

CONVENTIONS COLLECTIVES

Brochure n° 3193

Convention collective nationale

**BÂTIMENT**

IDCC : 1596. – **Ouvriers**  
**(Entreprises occupant jusqu'à 10 salariés)**

---

Brochure n° 3258

Convention collective nationale

**BÂTIMENT**

IDCC : 1597. – **Ouvriers**  
**(Entreprises occupant plus de 10 salariés)**

---

AVENANT N° 3 DU 7 MARS 2017  
À L'ACCORD DU 28 JUIN 2012 RÉVISÉ LE 5 MARS 2013  
RELATIF AU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE DE FRAIS DE SANTÉ  
NOR : ASET1750434M  
IDCC : 1596, 1597

---

Entre

CCCA-BTP

D'une part, et

FNCB CFDT

BATIMAT-TP CFTC, personnels des CFA du BTP

CGT CFA

CGT-FO CFA

CFE-CGC BTP CFA

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le présent avenant porte révision de l'accord du 28 juin 2012 révisé le 5 mars 2013 et de ses avenants des 9 novembre 2015 et 6 janvier 2017. Il annule et remplace l'ensemble des dispositions qu'ils contiennent.

Il fait suite aux évolutions réglementaires et conventionnelles afin de le mettre en conformité avec les dispositions :

- de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi ;
- du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et de la circulaire DSS du 30 janvier 2015 relatifs aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales ;
- du décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif au niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé (« panier minimum ANI ») ;
- du décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014, article 1<sup>er</sup>, 5°, relatif aux dispenses d'affiliation en protection sociale complémentaire ;
- de l'avenant n° 32 du 14 mai 2014 modifiant le régime national de prévoyance des ETAM des branches bâtiment et travaux publics ;
- de la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013 invalidant les clauses de désignation.

Il intègre l'analyse des comptes de résultat du régime mis en œuvre sur la base de l'accord du 28 juin 2012 et de ses avenants ultérieurs.

Les parties signataires considèrent que le régime de remboursement des frais de santé constitue un dossier majeur de la politique sociale au sein de la branche.

C'est pourquoi elles réaffirment leur volonté d'unifier et d'améliorer les régimes complémentaires de remboursement des frais de santé précédemment en vigueur dans les associations régionales en instaurant un régime conventionnel mutualisé de remboursement des frais de santé au niveau de la branche.

La négociation a été menée avec la volonté d'instaurer un régime obligatoire, collectif et responsable, qui a pour vocation de présenter des résultats équilibrés, avec des modalités permettant aux partenaires sociaux d'en assurer un pilotage rigoureux. En effet, la maîtrise sur le long terme du coût de la couverture, ainsi que la responsabilisation des bénéficiaires, dans une optique de mutualisation et de solidarité, constituent une condition essentielle du dispositif.

La mise en place de ce régime mutualisé de remboursement des frais de santé répond principalement aux objectifs suivants :

- harmoniser le statut des salariés afin de renforcer l'équité pour le remboursement des frais de santé dans l'ensemble du réseau ;
- mutualiser les risques, ce qui, d'une part, permet de pallier les difficultés rencontrées par certaines associations régionales, généralement de petite taille, lors de la mise en place d'une protection sociale complémentaire et, d'autre part, garantit l'accès aux garanties collectives, sans considération notamment d'âge, d'état de santé ou de catégorie socioprofessionnelle ;
- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité des métiers de la branche ;
- assurer la maîtrise financière du régime au niveau national.

Ainsi, le présent avenant a pour objet de mettre en place un régime conventionnel complémentaire relatif au remboursement des frais de santé au niveau de la branche.

## TITRE I<sup>ER</sup>

### CHAMP D'APPLICATION

#### Article 1.1

##### *Champ d'application professionnel et territorial*

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des associations régionales professionnelles et paritaires gestionnaires de CFA, créées en application de l'accord national des branches du bâtiment et des travaux publics du 6 septembre 2006 relatif à l'apprentissage et au CCCA-BTP, étendu par arrêté du 3 août 2007.

## **Article 1.2**

### *Mise en œuvre de l'avenant*

Le régime défini par le présent avenant sera mis en œuvre dans chacune des associations régionales chargées de la gestion des CFA du bâtiment, après information et consultation préalable de leur comité d'entreprise ou comité central d'entreprise respectif, lorsqu'il existe.

## **TITRE II**

### **RÉGIME DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ**

## **Article 2.1**

### *Adhésion obligatoire des salariés et de leurs ayants droit*

L'adhésion des salariés de l'ensemble des associations régionales relevant du champ d'application du présent avenant au régime complémentaire de remboursement des frais de santé est, sauf cas de dispense, obligatoire, ainsi que celle de leurs ayants droit.

L'adhésion s'impose dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Les salariés devront donc obligatoirement acquitter la cotisation correspondant à leur situation de famille réelle.

## **Article 2.2**

### *Salariés bénéficiaires*

Les dispositions du présent avenant s'appliquent à l'ensemble des salariés des associations régionales définies à l'article 1.1 du présent avenant, sans condition d'ancienneté et quelle que soit la nature de leur contrat de travail.

Elles s'appliquent également aux anciens salariés des associations régionales définies à l'article 1.1 du présent avenant, qui ont fait le choix de bénéficier de la portabilité des droits à la prévoyance.

Si les membres d'un couple sont tous les deux salariés de la même association régionale, ils choisissent lequel est affilié en qualité d'adhérent et en qualité d'ayant droit.

### **Cas de dispense pour les salariés**

Par exception à l'obligation de couverture, les salariés suivants pourront, à leur demande expresse et écrite, être dispensés de la couverture :

- les salariés qui bénéficient déjà par ailleurs, y compris en tant d'ayants droit, d'une couverture collective citée ci-après, relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire, et qui en justifient annuellement :
- dispositif de prévoyance complémentaire obligatoire, défini par l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ;
- régime local d'assurance maladie dit « Alsace-Moselle » ;
- régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
- contrat d'assurance de groupe pour les travailleurs non salariés dit « Madelin » ;
- régime complémentaire collectif proposé aux fonctionnaires d'État ou des collectivités territoriales ;
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF) ;

- les salariés et apprentis titulaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois ;
- les salariés et apprentis titulaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, dès lors qu'ils produisent annuellement tout document justifiant d'une couverture souscrite par ailleurs au titre du « Remboursement des frais de santé » ;
- les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), ainsi que ceux bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), tant qu'ils en bénéficient et sous réserve de produire la décision administrative d'attribution de ladite aide ainsi que, le cas échéant, tous documents attestant de la souscription d'un contrat individuel et de sa date d'échéance ;
- les salariés à temps partiel et les apprentis, sous réserve que la cotisation salariale représente au moins 10 % de leur rémunération brute.

#### Cessation de la garantie accordée au salarié

Elle intervient à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'association régionale, sous réserve des exceptions suivantes :

#### Maintien des garanties lorsque le salarié quitte son emploi

Lorsque le salarié quitte son emploi dans une entreprise adhérente, le droit au maintien des garanties est accordé sans contrepartie de cotisations pour une période de 30 jours de date à date.

#### Maintien des garanties en cas de licenciement, ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

En cas de licenciement ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par l'assurance chômage, le droit au maintien des garanties est accordé à tout participant, sans contrepartie de cotisation lorsque cette rupture a été suivie de manière continue par une indemnisation au titre de l'assurance chômage (y compris l'allocation de solidarité spécifique).

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez l'ancien employeur.

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise.

Pour bénéficier du maintien gratuit de la complémentaire santé, l'ancien salarié doit faire parvenir à l'organisme assureur son avis d'admission et régulièrement ses attestations d'indemnisation de Pôle emploi.

Le bénéfice du régime s'effectuant durant toute la période de maintien selon les conditions en vigueur au sein de l'entreprise, toutes les évolutions du régime postérieures au départ de l'ancien salarié de l'association régionale (telles que modifications des prestations, changement d'organisme assureur...) seront applicables à l'ancien salarié au même titre que les salariés actifs.

## Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension de contrat de travail avec maintien de salaire (total ou partiel) ou perception d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'association régionale, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension. Le financement de ces garanties est assuré, pendant toute la période de la suspension, dans les mêmes conditions que celles applicables aux autres participants de l'association régionale.

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire, les garanties sont maintenues sans contrepartie de cotisation, pendant les 30 premiers jours de la suspension (dans la limite de 90 jours par exercice civil, toutes périodes de suspension confondues). Au-delà, le salarié pourra néanmoins continuer à adhérer à titre individuel auprès de l'organisme assureur (choix facultatif) en assurant dans ce cas le paiement de la totalité de la cotisation due, sans participation de l'employeur.

## Maintien des garanties au profit des ayants droit en cas de décès du salarié

En cas de décès du participant, le maintien des garanties est accordé pour une durée de 6 mois de date à date, sans contrepartie de cotisation, aux anciens ayants droit du salarié.

## Maintien des droits en cas d'incapacité ou d'invalidité

Le maintien des garanties est également dû, sans limitation de durée et sans contrepartie de cotisation, lorsque le participant réunit les conditions cumulatives suivantes :

- il a fait l'objet d'une mesure de licenciement ouvrant droit à l'assurance chômage alors qu'il était en arrêt de travail, ou a été reconnu invalide par la sécurité sociale contrat de travail non rompu (à l'exception des cas de classification en invalidité de 1<sup>re</sup> catégorie), et n'exerce depuis cette date aucune activité rémunérée ;
- et il bénéficie de prestations d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité servies par PRO BTP.

Le droit au maintien dure tant que ces deux conditions sont réunies, et que l'adhésion de l'association régionale au présent contrat perdure.

## Article 2.3

### *Ayants droit des salariés bénéficiaires*

Sont définis comme ayants droit du salarié :

- le conjoint du salarié ;
- les enfants à charge du salarié.

### Notion de conjoint

Est défini comme conjoint :

- la personne ayant un lien matrimonial en cours avec le participant ;
- à défaut, la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité (Pacs), si elle ne bénéficie pas d'avantages de même nature de la part d'un régime de prévoyance ou de santé au titre d'une autre personne que le participant ;
- à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont remplies :
  - le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun ;
  - il n'existe aucun lien matrimonial ou de Pacs de part et d'autre ;
  - le participant et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus auprès de l'administration fiscale à la même adresse au cours de l'exercice précédent, ou bien ils ont un ou plusieurs enfants en commun [enfant (s) né (s) de leur union ou adopté (s), ou enfant (s) à naître de leur union] ;
  - le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que le participant.

## Notion d'enfant(s) à charge

Sont considérés comme à charge, les enfants ayants droit au sens de la législation de la sécurité sociale.

Sont également considérés à charge les enfants nés du participant, ou adoptés par le participant, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice :

- jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 18 ans ;
  - âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
    - apprentis ;
    - scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (y compris dans un autre pays de l'Espace économique européen), sans être rémunérés au titre de leur activité principale.
- Pour ces bénéficiaires et pour les apprentis, les droits sont ouverts jusqu'au 31 décembre suivant la fin de l'année scolaire justifiée ;
- en contrat de professionnalisation ou en formation en alternance ;
  - demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée ;
  - sans limite d'âge, s'ils sont reconnus atteints d'une invalidité au taux de 80 % ou plus au sens de la législation sociale. Dans ce cas, l'enfant doit être à charge fiscale du participant et l'invalidité au taux de 80 % ou plus au sens de la législation sociale doit avoir été prononcée avant les 21 ans de l'intéressé.

Sont également considérés comme enfants à charge du participant, les enfants du conjoint, répondant aux critères ci-avant et à la charge fiscale du participant.

Les salariés ont l'obligation d'informer directement l'organisme assureur ainsi que la direction de l'association régionale de tout changement intervenu dans leur situation familiale et matrimoniale ayant un impact sur la cotisation. Cette dernière devra également transmettre l'information à l'organisme assureur.

## Cas de dispense des ayants droit des salariés

Par exception à l'obligation de couverture des ayants droit, les salariés ont la faculté de refuser, expressément et par écrit, la proposition d'adhésion de leurs ayants droit dans les cas où ces derniers bénéficient déjà d'une couverture collective citée ci-après, relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire, et qu'ils en justifient annuellement :

- dispositif de prévoyance complémentaire obligatoire, défini par l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ;
- régime local d'assurance maladie dit « Alsace-Moselle » ;
- régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
- contrat d'assurance de groupe pour les travailleurs non-salariés dit « Madelin » ;
- régime complémentaire collectif proposé aux fonctionnaires d'État ou des collectivités territoriales ;
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Dans les cas précisés ci-dessus, les salariés pourront adhérer en catégorie « isolé ».

En tout état de cause, le refus d'adhérer doit être formalisé par écrit et les justificatifs demandés devront être communiqués à l'employeur. Leur prise en compte interviendra dès le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la communication des documents justificatifs.

Il est rappelé qu'en application du décret du 8 juillet 2014, tous les cas de dispense (salariés comme ayants droit) prévus dans le présent avenant relèvent du libre choix du salarié, exprimé dans le cadre d'une demande explicite et justifiée – annuellement dans certains cas de dispense – en outre, la demande du salarié doit mentionner expressément qu'il a préalablement été informé des conséquences de son choix.

Les salariés seront tenus de cotiser au régime lorsque leur situation s'en trouvera modifiée ou qu'ils cesseront d'en justifier.

En cas de changement dans la doctrine fiscale ou sociale relative au caractère obligatoire du régime, ces modifications s'appliqueront après révision du présent avenant (voir art. 3.2), de telle sorte que le système de garanties puisse continuer à bénéficier des avantages fiscaux et sociaux accordés par la loi.

Les salariés seront tenus de s'y conformer, les comités d'entreprise et les comités centraux d'entreprise seront informés et consultés préalablement à la mise en œuvre de ces dispositions, lesquelles seront portées à la connaissance des salariés concernés.

## **Article 2.4**

### *Garanties*

Le régime obligatoire mis en œuvre par le présent avenant a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant, acte par acte, les prestations versées par la sécurité sociale, dans la limite des frais engagés.

Ce régime s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits « responsables » par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, ainsi que dans le respect du niveau minimal de garanties tel que défini à l'article D. 911-1.

Ainsi, ce régime ne rembourse ni les pénalités mises à la charge de l'assuré, notamment en cas de non-respect du parcours de soins, ni la participation forfaitaire et la franchise prévues à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

En tout état de cause, les garanties de ce régime seront, après négociation avec les organisations syndicales nationales, adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits « responsables » et reprises en annexe au présent avenant.

Le changement de formule est obligatoirement lié à une modification de la situation familiale du participant :

- naissance ou adoption d'un enfant à la charge du salarié ;
- mariage ou divorce (ou séparation de corps) ;
- début ou fin du concubinage du salarié ;
- perte de la qualité d'ayant droit ;
- décès de l'un des ayants droit.

Il prendra effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant l'événement, sous réserve que la demande ait été présentée dans les 3 mois qui suivent l'événement, sinon elle sera effective le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception de la demande.

La couverture est, quant à elle, immédiate dès lors que le salarié a fait la demande de changement.

Pour tous les cas de modification, le salarié doit informer directement l'organisme assureur et la direction de son association régionale, laquelle transmet également l'information en second temps à l'organisme assureur.

Les niveaux de garanties du contrat sont présentés en annexe au présent avenant.

L'employeur n'intervient pas au niveau du service des prestations. Celles-ci relèvent en effet de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

S'agissant d'une couverture commune obligatoire sans proposition de couverture optionnelle, l'organisme assureur devra être en capacité de proposer aux salariés couverts l'accès à une couverture sur complémentaire individuelle.



## **Article 2.5**

### *Taux, assiette et répartition des cotisations*

Les cotisations servant au financement du régime obligatoire mis en œuvre par le présent avenant seront prises en charge par chacune des associations régionales et chacun des salariés bénéficiaires en fonction de la situation familiale de ces derniers selon les formules :

- isolé : le salarié seul ;
- deux personnes : le salarié et son conjoint ou le salarié et un enfant à charge ;
- famille : le salarié, son conjoint, un ou ses enfants à charge ou le salarié et au moins deux enfants à charge.

Conformément à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, les cotisations servant au financement du régime obligatoire mis en œuvre par le présent avenant seront ainsi réparties, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 :

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

Les cotisations ne feront pas apparaître de distinction selon le statut du salarié.

En cas d'embauche ou de rupture du contrat de travail au cours d'un mois civil, les cotisations du mois au cours duquel l'embauche ou la rupture est intervenue sont calculées au prorata.

Les cotisations servant au financement du régime obligatoire mis en œuvre par le présent avenant applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2017 seront fixées ultérieurement. Elles le seront en fonction du résultat de l'appel d'offres en cours au moment de la signature du présent avenant et seront portées en annexe de ce dernier.

## **Article 2.6**

### *Évolution ultérieure des cotisations*

Chaque année, les cotisations seront réexaminées par les parties signataires en fonction des résultats du régime et de l'évolution des dépenses de santé (indice national de consommation médicale) et des législations et réglementations fiscales, sociales et de l'assurance maladie, après consultation de la commission de suivi paritaire.

Toute évolution des cotisations applicables fera l'objet d'une négociation avec les organisations syndicales représentatives et sera reprise en annexe au présent avenant.

## **Article 2.7**

### *Choix de l'organisme assureur*

Les associations régionales relevant du champ d'application du présent avenant ont l'obligation d'adhérer à l'organisme assureur retenu dans le cadre de l'appel d'offres mené pour leur compte par le CCCA-BTP, pour la grille de garanties figurant en annexe.

Conformément à l'article L. 912-2 du code de la sécurité sociale, les parties signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'effet du présent avenant, réexaminer le choix de l'organisme assureur par la mise en œuvre d'une procédure d'appel d'offres. À cet effet, elles se réuniront dans les 8 mois avant l'échéance prévue à l'initiative de la partie la plus diligente.

Ces dispositions n'interdisent pas, avant ce délai, la modification, la résiliation ou le non-renouvellement, d'un commun accord, des contrats de garanties collectives et la modification corrélative du présent avenant.



## **Article 2.8**

### *Contrat d'assurance*

Un contrat-cadre d'assurance conclu sur la base d'une convention de groupement de commandes concernant l'ensemble des associations régionales entrant dans le champ d'application du présent avenant est signé avec l'organisme prestataire retenu à l'issue de la procédure d'appel d'offres au niveau de la branche, comprenant notamment un compte de résultat mutualisé.

## **Article 2.9**

### *Date d'effet et cessation des garanties*

L'adhésion est immédiate pour le salarié et ses ayants droit, dès lors que les inscriptions sont effectuées, à compter de la date d'entrée du salarié.

La garantie cesse d'être accordée au salarié à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'association relevant du champ d'application du présent avenant, sous réserve des dispositions légales et conventionnelles relatives à la portabilité des garanties.

## **TITRE III**

### **OBLIGATION D'INFORMATION**

## **Article 3.1**

### *Information individuelle*

En sa qualité d'employeur, chaque association régionale remettra à chaque salarié concerné ainsi qu'à chaque nouvel embauché, une notice d'information détaillée établie par l'organisme assureur résumant, notamment, les garanties et leurs modalités d'application.

Les salariés concernés seront informés préalablement et individuellement de toute modification des garanties.

Dans le but de sensibiliser et de responsabiliser les salariés sur la nécessaire maîtrise de la consommation médicale, ils sont également informés de l'évolution du rapport prestations/cotisations et des conséquences qu'il pourrait avoir sur l'équilibre du régime mis en œuvre par le présent avenant.

## **Article 3.2**

### *Commission de suivi*

Une commission paritaire nationale de suivi de l'application du présent avenant est constituée entre les représentants du secrétariat général du CCCA-BTP et 2 salariés du réseau CCCA-BTP (un titulaire et un suppléant) désignés par chaque organisation syndicale représentative.

Cette commission se réunira deux fois par an, à l'initiative du secrétariat général du CCCA-BTP ou à la demande de ses membres.

Ces réunions annuelles seront dédiées à l'examen des comptes de résultat nationaux mutualisés du régime mis en œuvre par le présent avenant fournis et présentés par l'organisme assureur.

En outre, la commission de suivi aura pour mission de :

- faire le point sur les salariés relevant du présent avenant à partir des éléments transmis par l'organisme assureur ;
- vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions ;
- proposer aux partenaires sociaux de la branche des ajustements et améliorations du régime, et/ou des évolutions des cotisations.

Par ailleurs, en cas de modification substantielle de la législation ou de la réglementation de remboursement de la sécurité sociale susceptible de remettre en cause l'équilibre financier du régime, la

commission de suivi se réunira à titre exceptionnel pour en examiner les conséquences et proposer les évolutions nécessaires.

Toute modification du niveau des garanties ou de la nature des prestations, ainsi que toute modification des cotisations, ne pourra intervenir qu'après négociation avec les organisations syndicales nationales et devra être reprise en annexe du présent avenant.

## TITRE IV AUTRES DISPOSITIONS

### **Article 4.1**

#### *Durée et date d'entrée en vigueur*

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2017.

### **Article 4.2**

#### *Conditions de validité*

Les conditions de validité du présent avenant sont celles définies à l'article L. 2232-6 du code du travail.

### **Article 4.3**

#### *Révision et dénonciation*

Le présent avenant pourra être révisé ou dénoncé dans les conditions prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

### **Article 4.4**

#### *Dépôt et publicité*

Dès la signature du présent avenant, un exemplaire original sera transmis à chacune des organisations syndicales représentatives.

Conformément aux articles D. 2231-3 et suivants du code du travail, le présent avenant sera déposé par CCCA-BTP en deux exemplaires, un original et une version électronique, auprès des services centraux du ministère chargé du travail. Un exemplaire original sera également déposé auprès du greffe du conseil de prud'hommes du lieu de conclusion du présent avenant.

### **Article 4.5**

#### *Extension*

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 7 mars 2017.

(Suivent les signatures.)

# ANNEXE I

## Garanties

TABLEAU DES GARANTIES ETAM ET CADRES - Part Sécurité sociale incluse	
<b>Soins courants</b>	
Consultations et visites (généralistes, spécialistes) (Si parcours CAS)	220% BRSS
Consultations et visites (généralistes, spécialistes) (Parcours hors CAS)	200% BRSS
Soins externes, analyses (Si parcours CAS)	220% BRSS
Soins externes, analyses (Parcours hors CAS)	200% BRSS
Radiologie, actes techniques médicaux (Si parcours CAS)	150% BRSS
Radiologie, actes techniques médicaux (Parcours hors CAS)	130% BRSS
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	300% BRSS
Transports	300% BRSS
<b>Pharmacie</b>	
Pharmacie	100% BRSS
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale (Par an et par bénéficiaire)	-
<b>Hospitalisation médicale</b>	
Frais de séjour, honoraires (Si parcours CAS)	220% BRSS
Frais de séjour, honoraires (Parcours hors CAS)	200% BRSS
Forfait journalier hospitalier dès le 1 <sup>er</sup> jour	Oui
Forfait de 18 € sur les actes > à 120 € ou K > 60	Oui
Lit d'accompagnant pour l'enfant de moins de 12 ans, dès le 1 <sup>er</sup> jour	20 € / jour
Chambre particulière dès le 1 <sup>er</sup> jour	60 € / jour
<b>Hospitalisation Chirurgicale (Uniquement collège Etam)</b>	
Frais de séjour, honoraires (Si parcours CAS)	Identique Contrat Prévoyance GR Cadres : 300% BRSS en 2017
Frais de séjour, honoraires (Parcours hors CAS)	Identique Contrat Prévoyance GR Cadres : 200% BRSS en 2017
Forfait journalier hospitalier dès le 1 <sup>er</sup> jour	Oui
Forfait de 18 € sur les actes > à 120 € ou K > 60	Oui
Chambre particulière dès le 1 <sup>er</sup> jour :	Identique Contrat Prévoyance GR Cadres :
Pour le salarié	100% FR après déduction de la prise en charge au titre de la prévoyance GR ETAM : 47 € en 2017
Pour les ayants droit	100% FR
<b>Optique</b>	
Adulte	Voir grille optique adulte base
Verres + monture	
Enfant (-18 ans)	Voir grille optique enfant base
Verres + monture	
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (Par an et par bénéficiaire)	100% BRSS + 250 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (Par an et par bénéficiaire)	250,00 €
<b>Dentaire (par bénéficiaire)</b>	
Soins dentaires	150% BRSS
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	600% BR pour les dents visibles : incisives centrales et latérales (1) - canines (2) 450% BR pour les dents non visibles : premières prémolaires (3) - deuxièmes prémolaires (4) - molaires (5) Plafond annuel par an et par bénéficiaire : 3 000 €
Implants (par an et par bénéficiaire)	300 €
Parodontologie (par an et par bénéficiaire)	-
Orthodontie remboursées par la Sécurité sociale	275% BRSS
<b>Autres (par bénéficiaire)</b>	
Autres prothèses	
Auditives	550% BRSS
Appareillages orthopédiques	
Médecines douces (Adulte - Enfant)	plafond annuel par bénéficiaire de 90 €. Séance plafonnée à 30 €.
Couverture assistance complémentaire	Article 5.4 du cahier des charges
Frais d'obsèques (au décès du participant)	3,5% PMSS
Cures thermales (1 cure/an/bénéficiaire)	Non

(1) Incisives centrales et latérales n° 12-11-21-22-42-41-31-32

(2) Canines n° 13-23-43-33

(3) Premières prémolaires n°14-24-34-44

(4) Deuxièmes prémolaires n°15-25-35-45

(5) Molaires n°16-17-18-26-27-28-46-47-48-36-37-38

GRILLE OPTIQUE ADULTE	
Verres simples + monture	300 € dont 100 € de monture
Verres mixtes (simple + complexe) + monture	350 € dont 100 € de monture
Verres mixtes (simple + très complexe) + monture	400 € dont 100 € de monture
Verres complexes + monture	500 € dont 100 € de monture
Verres mixtes (complexe + très complexe) + monture	600 € dont 100 € de monture
Verres très complexes + monture	650 € dont 100 € de monture
GRILLE OPTIQUE ENFANT	
Verres simples + monture	200 € dont 75 € de monture
Verres mixtes (simple + complexe) + monture	250 € dont 75 € de monture
Verres mixtes (simple + très complexe) + monture	300 € dont 75 € de monture
Verres complexes + monture	350 € dont 75 € de monture
Verres mixtes (complexe + très complexe) + monture	400 € dont 75 € de monture
Verres très complexes + monture	450 € dont 75 € de monture

Équipement tous les 2 ans pour les adultes sauf changement de correction.

Tous les ans pour les enfants.

Le point de départ pour l'application du délai de 24 mois est la date d'achat de l'équipement.

N.B. : des négociations sont en cours au moment de la signature de l'avenant intégrant la présente annexe entre les syndicats de chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie en vue de l'adoption d'une nouvelle convention tarifaire. Le tableau des garanties ci-dessus est susceptible de faire l'objet d'une révision rapide pour la partie « dentaire » afin d'être adapté en fonction des nouvelles conditions de prise en charge définies par cette convention.

#### Garanties complémentaires au titre de la politique de prévention

Conformément aux dispositions actuelles du code de la sécurité sociale, sont pris en charge par le contrat :

- scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire ;
- un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum ;
- bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans ;
- dépistage de l'hépatite B ;
- dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour l'un des actes suivants :
  - audiométrie tonale ou vocale ;
  - audiométrie tonale avec tympanométrie ;
  - audiométrie vocale dans le bruit ;
  - audiométrie tonale et vocale ;
  - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie ;
- l'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans ;

- les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
  - diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
  - coqueluche : avant 14 ans ;
  - hépatite B : avant 14 ans ;
  - BCG : avant 6 ans ;
  - rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
  - *haemophilus influenzae* B ;
  - vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

#### Accès à une couverture d'assistance complémentaire

Ces prestations sont susceptibles d'être sous-traitées à un autre prestataire du type Mondial assistance.

Le prestataire précisera le nom de son sous-traitant.

#### Bénéficiaires

Le salarié et ses ayants droit couverts par la présente complémentaire santé.

#### Services en cas d'hospitalisation

Pour une hospitalisation imprévue d'une durée de plus de 2 jours, l'organisation du service est immédiatement mise en œuvre sur simple appel téléphonique :

- recherche et réservation d'une place en milieu hospitalier ;
- organisation et prise en charge du transfert à l'hôpital et du retour à domicile dans un rayon de 150 km ;
- aide ménagère à domicile (pendant l'hospitalisation ou au retour, du lundi au samedi, de 8 heures à 19 heures, pour un maximum de 15 heures réparties sur 3 semaines) ;
- information de la famille en cas d'hospitalisation ;
- présence au chevet d'une personne désignée : organisation et prise en charge du transport aller/retour et du séjour à l'hôtel (46 €/nuit pour 2 nuits maximum) ;
- assistance aux enfants :
  - garde des enfants : recherche et organisation de la garde des enfants de moins de 15 ans, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation. Cette prestation est aussi accordée dans les cas suivants :
    - hospitalisation de plus de 2 jours de l'ascendant habituellement chargé de la garde d'enfant ;
    - de maladie, accident ou hospitalisation de la nourrice employée et déclarée par le bénéficiaire ;
    - décès de l'un des deux parents ;
  - conduite des enfants à l'école et aux activités extrascolaires (à concurrence de 535 €) ;
  - organisation et prise en charge du transport des enfants de moins de 15 ans chez un proche (en France métropolitaine) ou prise en charge du transport d'un proche au domicile pour la garde des enfants de moins de 15 ans ;
- assistance aux parents à charge : présence d'une personne de compagnie, pour un maximum de 48 heures ;
- assistance aux animaux de compagnie (chiens et chats non dangereux) : organisation et prise en charge des frais de garde extérieure (maximum 305 €) ou transfert chez une personne désignée aux alentours (rayon de 100 km).

Assistance aux enfants malades :

- garde au domicile de l'enfant de moins de 15 ans dès le 1<sup>er</sup> jour, pour un maximum de 24 heures par période d'immobilisation ;
- présence d'un proche parent : transport aller/retour pris en charge (en France métropolitaine) ;
- répétiteur scolaire à domicile après 14 jours d'absences consécutifs (15 heures/semaine) ;
- transfert à l'hôpital et retour au domicile.

Assistance téléphonique 24 heures/24.

## ANNEXE II

---

### **Cotisations**

À préciser à l'issue de l'appel d'offres relatif au choix du prestataire en cours au moment de la signature de l'avenant intégrant la présente annexe.