

Brochure n° 3248

Convention collective nationale
IDCC : 1512. – PROMOTION IMMOBILIÈRE

AVENANT N° 2 DU 4 OCTOBRE 2016
À L'ACCORD DU 19 OCTOBRE 2011 RELATIF AUX RÉGIMES DE PRÉVOYANCE
ET DE FRAIS DE SANTÉ
NOR : ASET1651109M
IDCC : 1512

Entre

FPI

D'une part, et

CSFV CFTC

FS CFDT

FEC FO

SNUHAB CFE-CGC

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour objet d'adapter le régime conventionnel de prévoyance et de frais de santé au regard notamment des évolutions législatives et réglementaires intervenues depuis la conclusion de l'accord du 19 octobre 2011.

Article 1^{er}

Les dispositions de l'article 3.5.1 de l'accord du 19 octobre 2011 sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 3.5.1

*Portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail
ouvrant droit à l'assurance chômage*

En cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, le salarié bénéficie du maintien à titre gratuit de la couverture prévoyance et frais de santé dans les conditions prévues par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale. »

Article 2

Il est inséré après l'article 4.4 de l'accord du 19 octobre 2011 un article 4.5 « Taux d'appel » ainsi rédigé :

« Les cotisations prévoyance et frais de santé sont appelées à 80 % de leur montant. Toutefois, le taux d'appel ne s'applique pas à la cotisation prévoyance appelée sur la tranche A des rémunérations compte tenu des dispositions de l'article 7 de la convention collective nationale des cadres du 14 mars 1947.

Les cotisations sont en conséquence appelées aux taux suivants :

Taux de cotisation du régime de prévoyance :

(En pourcentage.)

	TRANCHE A	TRANCHE B	TRANCHE C
Décès/IAD (y compris double effet)	0,42	0,42	0,43
Décès/IAD accidentel	0,15	0,15	0,16
Frais d'obsèques	0,02	0,02	
Rente éducation	0,17	0,17	0,17
Incapacité temporaire de travail	0,39	0,57	0,68
Invalidité	0,35	0,48	0,56
Total	1,50	1,81	2,00

Taux de cotisation du régime frais de santé :

Régime collectif : personnel salarié

	France hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle
Tarif unique famille (cotisation obligatoire)	2,6 % PMSS	1,71 % PMSS
Conjoint non à charge sécurité sociale (cotisation facultative)	1,45 % PMSS	0,96 % PMSS

Régime individuel : bénéficiaires loi Evin

	Ayants droit d'un salarié décédé, chômeur et invalides	
	France hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle
Isolé	1,75 % PMSS	1,17 % PMSS
Famille	3,82 % PMSS	2,43 % PMSS
Conjoint non à charge sécurité sociale	1,81 % PMSS	1,20 % PMSS
	Retraités et préretraités	
	France hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle
Isolé	2,10 % PMSS	1,40 % PMSS
Famille	4,58 % PMSS	2,92 % PMSS
Conjoint non à charge sécurité sociale	2,17 % PMSS	1,44 % PMSS

Article 3

Les dispositions de l'article 6.4 « Garanties frais de santé » de l'accord du 19 octobre 2011 sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les prestations sont versées par l'organisme assureur dans les conditions du contrat qui le liera à l'entreprise.

Régime frais de santé

Tableau des garanties

GARANTIES « contrat responsable »	PRESTATIONS Le montant des remboursements, acte par acte, est fixé ci-dessous dans la limite des frais réels, en complément du régime de base de la sécurité sociale	
Hospitalisation ⁽¹⁾		
	Secteur conventionné	Secteur non conventionné
Chirurgie, hospitalisation	100 % FR limité à 150 % BR	80 % FR limité à 150 % BR
Frais de séjour, salle d'opération, pharmacie et autres frais médicaux	100 % FR limité à 150 % BR	80 % FR limité à 150 % BR
Actes de chirurgie (ADC), acte d'anesthésie et autres honoraires ⁽²⁾	Médecins ayant signé le CAS : 100 % FR limité à 150 % BR Médecins n'ayant pas signé le CAS : 100 % FR limité à 100 % BR + TM	80 % FR limité à 100 % BR + TM
Forfait journalier hospitalier	Pris en charge intégralement	
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire	
Chambre particulière de nuit y compris maternité	2 % PMSS par jour	
Chambre particulière de jour y compris maternité	2 % PMSS par jour	
Lit d'accompagnant pour enfant de moins de 12 ans	1 % PMSS par jour	
Transport accepté par la sécurité sociale	100 % TM	–
Actes médicaux		
Généralistes (consultations-visites) ⁽²⁾	Médecins ayant signé le CAS : 110 % BR Médecins n'ayant pas signé le CAS : 90 % BR	
Spécialistes (consultations-visites) ⁽²⁾	Médecins ayant signé le CAS : 150 % BR Médecins n'ayant pas signé le CAS : 100 % BR + TM	
Frais pharmaceutiques	100 % BR – MR	
Analyses	100 % BR	
Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'écho-graphie (ADE), Doppler... ⁽²⁾	Médecins ayant signé le CAS : 100 % BR Médecins n'ayant pas signé le CAS : 80 % BR	
Actes techniques médicaux ⁽²⁾	Médecins ayant signé le CAS : 100 % BR Médecins n'ayant pas signé le CAS : 80 % BR	
Orthopédie	100 % BR	
Acoustique	100 % BR	
Autres prothèses non dentaires	100 % BR	

GARANTIES « contrat responsable »	PRESTATIONS Le montant des remboursements, acte par acte, est fixé ci-dessous dans la limite des frais réels, en complément du régime de base de la sécurité sociale
Cure thermique acceptée par la sécurité sociale	
Cure thermique prise en charge par la sécurité sociale	10 % PMSS
Frais dentaires	
Soins dentaires	100 % BR
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale ⁽³⁾	200 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale ⁽³⁾	250 % BR
Inlays, onlays ⁽³⁾	100 % BR
Inlays core remboursés par la sécurité sociale ⁽³⁾	150 % BR
Frais d'optique	
Verres ⁽⁴⁾	Remboursement selon la grille ci-jointe
Monture ⁽⁴⁾	150 € tous les deux ans ⁽⁴⁾
Lentilles remboursées par la sécurité sociale (la paire)	6 % PMSS par an et par personne
Lentilles correctrices prescrites non remboursées par la sécurité sociale - y compris jetables (la paire)	7 % PMSS par an et par personne
Chirurgie de l'œil	15 % PMSS par œil par an et par bénéficiaire
Maternité, adoption	
Naissance, ou adoption (enfant de moins de 10 ans)	20 % PMSS
Actes de prévention	
Tout acte de prévention pris en charge par la sécurité sociale ⁽⁵⁾	TM
Détartrage complet sus- et sous-gingival des dents	100 % BR
Dépistage de l'hépatite B	100 % BR
Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien, pour un enfant de moins de 12 ans	30 € maximum
Vaccins prescrits sur ordonnance par un médecin	Dans la limite de 5 % PMSS par an et par personne
Sevrage tabagique prescrit par un médecin	100 € par an et par bénéficiaire
Examen de dépistage de l'ostéoporose entre 45 et 59 ans	50 € maximum par bénéficiaire

GARANTIES « contrat responsable »	PRESTATIONS Le montant des remboursements, acte par acte, est fixé ci-dessous dans la limite des frais réels, en complément du régime de base de la sécurité sociale
Actes hors nomenclature	
Implants (limité à 3 implants par an et par bénéficiaire)	20 % PMSS par implant
Médecine douce : ostéopathie, acupuncture, chiropractie ⁽⁶⁾	30 € par séance maximum par 4 par an et par bénéficiaire
Parodontologie	5 % PMSS par an et par personne
<p>(1) Limitations à 30 jours par année civile, s'agissant d'un séjour d'un enfant en maison à caractère sanitaire ou en maison de cure thermique ; maison de santé pour maladies nerveuses et mentales : l'indemnisation est limitée à 30 jours par séjour ; ces limitations s'entendent hors « forfait journalier » et pour les postes concernés par ces limitations la prise en charge à hauteur du TM reste assurée au-delà des 30 jours.</p> <p>(2) CAS : les professionnels de santé signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) sont référencés sur le site ameli-direct.fr.</p> <p>(3) Pour les contrats complémentaires santé collectifs obligatoires, les garanties couvrent a minima le TM sur les actes concernés, avec en complément une prise en charge minimale de 25 % des dépassements sur les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale. Cette règle s'applique également en cas de dépassement du plafond annuel pour les garanties qui y sont soumises.</p> <p>(4) Optique : participation à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle. La périodicité de deux ans s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part, la monture et, d'autre part, les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1^{er} élément de l'équipement (monture ou verres).</p> <p>Les types de verres sont segmentés en verres simples, complexes et très complexes selon le niveau de sphère et cylindre.</p> <p>(5) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la sécurité sociale.</p> <p>(6) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession ; les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France et être membres de l'association française de chiropractie (AFC) ; les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au conseil de l'ordre des médecins.</p>	

Grille optique

UNIFOCAUX/ multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	REMBOURSEMENT (en € par verre)
Remboursement maximum de l'institution par verre pour les adultes (plus de 18 ans) ⁽⁴⁾			
Unifocaux	Sphérique	De - 6 à + 6	145 €
		De - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	161 €
		< à - 10 ou > à + 10	226 €
	Cylindre < à 4	De - 6 à + 6	160 €
		< à - 6 et > à + 6	242 €
	Cylindre > à 4	De - 6 à + 6 < à - 6 et > à + 6	161 € 242 €
Multifocaux	Sphérique	De - 4 à + 4	194 €
		< à - 4 ou > à + 4	226 €
	Tout cylindre	De - 8 à + 8 < à - 8 ou > à + 8	242 € 242 €

UNIFOCAUX/ multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	REMBOURSEMENT (en € par verre)	TYPE DE VERRE
Remboursement maximum de l'institution par verre pour les adultes (jusqu'à 17 ans)				
Unifocaux	Sphérique	De - 6 à + 6	97 €	Verre simple
		De - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	129 €	Verre complexe
		< à - 10 ou > à + 10	194 €	Verre complexe
	Cylindre < à 4	De - 6 à + 6	113€	Verre simple
		< à - 6 et > à + 6	161 €	Verre complexe
	Cylindre > à 4	De - 6 à + 6	113 €	Verre complexe
		< à - 6 et > à + 6	161 €	Verre complexe
Multifocaux	Sphérique	De - 4 à + 4	161 €	Verre complexe
		< à - 4 ou > à + 4	194 €	Verre très complexe
	Tout cylindre	De - 8 à + 8	161 €	Verre complexe
		< à - 8 ou > à + 8	194 €	Verre très complexe

FRAIS COUVERTS	GLOSSAIRE
<p>Les remboursements indiqués s'entendent en complément de la sécurité sociale dans la limite des frais engagés.</p> <p>Les prestations sont exprimées en complément du remboursement effectué par le régime de base de la sécurité sociale, étant précisé qu'elles sont ajustées pour le régime local Alsace-Moselle, de sorte que tout assuré bénéficie globalement d'un niveau de couverture strictement identique.</p> <p>Les pénalités financières appliquées par la sécurité sociale hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, conformément à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, ne donnent pas lieu à remboursement complémentaire. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la sécurité sociale, est assurée a minima au TM.</p> <p>La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la sécurité sociale.</p>	<p>FR : frais réels déduction faite du remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (à titre indicatif au 1^{er} janvier 2016 : 3 218 €).</p> <p>BR : base de remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>TM : différence entre la base de remboursement de la sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières, de la contribution forfaitaire et des franchises médicales.</p> <p>MR : montant remboursé par la sécurité sociale.</p>

Article 4

Sous réserve de l'exercice du droit d'opposition dans les conditions définies par la loi, le présent avenant entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Les entreprises ayant à la date de signature de l'avenant une couverture obligatoire « frais de santé » plus favorable que celle du régime de branche doivent mettre leur dispositif en conformité avec les dispositions du présent avenant au plus tard à effet du 1^{er} janvier 2018. Pour déterminer si la couverture « frais de santé » mise en place dans l'entreprise est plus favorable que celle définie par l'accord de branche, la comparaison s'effectue acte par acte, hors acte de prévention.

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent avenant dans les meilleurs délais.

Fait à Paris, le 4 octobre 2016.

(Suivent les signatures.)