

CONTRAT CADRE FRAIS DE SANTE

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE LA PROMOTION IMMOBILIERE

Conclu entre d'une part, les organisations professionnelles et syndicales ci-après :

- La **FPI** (Fédération des Promoteurs Immobiliers de France), représentée par Monsieur François PAYELLE,
- Le **Syndicat SNUHAB – CFE – CGC**, représenté par Madame Jocelyne SYLVA-MENDY,
- La **Fédération CGT**, représentée par Monsieur Bruno CORNET,
- La **Fédération FO FEC**, représentée par Monsieur Didier RIVIERE,
- La **Fédération des services CFDT**, représentée par Madame Kumba DUVILLIER,
- La **Fédération CFTC – CSFV**, représentée par Monsieur Jean-Marie ARGENCE,

Ci-après dénommées « *les organisations signataires* »,

Et d'autre part :

- **Malakoff Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale, Siège 21 rue Laffitte 75009 Paris – N° SIREN 775 691 181 ;
- **APICIL Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°321 862 500, Siège social : 51 boulevard Marius Vivier-Merle 69003 Lyon.

Soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

Ci-après dénommée « *les assureurs* »

IL A ETE CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIIT :

SOMMAIRE

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT CADRE.....	3
ARTICLE 2 – DATE D'EFFET, DUREE, RENOUVELLEMENT DU CONTRAT CADRE	3
ARTICLE 3 – SOUSCRIPTION DU CONTRAT D'ASSURANCE PAR LES ENTREPRISES.....	4
ARTICLE 4 – AFFILIATION DES SALARIES	4
ARTICLE 5 – DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE.....	5
ARTICLE 6 – COMMISSION PARITAIRE PERMANENTE DE NEGOCIATION ET D'INTERPRETATION	5
ARTICLE 7 – SIGNATURE ELECTRONIQUE ET CONVENTION DE PREUVE.....	6
ANNEXE I : GARANTIES	8
ANNEXE II : COTISATIONS	13
ANNEXE III : CONDITIONS GENERALES	15

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT CADRE

Les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale de la Promotion immobilière ont conclu en date du 23 octobre 2024 un accord permettant aux salariés de la branche de bénéficier d'un régime de santé complémentaire.

Les partenaires sociaux ont décidé de recommander les assureurs signataires du présent contrat cadre au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence.

Les assureurs proposent des contrats d'assurance collectifs, conformes aux obligations conventionnelles, aux établissements relevant de la Branche.

Les entreprises déjà adhérentes voient leur(s) contrat(s) d'assurance auprès des assureurs se poursuivre dans les conditions de garanties décrites au présent contrat cadre et à la même date d'effet.

Le contrat cadre a pour objet de préciser les modalités collectives de mise en œuvre du régime entre les assureurs recommandés et les partenaires sociaux.

Les garanties (annexe 1), les cotisations (annexe 2) et les conditions générales d'assurance applicables au contrat (annexe 3) sont annexées à ce dernier.

ARTICLE 2 – DATE D'EFFET, DUREE, RENOUVELLEMENT DU CONTRAT CADRE

2.1-Date d'effet et révision du contrat cadre

Le contrat cadre prend effet le **1^{er} janvier 2025**. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année suivante, sauf résiliation dans les conditions exposées ci-après.

Il remplace à compter de cette date toutes dispositions contractuelles antérieures régissant les relations entre les partenaires sociaux et les assureurs.

Les parties peuvent proposer une modification du contrat cadre par tout moyen écrit et notamment par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'autre partie. Les organisations signataires peuvent également proposer cette modification par envoi recommandé électronique avec accusé de réception. Les modifications apportées au présent texte prennent effet après accord express des parties, matérialisé par un avenant de révision au présent contrat cadre.

Toute modification du contrat cadre donnera lieu, si nécessaire, à la modification des contrats d'assurance souscrits par les entreprises auprès des assureurs.

2.2-Résiliation du contrat cadre

Le contrat cadre peut être résilié à l'initiative des organisations signataires et des assureurs, sous réserve de respecter un préavis de six mois avant l'échéance annuelle, formalisé par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée aux autres parties prenantes du contrat cadre.

Les organisations signataires ont également la possibilité de résilier ce contrat cadre par envoi recommandé électronique avec accusé de réception, sous réserve du respect du même délai de préavis.

Dans l'hypothèse d'une résiliation les parties signataires conviennent de se réunir dans les plus brefs délais.

La résiliation à l'initiative des organisations signataires est sans conséquence sur les contrats d'assurance souscrits par les entreprises. Ces contrats demeurent en vigueur et continuent de constituer un périmètre de mutualisation auprès des assureurs. Les assureurs veilleront en tout état de cause à ce que les contrats d'assurance restent conformes aux obligations conventionnelles, légales et réglementaires.

ARTICLE 3 – SOUSCRIPTION DU CONTRAT D'ASSURANCE PAR LES ENTREPRISES

Les assureurs s'engagent à proposer à toutes les entreprises relevant de la Convention Collective Nationale de la Promotion immobilière (dénommée ci-après « la Convention collective »), le contrat d'assurance collectif et obligatoire afin de couvrir leurs salariés.

Le cas échéant, peuvent souscrire les filiales qui ne relèveraient pas de cette Convention collective, lorsque la maison mère, elle-même souscriptrice du contrat d'assurance collectif, souhaite mettre en place un régime frais de santé au niveau de son groupe.

Les assureurs garantissent la conformité du contrat d'assurance collectif avec la Convention collective (tant en termes de taux de cotisations que de garanties), dans sa rédaction en vigueur à la date de conclusion du contrat cadre et de ses éventuelles évolutions.

Les assureurs s'engagent à :

- n'opérer aucune sélection des entreprises désirant souscrire le contrat d'assurance collectif,
- proposer à ces entreprises, les mêmes conditions contractuelles quel que soit leur taille, leur sinistralité, leur situation démographique et leur implantation géographique.

Ce contrat d'assurance collectif est composé de deux parties indissociables :

- les Conditions générales définissant notamment les conditions de cotisations et de prestations, les obligations réciproques des parties,
- les Conditions particulières définissant pour chaque entreprise la date d'effet de l'adhésion, le personnel assuré, les taux de cotisations et les garanties couvertes.

Dans l'hypothèse d'un changement d'activité entraînant pour une entreprise, ayant souscrit le contrat d'assurance, sa sortie du champ d'application, les assureurs se réservent la possibilité de le résilier selon les modalités définies au sein des Conditions Générales.

L'entreprise peut résilier chaque année le contrat d'assurance collectif moyennant un préavis de deux mois avant son échéance annuelle par tout support selon les modalités contractuelles, ou à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription.

L'ensemble des contrats d'assurance collectifs souscrits par les entreprises constituent un périmètre de mutualisation des résultats.

Toutes modifications apportées au contrat cadre et impactant les contrats d'assurance collectifs souscrits donnent lieu à l'envoi d'un avenant à chaque entreprise.

ARTICLE 4 – AFFILIATION DES SALARIES

Les entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention collective et adhérant auprès de l'un des assureurs devront obligatoirement affilier l'ensemble du personnel.

ARTICLE 5 – DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE

La Convention collective nationale de la Promotion immobilière a instauré un fonds de solidarité des assureurs permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un haut degré de solidarité et comprenant, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif, conformément aux articles R.912-1 et R.912-2 alinéa 1, 2, et 3 du code de la Sécurité sociale.

Le financement des prestations servies par le fonds de solidarité est fixé, conformément aux dispositions conventionnelles, à 2 % des cotisations hors taxes encaissées au titre du(des) contrat(s) obligatoire(s).

Les prestations à caractère non contributif mises en œuvre au titre du degré élevé de solidarité du régime de branche de frais de santé, peuvent prendre la forme notamment :

- de la prise en charge, totale ou partielle de la cotisation de, tout ou partie :
 - des salariés ou apprentis titulaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois,
 - des salariés, apprentis ou anciens salariés dont la cotisation représente au moins 10% de leurs revenus bruts ;
- du financement d'actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé, relatifs notamment aux comportements en matière de consommation médicale ;
- de la prise en charge de prestations d'action sociale, comprenant notamment :
 - soit à titre individuel : l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés, anciens salariés et ayants droit ;
 - soit à titre collectif, pour les salariés, les anciens salariés ou leurs ayants droit : l'attribution d'aides leur permettant entre autres de faire face à la perte d'autonomie, y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux.

La Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) de la branche, instaurée par l'avenant n° 39 du 17 novembre 2017 relatif à la mise en place de la CPPNI, devra déterminer annuellement les orientations des actions de prévention financées dans le cadre du degré élevé de solidarité des régimes de branche.

Elle devra également déterminer les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale, dans le cadre d'un règlement signé avec les assureurs recommandés aux termes de l'article 3.1. de l'accord collectif.

La CPPNI assure le contrôle de la mise en œuvre des orientations des actions de prévention, ainsi que du règlement de fonctionnement et d'attribution des prestations d'action sociale.

ARTICLE 6 – COMMISSION PARITAIRE PERMANENTE DE NEGOCIATION ET D'INTERPRETATION

Les partenaires sociaux décident que le suivi et la mise en œuvre du régime seront faits par la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) telle que mentionnée à l'article 36 de la Convention collective.

En application de l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale, les conditions et modalités de la mutualisation des risques et le présent contrat d'assurance collective du régime conclu avec les assureurs recommandés seront réexaminés au plus tard 5 ans à compter de sa date d'effet. A cette fin, la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) se réunira spécialement au plus tard un an avant l'échéance.

ARTICLE 1 – GESTION ADMINISTRATIVE DU REGIME

Les modalités de gestion administrative du régime conventionnel sont définies aux Conditions Générales Frais de santé jointes.

ARTICLE 7 – SIGNATURE ELECTRONIQUE ET CONVENTION DE PREUVE


Les Parties reconnaissent et acceptent expressément que l'ensemble des documents contractuels sont signés de manière électronique, par les Parties, par leur représentant légal ou habilité à cet effet, et ce, conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment celles visées ci-après.

Tout document faisant l'objet d'une signature électronique par une des Parties doit également faire l'objet d'une signature électronique par l'autre Partie. La signature électronique manifeste le consentement des Parties au contenu des documents contractuels, celle-ci ayant la même valeur que la signature manuscrite.

Par la présente convention de preuve, les signataires acceptent expressément :

- de recourir au service de signature électronique d'un prestataire de service de confiance qualifié mis en œuvre par les assureurs
- de reconnaître que le procédé de signature électronique mis en œuvre satisfait aux exigences de la signature électronique telles que fixées par l'article 1367 alinéa 2 du code civil et de l'article 3.10 du règlement UE n° 910/2014 du 23 juillet 2014, dit règlement eIDAS,
- le cas échéant, en cas d'utilisation d'un cachet électronique apposé par les assureurs, de reconnaître l'utilisation de ce cachet électronique comme équivalent à une signature électronique répondant aux exigences de l'article 1367 alinéa 2 du code civil et de l'article 3.10 du règlement UE n° 910/2014 du 23 juillet 2014, dit règlement eIDAS.

<p>- Fédération des Promoteurs Immobiliers de France (FPI) Représentée par : François PAYELLE Agissant en qualité de :</p>	<p>- Syndicat SNUHAB – CFE – CGC Représenté par : Jocelyne SYLVA-MENDY Agissant en qualité de :</p>
<p>- Fédération CGT Représentée par : Brunot CORNET Agissant en qualité de :</p>	<p>- Fédération FO FEC Représentée par : Didier RIVIERE Agissant en qualité de :</p>

<p>- Fédération des services CFDT Représentée par : Kumba DUVILLIER Agissant en qualité de :</p>	<p>- Fédération CFTC – CSFV Représentée par : Jean-Marie ARGENCE Agissant en qualité de :</p>
<p>- Pour Malakoff Humanis Prévoyance Représenté par : Silvine LAGUILLAUMIE-LANDON Agissant en qualité de : Directrice des affaires juridiques, institutionnelles et fiscales</p> 	<p>- Pour APICIL Prévoyance Représenté par : Damien DUMAS Agissant en qualité de : Directeur général adjoint</p>

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE LA PROMOTION IMMOBILIERE

ANNEXE I : GARANTIES

Les remboursements indiqués s'entendent y compris remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.



	Base (si choisi)	Base + Option 1 (si choisi)	Base + Option 2 (si choisi)
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	170 % BRSS	170 % BRSS	370 % BRSS
Honoraires (signataires DPTM) :			
• Actes de chirurgie (ADC)	200 % BRSS	220 % BRSS	420 % BRSS
• Actes d'anesthésie (ADA)	200 % BRSS	220 % BRSS	420 % BRSS
• Actes d'obstétriques (ACO)	200 % BRSS	220 % BRSS	420 % BRSS
• Actes techniques médicaux (ATM)	200 % BRSS	220 % BRSS	420 % BRSS
• Autres honoraires	200 % BRSS	220 % BRSS	420 % BRSS
Honoraires (non-signataires DPTM) :			
• Actes de chirurgie (ADC)	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
• Actes d'anesthésie (ADA)	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
• Actes d'obstétriques (ACO)	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
• Actes techniques médicaux (ATM)	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
• Autres honoraires	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Forfait hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgence (1)	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Forfait actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière :			
• Montant du forfait par jour ou par nuitée en établissement conventionné	100 % FR	100 % FR	100 % FR
• Plafond par jour	2 % PMSS	2 % PMSS	2 % PMSS
• Plafond par nuitée	2 % PMSS	2 % PMSS	4 % PMSS
Personne accompagnante pour enfant de moins de 12 ans :			
• Montant du forfait par nuitée en établissement conventionné	100 % FR	100 % FR	100 % FR
• Plafond par nuitée	1 % PMSS	1 % PMSS	2 % PMSS
Maternité ou adoption plénière (forfait / enfant de moins de 10 ans)	8 % PMSS	20 % PMSS	20 % PMSS
Transport remboursé SS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS

(1) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.



	Base (si choisi)	Base + Option 1 (si choisi)	Base + Option 2 (si choisi)
SOINS COURANTS			
Consultation / visite / consultation en ligne :			
• Généralistes signataires d'un DPTM	150 % BRSS	180 % BRSS	270 % BRSS
• Généralistes non-signataires d'un DPTM	130 % BRSS	160 % BRSS	200 % BRSS
• Spécialistes signataires d'un DPTM	200 % BRSS	220 % BRSS	370 % BRSS
• Spécialistes non-signataires d'un DPTM	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
• Psychologue remboursé par la SS (dispositif « Mon soutien Psy »)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie) :			
• Montant	30 € / séance	30 € / séance	50 € / séance
• Nombre de séances maximum / an / bénéficiaire	4 séances	4 séances	4 séances
Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour enfant de moins de 12 ans	20 € / séance	30 € / séance	30 € / séance
Médicaments et pharmacie remboursés SS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Médicaments et pharmacie prescrits non remboursés hors vaccins (forfait/an/bénéficiaire)	-	-	3 % PMSS
Vaccins prescrits par un médecin et non remboursés SS (forfait/an/bénéficiaire)	2 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Honoraires paramédicaux remboursés SS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) :			
• Praticiens signataires d'un DPTM	150 % BRSS	170 % BRSS	220 % BRSS
• Praticiens non-signataires d'un DPTM	130 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) :			
• Praticiens signataires d'un DPTM	150 % BRSS	170 % BRSS	220 % BRSS
• Praticiens non-signataires d'un DPTM	130 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Matériel médical : orthopédie et autres prothèses ou appareillage remboursé SS (1)	180 % BRSS	260 % BRSS	360 % BRSS
Transport remboursé SS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Forfait actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Cures thermales remboursées SS (forfait/an/bénéficiaire)	100 % BRSS	RSS + 10 % PMSS	RSS + 20 % PMSS
Sevrage tabagique prescrit par un médecin et non remboursé SS (forfait/an/bénéficiaire)	50 €	100 €	100 €
Dépistage de l'ostéoporose entre 45 et 49 ans (forfait/an/bénéficiaire)	50 €	50 €	50 €
Tous les actes des contrats responsables	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS

(1) Hors dentaire, auditif et optique.



DENTAIRE auprès d'un professionnel

	Base (si choisi)	Base + Option 1 (si choisi)	Base + Option 2 (si choisi)
Soins dentaires	150 % BRSS	160 % BRSS	160 % BRSS
Inlay-onlay	150 % BRSS	160 % BRSS	370 % BRSS
Orthodontie remboursée SS	280 % BRSS	325 % BRSS	400 % BRSS
Orthodontie non remboursée SS	-	-	300 % BRR
Parodontologie (forfait/an/bénéficiaire)	2,50 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS
Couronnes fixes non remboursées SS (1)	-	-	480 % BRR
Implantologie (forfait/an/bénéficiaire, max 3 implants)	15 % PMSS	30 % PMSS	40 % PMSS
Prothèses dentaires remboursées SS « Panier 100 % santé » (2) (3) (4) :			
• Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	100 % des HLF	100 % des HLF	100 % des HLF
• Dents de fond de bouche	100 % des HLF	100 % des HLF	100 % des HLF
• Inlay core (dans la limite des PLV fixés)	100 % des HLF	100 % des HLF	100 % des HLF
Prothèses dentaires remboursées SS « Panier maîtrisé et panier libre » :			
• Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	200 % BRSS	420 % BRSS	540 % BRSS
• Dents de fond de bouche	175 % BRSS	420 % BRSS	540 % BRSS
• Inlay core (dans la limite des PLV fixés)	150 % BRSS	210 % BRSS	420 % BRSS

(1) Sur la base d'une prothèse de type couronne.

(2) Dents du sourire : ce sont les Incisives – Canines – Prémolaires.

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

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

(4) Selon matériau et position de la dent.



OPTIQUE (1)

	Base (si choisi)	Base + Option 1 (si choisi)	Base + Option 2 (si choisi)
Équipement de Classe A (2)			
• Verres	100 % du PLV	100 % du PLV	100 % du PLV
• Monture adulte	100 % du PLV	100 % du PLV	100 % du PLV
• Monture enfant	100 % du PLV	100 % du PLV	100 % du PLV
Équipement de Classe B (2) pour un bénéficiaire âgé de < 16 ans			
Par verre unifocal			
• Sphère de - 6 à + 6	60 €	97 €	160 €
• Sphère < à - 6 ou > à + 6	80 €	161,50 €	300 €
• Sphère de - 6 à 0 et Cylindre ≤ + 4	60 €	113 €	160 €

(1) Conformément à l'arrêté du 3 décembre 2018, le remboursement d'un équipement optique, composé d'une monture et de deux verres, n'est possible que tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les cas spécifiques listés au point VIII de l'arrêté du 3/12/2018, la prise en charge est annuelle.

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



	Base (si choisi)	Base + Option 1 (si choisi)	Base + Option 2 (si choisi)
OPTIQUE (1)			
Équipement de Classe B (2) pour un bénéficiaire âgé de < 16 ans (suite)			
Par verre unifocal			
• Sphère > 0 et S ≤ + 6 (3)	60 €	113 €	160 €
• Sphère > 0 et S > + 6	80 €	113 €	300 €
• Sphère < - 6 et Cylindre ≥ + 0,25	80 €	145 €	300 €
• Sphère de -6 à 0 et Cylindre > + 4	80 €	113 €	300 €
Par verre multi-focal ou progressif			
• Sphère de - 4 à + 4	80 €	161 €	300 €
• Sphère < à - 4 ou > à + 4	120 €	194 €	300 €
• Sphère de - 8 à 0 et Cylindre ≤ + 4	80 €	161 €	300 €
• Sphère > 0 et S ≤ + 8	80 €	161 €	300 €
• Sphère de - 8 à 0 et Cylindre > + 4	120 €	194 €	300 €
• Sphère > 0 et S > + 8	120 €	194 €	300 €
• Sphère < - 8 et Cylindre ≥ + 0,25	120 €	194 €	300 €
Monture et autres LPP			
• Par verre neutre	60 €	97 €	160 €
• Par monture (dont supplément enfant de moins de 6 ans)	90 €	100 €	100 €
Équipement de Classe B (2) pour un bénéficiaire âgé de 16 ans et +			
Par verre unifocal			
• Sphère de - 6 à + 6	90 €	145 €	160 €
• Sphère < à - 6 ou > à + 6	120 €	193,50 €	300 €
• Sphère de - 6 à 0 et Cylindre ≤ + 4	90 €	160 €	160 €
• Sphère > 0 et S ≤ + 6 (3)	90 €	160 €	160 €
• Sphère > 0 et S > + 6	120 €	161 €	300 €
• Sphère < - 6 et Cylindre ≥ + 0,25	120 €	215 €	300 €
• Sphère de - 6 à 0 et Cylindre > + 4	120 €	161 €	300 €
Par verre multi-focal ou progressif			
• Sphère de - 4 à + 4	120 €	194 €	300 €
• Sphère < à - 4 ou > à + 4	180 €	226 €	350 €
• Sphère de - 8 à 0 et Cylindre ≤ + 4	120 €	242 €	300 €
• Sphère > 0 et S ≤ + 8	120 €	242 €	300 €

(1) Conformément à l'arrêté du 3 décembre 2018, le remboursement d'un équipement optique, composé d'une monture et de deux verres, n'est possible que tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les cas spécifiques listés au point VIII de l'arrêté du 3/12/2018, la prise en charge est annuelle.

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

(3) S = Sphère + Cylindre, montant par verre.



	Base (si choisi)	Base + Option 1 (si choisi)	Base + Option 2 (si choisi)
OPTIQUE (1)			
Équipement de Classe B (2) pour un bénéficiaire âgé de 16 ans et + (suite)			
Par verre multi-focal ou progressif			
• Sphère de - 8 à 0 et Cylindre > + 4	180 €	242 €	350 €
• Sphère > 0 et S > + 8	180 €	242 €	350 €
• Sphère < - 8 et Cylindre ≥ + 0,25	180 €	242 €	350 €
Monture et autres LPP			
• Par verre neutre	90 €	145 €	160 €
• Par monture (dont supplément enfant de moins de 6 ans)	90 €	100 €	100 €
Autres			
Lentilles prescrites acceptées SS (forfait/an/bénéficiaire)	3 % PMSS + RSS	6 % PMSS + RSS	8 % PMSS + RSS
Lentilles prescrites refusées SS et/ou jetables (forfait/an/bénéficiaire)	3 % PMSS	7 % PMSS	10 % PMSS
Chirurgie réfractive (forfait/an/œil/bénéficiaire)	15 % PMSS	15 % PMSS	25 % PMSS
Prestations supplémentaires sur équipement d'optique dans la limite des PLV	100 % BR	100 % BR	100 % BR

(1) Conformément à l'arrêté du 3 décembre 2018, le remboursement d'un équipement optique, composé d'une monture et de deux verres,

n'est possible que tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les cas spécifiques listés au point VIII de l'arrêté du 3/12/2018, la prise en charge est annuelle.

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



	Base (si choisi)	Base + Option 1 (si choisi)	Base + Option 2 (si choisi)
AIDE AUDITIVE			
Prothèses auditives de Classe 1 (1)	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV
Prothèses auditives de Classe 2 (1)			
• Par bénéficiaire jusqu'à 20 ans ou atteint de cécité	1700 € TTC	1700 € TTC	1700 € TTC
• Par bénéficiaire de plus de 20 ans	1040 € TTC	1040 € TTC	1440 € TTC
Accessoires et fournitures			
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par arrêté)	100 % BRSS	100 % BRSS	100% BRSS

(1) Dans la limite d'un appareil par oreille tous les 4 ans. En tout état de cause, les garanties devront respecter les PLV fixés par décret dans le cadre des contrats responsables.

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE LA PROMOTION IMMOBILIERE

ANNEXE II : COTISATIONS

Contrat socle responsable à adhésion obligatoire

Montant des cotisations obligatoires

Structure(s) de cotisation	Base	Base + Option 1	Base + Option 2
----------------------------	------	-----------------	-----------------

Régime général de la Sécurité sociale

Salarié et Enfant(s) à Charge	2,60 % PMSS	3,31 % PMSS	4,13 % PMSS
-------------------------------	-------------	-------------	-------------

Régime local de la Sécurité sociale (Alsace Moselle)

Salarié et Enfant(s) à Charge	1,71 % PMSS	2,28 % PMSS	3,20 % PMSS
-------------------------------	-------------	-------------	-------------

Montant des cotisations facultatives

Structure(s) de cotisation	Base	Base + Option 1	Base + Option 2
----------------------------	------	-----------------	-----------------

Régime général de la Sécurité sociale

Conjoint *	+ 2,08 % PMSS	+ 2,64 % PMSS	+ 3,37 % PMSS
------------	---------------	---------------	---------------

Régime local de la Sécurité sociale (Alsace Moselle)

Conjoint *	+ 1,37 % PMSS	+ 1,91 % PMSS	+ 2,62 % PMSS
------------	---------------	---------------	---------------

(*) Le conjoint est couvert à titre facultatif.

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

À titre indicatif, le montant du PMSS évolue chaque année. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr.

Contrat surcomplémentaire responsable à adhésion facultative

Montant des cotisations facultatives

Les cotisations mensuelles contractuelles sont mentionnées ci-dessous et viennent en complément de celles du contrat socle

→ Si le souscripteur a opté pour la « Base » au titre du contrat socle

Structure(s) de cotisation	Option 1	Option 2
----------------------------	----------	----------

Régime général de la Sécurité sociale

Salarié et Enfant(s) à Charge	+ 0,85 % PMSS	+ 1,68 % PMSS
Conjoint	+ 0,68 % PMSS	+ 1,41 % PMSS

Régime local de la Sécurité sociale (Alsace Moselle)

Salarié et Enfant(s) à Charge	+ 0,63 % PMSS	+ 1,63 % PMSS
Conjoint	+ 0,60 % PMSS	+ 1,38 % PMSS

→ Si le souscripteur a opté pour la « Base + Option 1 » au titre du contrat socle

Structure(s) de cotisation	Option 2
Régime général de la Sécurité sociale	
Salarié et Enfant(s) à Charge	+ 0,97 % PMSS
Conjoint	+ 0,85 % PMSS
Régime local de la Sécurité sociale (Alsace Moselle)	
Salarié et Enfant(s) à Charge	+ 1,06 % PMSS
Conjoint	+ 0,84 % PMSS

(*) Le conjoint est couvert à titre facultatif.

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

À titre indicatif, le montant du PMSS évolue chaque année. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr.

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DE LA PROMOTION IMMOBILIERE
ANNEXE III : CONDITIONS GENERALES