

AVENANT n°4 du 11/04/2025
à l'accord du 6 novembre 2015 relatif à la mise
en place d'un régime frais de santé

Préambule :

Le présent avenant a pour objet :

- La modification du préambule et de l'article 2 dans le cadre de la suppression des mentions relatives au degré élevé de solidarité ;
- L'adaptation des garanties du régime conventionnel frais de santé de la branche sport compte tenu de l'évolution du cadre réglementaire ;
- La modification de l'article 5 suite à la suppression du titre IV ;
- La modification des taux de cotisation ;
- La modification des titres IV et V dans le cadre de la suppression des mentions des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Article 1^{er} : Modification du préambule et de l'article 2

Le préambule de l'accord du 6 novembre 2015 issu de l'avenant n° 2 du 10 septembre 2019 est supprimé et remplacé par le texte suivant :

« Préambule

Dans le cadre de la généralisation de la couverture santé avec la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013, dite de sécurisation de l'emploi, les partenaires sociaux de la branche du sport ont décidé de mettre en place, par accord de branche, un régime frais de santé collectif et obligatoire au niveau national à compter du 1^{er} janvier 2016, avec des prestations supérieures au panier de soins minimum défini par le législateur. Il est entendu que le terme "régime conventionnel" renvoie aux garanties minimales obligatoirement mises en place par les entreprises de la branche pour permettre une protection collective et responsable en matière de frais de santé.

Les partenaires sociaux de la branche du sport ont eu à l'esprit la nécessité pour les salariés et les entreprises de bénéficier d'un régime pérenne, intégrant les dispositions relatives à la portabilité des droits. »

L'article 2 de l'accord du 6 novembre 2015 issu de l'avenant n° 2 du 10 septembre 2019 est supprimé et remplacé par le texte suivant :

« Article 2
Objet

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un régime collectif de frais de santé dans la branche du sport.

Ce régime collectif et obligatoire est constitué d'une couverture de frais de santé à adhésion obligatoire qui a pour but de compléter les prestations de la sécurité sociale en matière de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, dénommée " Régime conventionnel obligatoire ".

Ce régime intègre également le maintien temporaire des couvertures complémentaires santé dans les conditions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Des couvertures de frais de santé surcomplémentaires et facultatives ont également été créées.

Ces couvertures surcomplémentaires pourront être choisies :

- soit par les entreprises, à titre plus favorable, comme étant leur régime collectif à adhésion obligatoire ;
- soit par les salariés, à titre individuel, ainsi que pour leurs éventuels ayants droit.

Toute entreprise entrant dans le champ d'application du présent accord reste libre de mettre en place un régime plus favorable que celui mis en place par la branche au titre du régime conventionnel obligatoire, selon l'une des modalités prévues par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Il est en outre précisé que lorsqu'un régime de frais de santé est déjà mis en place dans une entreprise entrant dans le champ d'application du présent accord, ses stipulations devront être, le cas échéant, adaptées en conséquence, conformément aux dispositions réglementaires. »

Article 2 : Modification de l'annexe I « Régime conventionnel frais de santé »

L'annexe I de l'accord du 6 novembre 2015 issu de l'avenant n° 3 du 29 novembre 2022, détaillant les prestations du régime conventionnel obligatoire, est remplacée par l'annexe du présent avenant. Ces modifications visent à mettre en conformité les garanties des régimes avec les dernières évolutions règlementaires.

Il est rappelé qu'à titre plus favorable, les structures couvertes par le présent accord peuvent faire le choix d'appliquer une couverture collective et obligatoire avec des niveaux de prestations égales ou supérieures, à celles du régime conventionnel obligatoire.

Article 3 : Modification de l'article 5 « Adhésion à un organisme assureur »

L'article 5 de l'accord du 6 novembre 2015 est supprimé et remplacé par le texte suivant :

« Article 5

Avenant n°4 à l'accord du 6 novembre 2015 relatif à la mise en place d'un régime frais de santé

Adhésion à un organisme assureur

Afin de satisfaire à leurs obligations découlant du titre II du présent accord, les entreprises visées à l'article 1er souscrivent à un contrat d'assurance satisfaisant aux dispositions du présent accord et notamment le présent titre.

Le présent accord entraîne l'affiliation des salariés tels que visés aux articles 3.1 et 3.2, sous réserve, le cas échéant, des cas de dispenses d'adhésion au contrat collectif souscrit par leur employeur.

Conformément aux dispositions légales, l'employeur remettra contre décharge à chaque salarié bénéficiaire une notice d'information détaillée, rédigée par l'organisme assureur choisi, décrivant notamment les garanties du régime et leurs modalités d'application.

Les salariés seront informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations. »

Article 4 : Modification de l'article 7.1 « Cotisations du régime conventionnel obligatoire »

Les taux de cotisations prévus à l'article 7.1 de l'accord du 6 novembre 2015 issu de l'avenant n° 2 du 10 septembre 2019 sont modifiés comme suit :

« Au 1^{er} juillet 2025, pour le régime conventionnel obligatoire (annexe I), les taux de cotisations pour les salariés isolés prévus par l'article 7.1 issu de l'accord du 6 novembre 2015 et de l'avenant n° 2 du 10 septembre 2019 sont modifiés comme suit :

(En pourcentage du PMSS.)

Cotisation mensuelle	Salarié (ISOLE)
Régime général	0.96
Régime local (Alsace-Moselle)	0.61

Cette cotisation, donnée à titre informatif, peut être inférieure, sous réserve du respect de l'article 4 (de l'accord du 6 novembre 2015). »

Article 5 : Modification de l'article 5 « Organismes assureurs labellisés »

L'article 5 de l'avenant n° 2 du 10 septembre 2019 à l'accord du 6 novembre 2015 est supprimé

Article 6 : Modification des titres IV et V

Le titre IV est supprimé,

Le titre V « Date d'effet. – Durée. – Révision Dénonciation. – Dépôt » devient le titre IV et est remplacé par le texte suivant :

**« Article 10
Date d'effet. – Durée. – Dépôt**

Le présent accord est conclu à effet du 1er juillet 2025, il est conclu à durée indéterminée.

Il est ainsi convenu que le présent accord sera déposé par la partie la plus diligente, conformément à l'article L. 2231-6 du code du travail.

**Article 11
Révision et dénonciation de l'accord**

Le présent accord pourra faire l'objet d'une révision, dans le respect de l'article L. 2261-7 du code du travail, à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve qu'une demande motivée soit transmise à chacune des parties signataires.

L'accord pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires, moyennant le respect d'un préavis de 6 mois.

Les modalités de dénonciation sont fixées par les articles L. 2261-10 et suivants du code du travail. Toutefois, les nouvelles négociations devront être engagées dans le mois de la signification de la dénonciation. »

Article 7 : Effet et dépôt

Le présent avenant prend effet le 1^{er} juillet 2025.

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des entreprises couvertes par la convention collective nationale du sport (après extension pour les entreprises non adhérentes à l'une des organisations patronales signataires). Il ne nécessite pas d'adaptation spécifique ou la mise en place d'un accord type par la branche pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Ses dispositions s'incorporent à l'accord frais de santé du 6 novembre 2015 et remplacent les dispositions prévues par l'avenant n° 2 du 10 septembre 2019 et l'avenant n° 3 du 29 novembre 2022. Les parties signataires du présent accord s'engagent à réaliser les formalités de dépôt et de publicité, dans les conditions prévues par la loi et à en demander l'extension auprès des services du ministère compétent.

Annexe I : Tableau de garanties

 HOSPITALISATION – MÉDICALE ET CHIRURGICALE	Régime conventionnel	Régimes négociés	
	Base (R1) (Sécurité sociale incluse)	Option 1 (R2) (Base incluse)	Option 2 (R3) (Base incluse)
Chirurgie - Hospitalisation			
Frais de séjour	130% BR	150% BR	180% BR
Honoraires, actes de chirurgie, d'anesthésie OPTAM/OPTAM-ACO	150% BR	190% BR	200% BR
Honoraires, actes de chirurgie, d'anesthésie Hors OPTAM/OPTAM-ACO	120% BR	150% BR	180% BR
Forfait hospitalier et psychiatrique, y compris forfait patient urgence (FPU)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Participation forfaitaire actes lourds	100% du forfait	100% du forfait	100% forfait
Chambre particulière limitée à 30 jours (hors ambulatoire)	-	30€/j	40€/j
Lit accompagnant (pour enfant jusqu'à 12 ans)	-	30€/j	40€/j
Transport pris en charge par la S.S ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	100% BR
 FRAIS MÉDICAUX			
Visites, Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-ACO	120% BR	130% BR	130% BR
Visites, Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-ACO	100% BR	100% BR	100% BR
Visites, Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-ACO	150% BR	175% BR	200% BR
Visites, Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-ACO	120% BR	130% BR	180% BR
Consultations de psychologues remboursées par la S.S. (12 séances par année civile et par bénéficiaire) ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie OPTAM	150% BR	175% BR	200% BR
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie non OPTAM	120% BR	130% BR	180% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Actes de chirurgie et techniques médicaux OPTAM	150% BR	175% BR	200% BR
Actes de chirurgie et techniques médicaux non OPTAM	120% BR	130% BR	180% BR
 PHARMACIE (SMR majeur/important, modéré, faible)	100% BR	100% BR	100% BR
 OPTIQUE			
Equipement 100% santé			
Equipement de classe A (monture+verres) y compris prestations d'appairage pour des verres de classe A d'indices de refraction différents et/ou suppléments pour verres avec filtres	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV		
Equipement libres Réseau partenaire (dont maximum 100€ pour la monture) :			
Equipement avec 2 verres simples	150 €	160 €	210 €
Equipement avec 2 verres complexes	285 €	330 €	420 €
Equipement avec 1 verre simplet et 1 verre complexe	230 €	240 €	320 €
Equipement libre Hors réseau (dont maximum 100€ pour la monture) :			
Equipement avec 2 verres simples	120 €	120 €	140 €
Equipement avec 2 verres complexes	220 €	220 €	250 €
Equipement avec 1 verre simplet et 1 verre complexe	170 €	170 €	180 €
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A et B	100% BR dans la limite des PLV		
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles prises en charge ou non par la SS ou jetable	BR + 70 €/ an	BR + 150 €/ an	BR + 200 €/ an
 DENTAIRE			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Soins et prothèses dentaires 100% Santé			
Prothèses dentaires prises en charge par la S.S	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la S.S dans la limite des HLF		
Panier maîtrisé			
Inlay-Onlay	160% BR dans la limite des HLF	200% BR dans la limite des HLF	200% BR dans la limite des HLF
Soins et Prothèses dentaires prises en charge par la S.S	175% BR	200% BR	270% BR
Panier libre			
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale	175% BR	200% BR	270% BR

 DENTAIRE			
Autres actes dentaires			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale	160% BR	200% BR	270% BR
 AIDE AUDITIVE			
Equipement 100% Santé (équipement de classe I)			
Acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans			
Aides auditives remboursées par la S.S.			
RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la S.S dans la limite des HLF			
Equipement libre (équipement de classe II)			
Acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans dans les limites du plafond de remboursement prévu par le contrat responsable			
Aides auditives prise en charge par la Sécurité Sociale	130% BR	160% BR	220% BR
Piles remboursées par la Sécurité Sociale	100% BR	100% BR	100% BR
 PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES⁽¹⁾			
Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)			
oui			
Ostéopathie	25€/an limité à 1 séance par an et par bénéficiaire	25€/an limité à 2 séances par an et par bénéficiaire	25€/an limité à 3 séances par an et par bénéficiaire
Ergothérapeutes et psychomotriciens (pour les enfants tels que définis dans les conditions générales)	50 € / séance limité à 3 séances / an	50 € / séance limité à 3 séances / an	50 € / séance limité à 3 séances / an
Orthopédie et autres prothèses prise en charge par la Sécurité Sociale	130% BR	160% BR	220% BR

⁽¹⁾ ambulance ou taxi conventionné, hors SMUR.

⁽²⁾ Consultations effectuées auprès d'un psychologue conventionné et référencé dans l'annuaire mis en ligne sur le site Mon soutien psy (<https://monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue>).

⁽³⁾ Professionnels de santé réglementés : praticien justifiant d'un numéro ADELI. Professionnels de santé non réglementés : praticien inscrit à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif) de son aptitude professionnelle.

Les équipements 100% Santé et les prestations supplémentaires y afférentes sont ceux définis réglementairement.

Les équipements libre ou relevant du panier maîtrisé sont tels que définis réglementairement.

Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Pour les prestations exprimées en forfait, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. (sauf prestations exprimées en euros).

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 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 (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) 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 à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) 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 au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique 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 de renouvellement minimal 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 de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - **FR** : Frais Réels - **OPTAM** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - **OPTAM-ACO** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, pour les médecins exerçant en Anesthésie, Chirurgie et Obstétrique - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - **S.S.** : Sécurité sociale - **TM** : Ticket Modérateur.

Fait à Paris, le 11/04/2025.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

CFDT : 	CGT : 	FNASS : 
--	--	---

AESL : 	COSMOS : 
--	--