatriés ne sont pas visés par les dispositions de l'Accord.

Cependant, quel que soit le pays où ils sont expatriés, ils bénéficient de garanties en cas de « décès-incapacité-invalidité » et en remboursement de frais médicaux d'un niveau au moins équivalent. Un contrat d'assurance sera souscrit à cet effet auprès de CNP Assurances Protection Sociale, dont les résultats seront, dans un souci de solidarité, compensés avec les résultats du contrat prévu par le présent accord pour les salariés travaillant sur le territoire national.

Article 3 – Modification de l'article 5.2 « Cotisations frais de santé »

L'article 5.2 est modifié comme suit :

5.2.1 Taux, assiette de la garantie frais de santé

Pour l'ensemble des sociétés adhérentes, la cotisation est uniformément fixée à compter du 1^{er} janvier 2026, à :

1. **3,590 %** de la tranche 1 (T1)¹ du salaire et **0,518 %** de la tranche 2 (T2)² du salaire, avec une cotisation minimale de 1,42 % du plafond de la tranche 1 ;
2. **2,516 %** de la tranche 1 (T1) du salaire et **0,361 %** de la tranche 2 (T2) du salaire avec une cotisation minimale de 1,00 % du plafond de la tranche 1 pour les participants relevant du régime de sécurité sociale de l'Alsace Moselle.

Pour les sociétés adhérentes dont les taux de cotisation étaient de 1,89% des tranches A³ et B⁴ du salaire à la date de signature de l'accord cadre du 27 février 2001, la cotisation est fixée à :

¹ La « Tranche 1 » correspond à la part de rémunération inférieure à 1 plafond de sécurité sociale tel que défini à l'article L.241-3 du Code de la sécurité sociale.

² La « Tranche 2 » correspond à la part de rémunération comprise entre 1 fois à 8 fois ce plafond.

³ La « Tranche A » correspond à la part de rémunération inférieure à 1 plafond de sécurité sociale tel que défini à l'article L.241-3 du Code de la sécurité sociale.

⁴ La « Tranche B » correspond à la part de rémunération comprise entre 1 fois à 4 fois ce plafond.

- 2,468% des tranches A et B du salaire,
- 1,714% des tranches A et B du salaire pour les participants relevant du régime de sécurité sociale de l'Alsace Moselle.

Ce relèvement des taux de cotisations sera effectif à compter du 1^{er} janvier 2026, sans effet rétroactif.

La cotisation est uniforme quelle que soit la situation de famille, sous réserve des dispositions prévues à l'article 5.2.4. (chapitre 5) de l'Accord du 27 février 2001 relatif à la cotisation des conjoints (ou partenaires liés par un PACS ou concubins) cotisants.

Ces dispositions se substituent à celles de l'article 5.2.1. (chapitre 5) de l'Accord du 27 février 2001 modifié par l'article 1 de l'avenant du 21 décembre 2022.

5.2.3 Evolution ultérieure de la cotisation

Sauf modifications législatives ou réglementaires, les cotisations restent fixées tel que prévu à l'article 5.2.1 de l'Accord à date d'effet du 1^{er} janvier 2026.

Les autres dispositions de l'article 5.2.3 non visées par le présent avenant restent inchangées.

5.2.4. Conjoints (ou partenaires liés par un PACS ou concubins) salariés

Pour bénéficier du régime de remboursement de frais médicaux, le conjoint salarié (ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin salarié) du salarié bénéficiaire devra s'acquitter auprès de l'assureur d'une contribution de 2,491% du plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 97,77€ par mois, valeur 2025 (1,732% pour les participants au régime Alsace-Moselle, soit 67,98€ par mois valeur 2025).

Les autres dispositions de l'article 5.2.4 non visées par le présent avenant restent inchangées.

Les autres dispositions de l'article 5.2 non visées par le présent avenant restent inchangées.

Article 4 - Modification de l'article 5.3 « Garanties de remboursement de frais médicaux »

L'article 5.3 est modifié comme suit :

Les garanties figurant en annexe 2 au présent avenant, conformes au cahier des charges des « contrats responsables », remplacent à compter du 1^{er} janvier 2026 les garanties de remboursement de frais médicaux décrites à l'annexe 2 de l'avenant du 22 juin 2020 à l'accord du 27 février 2001.

Ces dispositions s'appliquent à l'ensemble des bénéficiaires des sociétés adhérentes, y compris à ceux dont le contrat de travail est suspendu pour quelque raison que ce soit, ainsi qu'aux anciens salariés éventuellement maintenus en garanties au titre du contrat Groupe.

Les autres dispositions de l'article 5.3 non visées par le présent avenant restent inchangées.

Article 5 - Modification de l'article 6.2 « Taux assiette sur le risque décès, incapacité, invalidité »

L'article 6.2 est modifié comme suit :

6.2.1 Taux, assiette

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance « décès, incapacité, invalidité » sont uniformément fixées aux taux suivants :

Taux de cotisation (base de référence)	
T1	T2
2,060%	2,193%

Au 1^{er} janvier 2026, le taux d'appel est maintenu à 123 %. Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance « décès, incapacité, invalidité » seront donc portées aux taux suivants :

Taux appelés au 1 ^{er} janvier 2026	
T1	T2
2,534%	2,697%

La « Tranche 1 » correspond à la part de rémunération inférieure à 1 plafond de sécurité sociale tel que défini à l'article L.241-3 du Code de la sécurité sociale.

La « Tranche 2 » correspond à la part de rémunération comprise entre 1 fois à 8 fois ce plafond.

Il est rappelé que :

A l'intérieur de cette cotisation uniforme et obligatoire, les salariés pourront moduler le niveau des couvertures « décès, incapacité, invalidité » suivant des formules actuariellement équivalentes.

6.2.3 Evolution ultérieure de la cotisation

Sauf modifications législatives ou réglementaires, les cotisations restent fixées tel que prévu à l'article 6.2.1 de l'Accord à date du 1^{er} janvier 2026.

Les autres dispositions de l'article 6.2.3 non visées par le présent avenant restent inchangées.

Les autres dispositions de l'article 6.2 non visées par le présent avenant restent inchangées.

Article 6 – Modification de l'article 9.2 « Information collective »

L'article 9.2 est modifié comme suit :

Une commission de suivi de l'application de cet accord, dénommée « commission de suivi de l'accord frais de santé prévoyance des salariés de droit privé », est constituée entre les représentants du Groupe, tel que défini au chapitre 2, et les organisations syndicales signataires du présent accord cadre et d'au moins un accord d'entreprise.

Elle se réunira 3 fois par an :

- pour examiner les comptes de résultats des périodes suivantes :
 - o Du 1^{er} janvier au 30 septembre (T3)
 - o Du 1^{er} janvier au 31 décembre (T4)
- pour échanger pour la période du 1er janvier au 30 juin (T2) sur les premières tendances observées concernant les deux régimes et sur l'évolution de la sinistralité du régime de Prévoyance.

Cette commission a pour mission d'analyser l'évolution des tendances observées et de préparer les actions d'information et de sensibilisation à destination des salariés du groupe en vue de maintenir l'équilibre du régime. Elle peut proposer des actions préventives dans le cadre du plan de maîtrise des dépenses de santé.

Elle est informée et consultée préalablement à toute renégociation des garanties « décès-incapacité-invalidité » ou des garanties de « remboursement des frais médicaux ».

C'est à elle, en outre, qu'est transmis le rapport annuel sur les comptes établis par l'organisme assureur.

Dans le but de responsabiliser le personnel sur la consommation médicale, une note de synthèse sera publiée périodiquement afin que les salariés concernés soient informés de l'évolution du rapport des prestations sur les cotisations et des conséquences qu'il pourrait avoir sur l'équilibre du régime.

Orange est attentive à ce que les membres de la commission de suivi disposent des compétences nécessaires pour l'exercice de leur mission. A cet effet, l'entreprise proposera régulièrement une formation ad hoc relative aux frais de santé et prévoyance.

Article 7 – Durée, dépôt et publicité

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le 1er janvier 2026.

Il emporte révision des stipulations de l'accord collectif cadre du 27 février 2001 et de ses avenants dans les conditions prévues ci-dessus. Les autres termes de l'accord restent inchangés.

Il pourra, à tout moment, être modifié en respectant la procédure prévue par les articles L.2261-7-1 et L.2261-8, ou dénoncé selon celle issue des articles L.2261-9 et suivants du Code du travail.

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail, le présent avenant est déposé auprès du secrétariat-greffe du Conseil des Prud'hommes de Boulogne-Billancourt en un exemplaire. Deux exemplaires dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique sont transmis à la DRIETS d'Ile de France (Unité territoriale des Hauts de Seine).

Le présent avenant est déposé sur la plateforme de téléprocédure du ministère du travail.

En outre, un exemplaire est établi pour chaque partie.

Conformément à l'article L. 2231-5-1 du code du travail, cet avenant est publié en ligne dans un standard ouvert aisément réutilisable. La version déposée ne comporte pas les noms et prénoms des personnes signataires.

Fait à Issy-les-Moulineaux, 16 juillet 2025

La Direction pour les sociétés du Groupe Orange (listées en annexe 1)

Vincent Lecerf
Directeur Exécutif en charge des Ressources Humaines Groupe

Les Organisations Syndicales Représentatives

Pour la CFDT- F3C :	Pour la CFE-CGC ORANGE :	Pour la CGT-FAPT :

La signature numérique emporte votre consentement sur l'ensemble du document. Elle rend inutile le paraphe de chaque feuille et la mention « lu et approuvé ». La date de signature du document figure sur la signature numérique.

Pour être valable, un document doit être signé numériquement par tous les signataires.

Si ce document venait à être signé de manière manuscrite, la version numérique serait caduque et non opposable. Le document papier devra alors être paraphé, daté et signé, et contenir la mention « lu et approuvé » en précisant le nombre d'exemplaires originaux.

Réserves de la CGT FAPT

La CGT FAPT demande qu'Orange augmente significativement sa part des cotisations patronales dans le financement de la mutuelle.

Dans un contexte de hausse des coûts de santé et de perte de pouvoir d'achat, la contribution actuelle de l'entreprise reste insuffisante au regard de ses moyens.

Cette réserve traduit notre exigence d'un meilleur partage des cotisations pour une protection sociale réellement solidaire et accessible à tous.

Annexe 1 – Liste des sociétés ainsi que des comités sociaux et économiques ayant la qualité d'adhérent

- Buyin
- FT Marine
- Globecast France
- Globecast Reportages
- Hexadone
- Nordnet
- Orange Concessions
- Orange Lease
- Orange Prestations TV
- Orange Services à domicile
- Orange SA
- Sofrecom
- Soft At Home
- Telefact
- Totem Groupe
- Totem France
- Viaccess
- W-HA
- CSEE Direction Orange Grand Nord Est
- CSEE Direction Orange Ouest
- CSEE Direction Orange Grand Sud Est
- CSEE Direction Orange Grand Sud Ouest
- CSEE Direction Orange Ile-de-France
- CSEE Direction Orange Réunion Mayotte
- CSEE DTSI
- CSEE Fonctions Corporate
- CSEE SCE
- CSE Sofrecom
- CSEC Orange
- CSEE Orange Innovation
- CSEE Orange Wholesale

Annexe 2 – Descriptif des garanties de remboursement de frais de santé

Les garanties figurant en annexe 2 au présent avenant, conforme au cahier des charges des « contrats responsables », remplacent à compter du 1^{er} janvier 2026 les garanties de remboursement de frais médicaux décrites à l'annexe 2 de l'avenant du 22 juin 2020 à l'accord du 27 février 2001.

Ces dispositions s'appliquent à l'ensemble des bénéficiaires des sociétés et Comités Sociaux et Economiques (CSE) adhérents, y compris ceux dont le contrat de travail est suspendu pour quelque raison que ce soit, ainsi qu'aux anciens salariés éventuellement maintenus en garanties au titre du contrat Groupe.

Ces nouvelles garanties seront, si nécessaire, adaptées afin de respecter les règles qui seraient édictées par les textes définissant le contenu du cahier des charges des contrats « responsables ». Les exclusions ou obligations de prise en charge prévues par ces textes seront applicables de plein droit au régime de remboursement de frais médicaux du Groupe Orange.

Ces ajustements interviendront lors de l'entrée en vigueur du (ou des) texte(s) susvisé(s).

Dans l'hypothèse visée aux précédents alinéas, les parties conviennent de se concerter si nécessaire, à l'initiative de la plus diligente d'entre elles.

Régime de base ORANGE à partir du 1er Janvier 2026	
NATURE DES PRESTATIONS (Contrat responsable)	En complément de la Sécurité sociale
HOSPITALISATION	Médicale chirurgicale et maternité (y compris césarienne et accouchement par voie basse)
Frais de séjour conventionné	400% BR
Frais de séjour non conventionné	400% BR
Forfait journalier hospitalier	100% FR
Honoraires avec dépassements maîtrisés (OPTAM / OPTAM-CO)	400% BR
Honoraires avec dépassements libres (NON OPTAM / OPTAM-CO)	100% BR + TM
Chambre particulière	2,50% PMSS/ nuit (chambre psy limitée à 60j / an) ambulatoire : 1,30% PMSS /jour
Frais accompagnement d'enfant de moins de 12 ans	2% PMSS / jour
Forfait Patient Urgence	100% FR
Franchise pour acte technique	100% FR
CURE THERMALE	
Cure thermale remboursée Ss	1% PMSS par jour dans la limite de 18 jours
ALLOCATION	
Naissance ou adoption (par enfant)	200€ par enfant à l'exclusion de tout autre remboursement
SOINS COURANTS	
Médecin généraliste avec dépassements maîtrisés (OPTAM)	140% BR
Médecin généraliste avec dépassements libres (NON OPTAM)	120% BR
Médecin spécialiste avec dépassements maîtrisés (OPTAM)	175% BR
Médecin spécialiste avec dépassements libres (NON OPTAM)	130% BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux avec dépassements maîtrisés (OPTAM)	280% BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux avec dépassements libres (NON OPTAM)	130% BR
Imagerie médicale avec dépassements maîtrisés (OPTAM)	280% BR
Imagerie médicale avec dépassements libres (NON OPTAM)	130% BR
Participation forfaitaire pour les actes lourds	100% FR
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)	240% BR
Analyses et examens de laboratoires	240% BR
Médicaments remboursés Ss	100% TM
Matériel médical remboursé Ss	
Orthèses et autres matériel médical	240% BR
Fauteuil roulant,	
TRANSPORT	
Frais de Transport remboursés Ss	100% TM
AIDES AUDITIVES	
Equipements 100% SANTE	PLV - Ss
'la prise en charge ne peut excéder le plafond de garanties des contrats responsables fixé à 1 700 € (assurance maladie obligatoire + complémentaire santé) par appareil.	
Prothèse auditive à tarif libre pour les 21 ans et plus	1700 € (y cp Ss)
Prothèse auditive à tarif libre pour les moins de 21 ans	1700 € (y cp Ss)
Accessoires, entretien et piles remboursés par la Ss	100% BR

Régime de base ORANGE à partir du 1er Janvier 2026	
NATURE DES PRESTATIONS (Contrat responsable)	En complément de la Sécurité sociale
DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires 100% SANTE	PLV - Ss
Soins dentaires	180% BR
Inlay Onlay (hors 100% santé) à tarif maîtrisé	180% BR
Inlay Onlay (hors 100% santé) à tarif libre	180% BR
Prothèses dentaires remboursées Ss Dents de devant (mâchoire supérieure : n° 11 à 15 et 21 à 25 / mâchoire inférieure : n° 31 à 35 et 41 à 45) Tarifs maîtrisés et libres :	350% BR (DONT COURONNE SUR IMPLANT, COURONNE PROVISOIRE ET INLAY CORE)
Prothèses dentaires remboursées Ss Dents du fond (mâchoire supérieure : n° 16 à 18 et 26 à 28 /mâchoire inférieure : n°36 à 38 et 46 à 48) Tarifs maîtrisés et libres :	280% BR (DONT COURONNE SUR IMPLANT, COURONNE PROVISOIRE ET INLAY CORE)
Prothèses dentaires non remboursées Ss Dents de devant (mâchoire supérieure : n° 11 à 15 et 21 à 25 / mâchoire inférieure : n° 31 à 35 et 41 à 45) :	400€ par dent
Prothèses dentaires non remboursées Ss Dents du fond (mâchoire supérieure : n° 16 à 18 et 26 à 28 /mâchoire inférieure : n°36 à 38 et 46 à 48) :	310€ par dent
Implantologie	1 200 €
Parodontologie non remboursée Ss	100 €
Orthodontie remboursée Ss	350% BR 80% FR dans la limite de 580€ par semestre (Hors gouttières et autres traitement achetés sur internet) limité aux matériaux fournis par un dentiste agréé
Orthodontie non remboursée Ss (bénéficiaire de moins de 16 ans)	
OPTIQUE	
Equipements 100% SANTE	PLV - Ss
Lunettes (cf. grille optique)	
Monture	
verre simple	Cf Grille ITELIS OPTI 4
verre complexe	
Verre très complexe	
Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien	100% TM
Lentilles remboursées Ss (par paire par an par bénéficiaire)	550€ / paire / an / bénéficiaire
Lentilles non remboursées Ss (par paire par an par bénéficiaire)	270€ / an / bénéficiaire
Chirurgie de l'œil	900€ par œil
PREVENTION ET MEDECINE DOUCE	
Actes de prévention conformément aux dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006	100% TM
Pharmacie prescrite non remboursée Ss	30€ / an / bénéficiaire (hors produit à TVA à 20%)
Ostéodensitométrie (prescription médicale obligatoire)	50€ / an / bénéficiaire
Vaccin antigrippal (prescription médicale obligatoire)	100% FR
Vaccins non pris en charge par la Ss mais prescrits	100€/ an / bénéficiaire
Pilules contraceptives non remboursées par la ss	50€ / an / bénéficiaire
Médecines douces (Liste ci-dessous) : Toutes spécialités confondues	35 € par séance limité à 5 séances par an et par bénéficiaire
Ostéopathe	
Chiropracteur	
Psychologie	
Dietétique	
Sophrologie	
Acunpuncteur	
Ergothérapeute	
Psychomotricien	
Podologie-Pédicure	
Hypnothérapeute	
Ethiopathe	
Tabacologie	
Dispositif monsoutienpsy	100% TM

HORS PANIER 100% SANTE		Dans le réseau optique Itelis		Hors réseau optique Itelis		
Niveau de correction (cf. détails en annexe)	Caractéristiques des verres Unifocaux organiques de marques exclusivement	Caractéristiques des verres Multifocaux organiques de marques exclusivement	Remboursement Incluant RO**	Caractéristiques des verres Unifocaux et Multifocaux	Verre Unifocal Remboursement* Incluant RO**	Verre Multifocal Remboursement* Incluant RO**
Faible	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure			81 € maximum	214 € maximum
Modéré					86 € maximum	226 € maximum
Moyen	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure	Intégral	Variables selon l'opticien	94 € maximum	239 € maximum
Elevé	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure			154 € maximum	252 € maximum
Très élevé					167 € maximum	267 € maximum
	Monture jusqu'à 100 €			Monture	100 €	

Équipements 100% Santé tels que définis réglementairement : remboursement (incluant RO) à hauteur des Prix Limites de Vente

*Par verre. **Remboursement Obligatoire de l'Assurance Maladie.

Glossaire Frais de santé :

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale

MR : montant remboursé par la Sécurité sociale

PLV : Plafond limite de vente

PMSS : Valeur du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins

TM : Ticket modérateur (Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime obligatoire d'assurance maladie, avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Annexe 3 – Descriptif des garanties « décès-incapacité-invalidité » et des conditions dans lesquelles les formules équivalentes sont choisies et non personnalisables.

Les garanties figurant en annexe 3 au présent avenant remplacent, à compter du 1^{er} janvier 2026, les garanties « décès-incapacité-invalidité » décrites à l'annexe 4 de l'accord cadre du 27 février 2001, modifiées par l'annexe 3 de l'avenant du 4 décembre 2013.

Ces dispositions s'appliquent à l'ensemble des bénéficiaires des sociétés adhérentes, y compris à ceux dont le contrat de travail est suspendu pour quelque raison que ce soit, ainsi qu'aux anciens salariés éventuellement maintenus en garanties au titre du contrat du Groupe.

Descriptif des garanties « Décès-Incapacité-Invalidité » et des conditions dans lesquelles les équivalences sont choisies et modifiables par le salarié.

Dès sa date d'entrée dans l'entreprise, le salarié bénéficie des garanties de l'équivalence « Equilibre ».

LES CHOIX POSSIBLES PARMI LES 3 EQUIVALENCES SUIVANTES :

- Équivalence « Equilibre » : ce sont les garanties dont le salarié bénéficie à défaut d'un autre choix
- Équivalence « Capital »
- Équivalence « Rente éducation »

QUAND LE CHOIX DOIT-IL ETRE FORMULE ?

A la date d'entrée dans l'entreprise, le salarié dispose d'un délai de deux mois pour choisir l'une des trois équivalences.

Les salariés en arrêt de travail bénéficient de l'équivalence choisie auparavant (par défaut l'équivalence « Equilibre » si aucun choix n'a été formulé). Ils pourront effectuer un autre choix au moment de la reprise de leur activité dans l'entreprise.

QUAND LE CHOIX PEUT-IL ETRE MODIFIE ?

En cas de modification de la situation de famille du salarié, il lui est possible de modifier son choix dans un délai de deux mois suivant l'évènement : mariage, concubinage ou PACS, naissance, adoption ou nouvel enfant à charge, enfant n'étant plus à charge, divorce ou séparation, décès du conjoint ou d'un enfant, modification significative de la situation financière de la famille (chômage ou invalidité du conjoint,...).

En dehors de ces cas, le salarié peut modifier son choix, au 1^{er} janvier de chaque année, à condition d'être en activité et de ne pas avoir été reconnu invalide par la Sécurité sociale, et de faire le nécessaire auprès de CNP Assurances Protection Sociale au cours du mois de décembre précédent.

Garanties Décès-Incapacité-Invalidité A partir du 01 janvier 2026			
Nature des prestations	Equivalence Equilibre	Equivalence Capital	Equivalence Rente éducation
Pour les Garanties Décès :	Rém = sommes des rémunérations annuelles brutes perçues soumises à charges sociales des 12 derniers mois civils d'activité précédant l'événement ouvrant droit à prestations (limitée à 8 PASS)		
Décès du salarié et Perte Totale et irréversible d'autonomie			
Capital décès			
Assuré sans conjoint, partenaire PACS, concubin et sans enfant à charge	Quelle que soit la situation de famille 260% Rém	Quelle que soit la situation de famille 430% Rém	Quelle que soit la situation de famille 340% Rém
Assuré avec conjoint, partenaire PACS, concubin et sans enfant à charge			
Assuré sans conjoint, partenaire PACS, concubin avec enfant à charge			
Assuré avec conjoint, partenaire PACS, concubin avec enfant à charge			
Majoration par enfant à charge	70% Rém	110% Rém	70% Rém
Capital supplémentaire en cas d'accident			
Capital	260% Rém	430% Rém	410% Rém
Majoration par enfant à charge	70% Rém	Néant	Néant
Base du capital infirmité accident si taux d'infirmité > 30%			
Egal à :	Néant	430% Rém X taux infirmité	410% Rém X taux infirmité
Rente pour enfant à charge (Age limite = 27 ans)			
Rente temporaire immédiate			
En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie du membre participant, versement, au profit de chacun des enfants à charge, d'une rente temporaire immédiate d'un montant annuel égal à :	10% Rém / an	Néant	30% Rém / an
Rente de conjoint			
Rente viagère (versée à vie) X = Age au décès	0,85% x (65 - X) x Rém	Néant	Néant
Rente temporaire X = Age au décès	0,45% x (X - 25) x Rém	Néant	Néant
En cas de versement d'une rente temporaire, le cumul de la rente viagère et de la rente temporaire ne pourra être inférieur à 20% de Rém.			
Double Effet			
En cas de décès accidentel ou non du conjoint marié au membre participant survenant simultanément ou postérieurement (dans les 24 H) au décès de ce dernier, versement d'un capital réparti par parts égales entre chaque enfant demeuré à charge et égal à (en pourcentage du capital versé en cas de décès du membre participant) :	100% du capital décès toutes causes		
Prédéces (décès d'un proche)			
Allocation décès pour le Conjoint / Concubin / partenaire d'un PACS	16% Rém	16% Rém	16% Rém
Enfant à charge de 12 ans ou + (dans la limite des frais réellement engagés)	8% Rém	8% Rém	8% Rém
Frais d'obsèques			
Salarié	80% PMSS	80% PMSS	80% PMSS
Conjoint, partenaire d'un PACS ou concubin	80% PMSS	80% PMSS	80% PMSS
Enfant à charge de 12 ans ou + (dans la limite des frais réellement engagés)	80% PMSS	80% PMSS	80% PMSS
Pour les Garanties Arrêt de travail :	Rém = identique au Décès MAIS la rémunération prise en considération peut être, si cette disposition est plus favorable au salarié, la rémunération moyenne ayant donné lieu au paiement de la cotisation et perçue par le salarié au cours des trois derniers mois civils d'activité, auquel s'ajoute le montant moyen des primes, versées au cours des 12 derniers mois d'activité du salarié.		
Incapacité de travail			
Franchise	En relais de la période de maintien conventionnel de Rém (selon CCN et accord collectif) et au plus tôt après 45 jours		
Garantie	100% du Rém nette (dans la limite de l'allocation chômage)		
Maternité	Néant		
Invalidité	Sous déduction de la pension d'invalidité versée par la Sécurité Sociale soit nette de CSG & CRDS		
Invalidité 1ère catégorie (taux incapacité compris entre 33% et 66%)	50% du Rém brut (dans la limite de l'allocation chômage) sans que les sommes perçues ne puisse excéder 100% du Rém nette		
Invalidité 2ème catégorie (Taux d'incapacité au moins égal à 66%)	100% du Rém nette (dans la limite de l'allocation chômage)		
Invalidité 3ème catégorie (Taux d'incapacité au moins égal à 66%)	100% du Rém nette (dans la limite de l'allocation chômage)		
Capital supplémentaire en cas de rente invalidité 2ème et 3ème catégorie			
Egal à :	Néant	100% Rém à condition que la reconnaissance de l'invalidité 2 ou 3 soit survenue après le choix de l'Equivalence Capital	Néant