

Brochure n° 3169

Convention collective nationale

**IDCC : 1726. – CABINETS D'ÉCONOMISTES
DE LA CONSTRUCTION
ET DE MÉTREURS-VÉRIFICATEURS
(Collaborateurs salariés)**

AVENANT N° 16 DU 9 SEPTEMBRE 2015

INSTITUANT LE RÉGIME NATIONAL DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NOR : ASET1550914M

IDCC : 1726

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux des cabinets d'économistes de la construction et de métreurs-vérificateurs ont marqué leur attachement à faire progresser la prise en charge des frais liés à la santé.

En application de l'article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, ils ont décidé de mettre en place une couverture collective spécifique aux salariés de la branche, en matière de remboursements complémentaires de frais de santé.

Soucieux d'offrir aux salariés de la branche une couverture complémentaire leur permettant une prise en charge de qualité, les partenaires sociaux de la branche ont défini un « panier de garanties » amélioré par rapport au panier de soins défini par les articles L. 911-7 et D. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Article 1^{er}

Objet

Le régime national de complémentaire santé des entreprises de la branche, créé par le présent accord, garantit aux salariés, définis à l'article 3 ci-après, des prestations de base déterminées à l'article 5 ci-après.

L'employeur affine ses salariés à un contrat souscrit auprès d'un ou de plusieurs opérateurs définis à l'article 8. Faute d'avoir souscrit un tel contrat garantissant chacune des prestations définies à l'article 5, l'employeur sera tenu de verser directement les prestations non assurées aux salariés bénéficiaires.

Article 2

Champ d'application

Le présent accord de branche est applicable à l'ensemble des salariés non cadres et cadres des entreprises de la branche.

Article 3

Bénéficiaires

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 4, tous les salariés des entreprises comprises dans le champ d'application défini à l'article 2 sont obligatoirement couverts, et ce de façon identique, par le régime mis en place par le présent accord.

Article 4

Dispenses d'affiliation

Conformément aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, les salariés qui peuvent demander une dispense d'affiliation au titre du présent accord sont les suivants :

- des salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois ;
- des salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel.

L'employeur peut prévoir d'autres cas de dispense parmi ceux définis à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, sous réserve qu'il les ait préalablement inscrits dans son acte fondateur de mise en place du régime mentionné à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Les salariés qui relèvent de l'un des cas de dispense prévus par le présent accord et ne souhaitant pas adhérer au régime devront formuler expressément et par écrit leur volonté auprès de leur employeur, en précisant leur cas de dispense et en apportant les pièces justificatives nécessaires.

Tout salarié peut, à tout moment, revenir sur sa décision de dispense d'affiliation et solliciter par écrit son employeur pour bénéficier de la couverture. Le salarié bénéficie alors de la couverture à effet du premier jour du mois qui suit sa demande.

Article 5

Garanties

Les garanties visées par le présent accord sont celles définies en annexe I dudit accord.

Les garanties définies dans le présent accord sont établies sur la base de la législation et de la réglementation relatives à l'assurance maladie et relatives à l'assiette des cotisations sociales en vigueur au moment de sa signature. En cas d'évolution de cette législation ou réglementation, les parties signataires conviennent de se réunir afin de réexaminer l'étendue des garanties précédemment définies.

Le cumul des prestations servies à un salarié au titre de la sécurité sociale et du régime complémentaire défini au présent accord ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés.

Le régime respecte l'article L. 911-7-II du code de la sécurité sociale pris en application de l'article 1^{er} de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 ainsi que la définition des contrats dits « solidaires et responsables » conformément à la législation et à la réglementation en vigueur à la date de signature du présent accord.

Pour l'application des présentes garanties au profit de salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle, les organismes assureurs tiennent compte des dispositions spécifiques prévues par le code de la sécurité sociale pour cette zone géographique.

Article 6

Financement du régime

L'employeur doit mettre en place, *a minima*, une couverture de base conventionnelle obligatoire pour le salarié isolé (seul, hors ayants droit et conjoint).

Le financement de cette couverture de frais de santé de base est réparti à parts égales entre l'employeur et le salarié :

- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié.

Article 7

Période de suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien de salaire (total ou partiel) ou perception d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'entreprise, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant assuré aux mêmes conditions que celles qui s'appliquent aux salariés du collège cadres ou non cadres correspondant dans l'entreprise.

Il en est de même en cas de congé lié à une maternité, à une paternité ou à une adoption.

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire, les garanties sont interrompues. L'interruption des garanties s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord. Pendant cette période, aucune cotisation n'est due au titre de l'intéressé.

Article 8

Maintien des garanties

Le maintien des garanties applicable est celui fixé à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Article 9

Gestion du régime

Les entreprises ont la liberté de retenir le ou les organismes assureurs de leur choix parmi les organismes mentionnés à l'article 1^{er} de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, à savoir :

- institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ;
- mutuelles relevant du code de la mutualité ;
- entreprises régies par le code des assurances.

Article 10

Date d'entrée en application

Le régime mis en place par le présent accord est d'application obligatoire à partir du 1^{er} janvier 2016 pour toutes les entreprises.

Article 11

Dénonciation. – Révision

Le présent accord de branche pourra être dénoncé par l'une des organisations signataires après un préavis minimum de 3 mois. Cette dénonciation devra être notifiée à toutes les autres organisations signataires par lettre recommandée avec avis de réception ainsi qu'à la direction générale du travail.

Le présent accord restera alors en vigueur pendant une durée de 1 an à partir de l'expiration du délai de préavis ci-dessus, à moins qu'un nouveau texte ne l'ait remplacé avant cette date.

À l'échéance de ce délai, la couverture mentionnée au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale s'applique.

Toute modification, révision totale ou partielle ou adaptation des dispositions du présent accord ne peut être effectuée que par les organisations syndicales d'employeurs et de salariés représentatives

suivant les critères de la représentativité de la branche. Les demandes de révision doivent être effectuées dans les formes prévues pour la dénonciation, à l'exception de l'information de la direction générale du travail, et sont accompagnées d'un projet concernant les points dont la révision est demandée.

Une négociation sera engagée dans les meilleurs délais.

Article 12

Adhésion

Toute organisation syndicale non signataire du présent accord pourra y adhérer conformément à l'article L. 2261-3 du code du travail.

Article 13

Dépôt et extension

Le texte du présent accord sera déposé à la direction générale du travail et au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris, conformément aux dispositions des articles D. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail.

Les parties signataires demanderont l'extension du présent accord dans les conditions prévues aux articles L. 2261-19 et suivants du code du travail.

Fait à Paris, le 9 septembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

UNTEC.

Syndicats de salariés :

CFE-CGC BTP ;

FG FO construction ;

UNSA FESSAD.

ANNEXE I

	PART sécurité sociale régime général	PANIER DE GARANTIES		PART sécurité sociale Alsace-Moselle	PANIER DE GARANTIES	
		Remboursement total	Part de la complémentaire (régime général)		Remboursement total	Part de la complémentaire (régime Alsace-Moselle)
Soins de ville						
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70 %	100 %	30 %	90 %	100 %	10 %
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60 %	100 %	40 %	90 %	100 %	10 %
Transports	65 %	100 %	35 %	100 %	100 %	0 %
Soins externes	60 à 70 %	100 %	40 à 30 %	90 %	100 %	10 %
Radiologie	70 %	100 %	30 %	90 %	100 %	10 %
Actes techniques médicaux	70 %	100 %	30 %	90 %	100 %	10 %
Pharmacie à 65 % (ex. : vignettes blanches)	65 %	100 %	35 %	90 %	100 %	10 %
Pharmacie à 30 % (ex. : vignettes bleues)	30 %	100 %	70 %	80 %	100 %	20 %
Pharmacie à 15 % (ex. : vignettes orange)	15 %	100 %	85 %	15 %	100 %	85 %
Hospitalisation						
Frais de séjour	80 %	100 %	20 %	90 ou 100 %	100 %	0 ou 10 %
Honoraires et actes associés	80 %	100 %	20 %	90 ou 100 %	100 %	0 ou 10 %
Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)	-	100 %	100 %	-	N/A	N/A
Lit accompagnant pour les enfants < 12 ans	-	23 € par jour	23 € par jour	-	23 € par jour	23 € par jour
Forfait de 18 € pour actes médicaux > 120 €	-	100 %	100 %	-	100 %	100 %

	PART sécurité sociale régime général	PANIER DE GARANTIES		PART sécurité sociale Alsace-Moselle	PANIER DE GARANTIES	
		Remboursement total	Part de la complémentaire (régime général)		Remboursement total	Part de la complémentaire (régime Alsace-Moselle)
Optique						
Verres et montures : adulte	60 %	100 % + 125 €	40 % + 125 €	90 %	100 % + 125 €	100 % + 125 €
- forfait de base par période de 2 ans (période réduite à 1 an si évolution de la vue)	60 %	100 % + 125 €	40 % + 125 €	90 %	100 % + 125 €	100 % + 125 €
Equipement en verres simples	60 %	100 % + 125 €	40 % + 125 €	90 %	100 % + 125 €	10 % + 125 €
Equipement en verres progressifs	60 %	100 % + 200 €	40 % + 200 €	90 %	100 % + 200 €	10 % + 200 €
Supplément forte correction :	60 %	+ 50 € par verre	+ 50 € par verre	90 %	+ 50 € par verre	+ 50 € par verre
- si verre simple à BRSS > 4 €	60 %	+ 50 € par verre	+ 50 € par verre	90 %	+ 50 € par verre	+ 50 € par verre
- si verre progressif à BRSS > 10,50 €	60 %	250 %	190 %	90 %	250 %	160 %
Lentilles remboursées par la sécurité sociale	-	-	-	-	-	-
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale	-	-	-	-	-	-
Dentaire et autres prothèses						
Soins dentaires	70 %	100 %	30 %	90 %	100 %	10 %
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	70 %	250 %	180 %	90 %	250 %	160 %
Orthodontie	70 % ou 100 %	200 %	130 % ou 100 %	90 % ou 100 %	200 %	110 % ou 100 %
Implants	-	-	-	-	-	-
Prothèses auditives	60 %	250 %	190 %	90 %	250 %	160 %
Appareillages orthopédiques et autres prothèses	60 %	250 %	190 %	90 %	250 %	160 %
Bien-être						
Ostéopathie	-	-	-	-	-	-

	PART sécurité sociale régime général	PANIER DE GARANTIES		PART sécurité sociale Alsace-Moselle	PANIER DE GARANTIES	
		Remboursement total	Part de la complémentaire (régime général)		Remboursement total	Part de la complémentaire (régime Alsace-Moselle)
Cures thermales						
Forfait de surveillance thermale	70 %	100 % + 100 €	30 % à 35 % + 100 €	90 %	100 % + 100 €	10 % + 100 €
Forfait thermal + frais de transport et d'hébergement	65 %	100 % + 100 €	30 % à 35 % + 100 €	90 %	100 % + 100 €	10 % + 100 €

Toutes les valeurs exprimées en pourcentage correspondent au taux de prise en charge de la base de remboursement de la sécurité sociale.