

Brochure n° 3002

Convention collective nationale

BÂTIMENT

IDCC : 2609. – **ETAM**

Brochure n° 3193

Convention collective nationale

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

Brochure n° 3322

Conventions collectives nationales

BÂTIMENT

IDCC : 2420. – **Cadres**

**Appointements ingénieurs et cadres
du bâtiment et des travaux publics**

ACCORD DU 22 MAI 2017

RELATIF À LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1750753M
IDCC : 1596, 2420, 2609

Entre

CAPEB Corrèze

CAPEB Creuse

CAPEB Haute-Vienne

D'une part, et

URCB CFDT Limousin

CFE-CGC Nouvelle-Aquitaine

UD FO Haute-Vienne

UD FO Creuse

UD FO Corrèze

UD CFTC 23/87

UD CFTC Corrèze
UD CGT Corrèze
CGT Creuse
FNSCBA CGT 87

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la branche bâtiment Limousin ont été précurseurs dans la couverture collective des salariés du bâtiment. Une recommandation a été faite dès 1964 en Haute-Vienne et un accord collectif régional frais de santé à adhésion obligatoire a été signé le 27 mars 1995 étendu par arrêté en date du 26 août 1996.

Face à l'évolution des normes en vigueur et notamment la loi pour la sécurisation de l'emploi en date du 14 juin 2013 reprenant le contenu de l'accord national interprofessionnel en date du 11 janvier 2013, le collège patronal a dû se résoudre à dénoncer l'accord du 27 mars 1995 qui ne garantissait plus aux entreprises un cadre juridique sécurisé.

Les partenaires sociaux représentatifs de la branche bâtiment des départements de Creuse, de Corrèze et de Haute-Vienne représentant les entreprises jusqu'à 10 salariés ont à nouveau su ouvrir le dialogue pour aboutir à la signature du présent accord dans l'esprit qui les animait déjà 20 ans avant cette loi.

Article 1^{er}

Objet

La couverture complémentaire de frais de santé du bâtiment du Limousin définie par le présent accord garantit aux salariés du bâtiment définis à l'article 3 des prestations de base fixées à l'article 5.

L'employeur souscrit à cet effet un contrat auprès d'un ou de plusieurs opérateurs (institution de prévoyance, mutuelle ou compagnie d'assurances).

Article 2

Champ d'application

Le présent accord est applicable dans les départements de la Corrèze, de la Creuse et de la Haute-Vienne aux employeurs du bâtiment relevant respectivement :

- de la convention collective nationale des ouvriers du bâtiment du 8 octobre 1990 applicable dans les entreprises visées par le décret n° 62-235 du 1^{er} mars 1962 modifié par le décret n° 76-879 du 21 décembre 1976 articles 1^{er} à 5 (c'est-à-dire entreprises occupant jusqu'à 10 salariés) ;
- ou de la convention collective nationale des employés, techniciens et agents de maîtrise du bâtiment du 12 juillet 2006 ;
- ou de la convention collective nationale des cadres du bâtiment du 1^{er} juin 2004,

et à l'ensemble de leurs salariés (ouvriers, employés, techniciens et agents de maîtrise et cadres) dont l'activité relève d'une des activités énumérées dans le champ d'application de ces conventions collectives.

Article 3

Salariés et entreprises visés

Les entreprises relevant du champ défini à l'article 2 sont visées par le présent accord.

Sauf cas de dispense d'affiliation prévus à l'article 4 du présent accord, tous les salariés des entreprises visées par le présent accord bénéficient à titre obligatoire de cette couverture.

Article 4

Dispenses d'affiliation

Peuvent à leur initiative et quelle que soit leur date d'embauche se dispenser d'adhérer au présent régime frais de santé, conformément aux dispositions réglementaires, en fournissant les justificatifs correspondants et à condition d'avoir été préalablement informés par l'employeur des conséquences de cette demande :

- les salariés en CDD, en contrats de mission et les apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée supérieure ou égale à 12 mois ; (éléments à recueillir : demande de dispense écrite et justificatif de couverture individuelle) ;
- les salariés en CDD, en contrats de mission et les apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois ; (éléments à recueillir : demande de dispense écrite) ;
- les salariés travaillant à temps partiel et les apprentis dont la cotisation (forfaitaire ou proportionnelle au revenu), serait au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ; ce seuil s'apprécie au regard de toutes les garanties de protection sociale complémentaire (santé et prévoyance).

Par ailleurs, l'entreprise qui entend mettre en place l'un au moins des autres cas de dispense d'affiliation prévus à l'article L. 911-7, II, 3° alinéa 2 et à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, doit intégrer ce ou ces cas dans l'acte juridique mettant en place la couverture frais de santé.

Le salarié qui relève de l'un des cas de dispense d'affiliation prévus par le présent accord ou éventuellement retenus par l'entreprise peut s'en prévaloir en effectuant une demande écrite à son employeur. Cette demande indique le cas de dispense dont se prévaut le salarié, elle mentionne expressément qu'il a été informé des conséquences de son choix et est accompagnée des pièces justificatives nécessaires. Les pièces justificatives devront être produites lors de la demande initiale puis chaque année.

Le salarié qui ne fournit pas les pièces justificatives nécessaires est tenu d'adhérer et de cotiser à la couverture frais de santé mise en place dans son entreprise. Il ne peut s'opposer au précompte de sa quote-part de la cotisation.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande et le justificatif s'il y a lieu.

Le salarié peut à tout moment revenir sur sa décision et solliciter par écrit son employeur pour bénéficier de la couverture. Le salarié bénéficie alors de la couverture à effet du 1^{er} jour du mois qui suit sa demande.

Article 5

Catégories de garanties

Le présent accord met en place au profit des salariés du bâtiment une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais de santé portant sur les cinq catégories de garanties suivantes :

- 1^{re} catégorie, « soins de ville » ;
- 2^e catégorie, « hospitalisation » ;
- 3^e catégorie, « optique » ;
- 4^e catégorie, « soins et prothèses dentaires » ;
- 5^e catégorie, « autres garanties ».

Les garanties visées par les catégories ci-avant définies figurent en annexe I du présent accord.

Les garanties sont établies sur la base des textes législatifs et réglementaires relatifs à l'assurance maladie et à l'assiette des cotisations sociales en vigueur à la date de signature de l'accord. En cas d'évolution législative ou réglementaire, les parties signataires conviennent de se réunir afin d'examiner le champ et le niveau des garanties.

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 réglementation en vigueur à la date de signature du présent accord.

Article 6

Chèque santé

L'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 prévoit que certains salariés peuvent obtenir de la part de leur employeur un financement (dit « versement santé ») afin de participer à la prise en charge de la couverture santé qu'ils auront souscrite par ailleurs.

Le versement se substitue ainsi à la participation patronale versée dans le cadre d'un régime collectif et obligatoire ainsi qu'au bénéfice de la portabilité.

Bénéficiaires :

Peuvent bénéficier du « versement santé », les salariés dont la durée du contrat de travail est inférieure ou égale à 3 mois et les salariés dont la durée effective du travail prévue par le contrat de travail est inférieure ou égale à 15 heures par semaine.

Conformément à l'article L. 911-7-1, III, du code de la sécurité sociale, ces salariés relèvent exclusivement du dispositif du « versement santé » et n'entrent pas dans le champ d'application du régime complémentaire santé collectif mis en place à titre obligatoire.

Conditions d'octroi :

Pour percevoir le « versement santé », le salarié doit avoir souscrit un contrat « responsable » au sens des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Le « versement santé » ne peut en outre être cumulé avec le bénéfice d'une couverture :

- bénéficiant d'un financement public (couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou participation financière d'une collectivité publique) ;
- collective et obligatoire au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, y compris en tant qu'ayant droit.

Le salarié devra justifier l'existence de sa couverture par ailleurs et sa compatibilité avec le « versement santé » par tout moyen en produisant à son employeur une copie du contrat d'assurance au titre duquel il est assuré ainsi qu'une attestation de l'assureur sur le caractère responsable du dispositif.

Modalités de calcul :

Le montant du « versement santé » est calculé selon les modalités prévues à l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale. En tout état de cause, les « versements santé » perçus par le salarié au sein de la même entreprise sur un mois civil d'activité ne pourront pas excéder le montant de la cotisation mensuelle acquittée par le salarié au titre de sa couverture souscrite par ailleurs.

Article 7

Portabilité

Les garanties fixées à l'article 5 sont maintenues conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité) aux anciens salariés dont la cessation du contrat de travail (hors cas du licenciement pour faute lourde) est intervenue pendant la période de couverture du contrat santé et ouvre droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage.

Toutefois, il est recommandé aux entreprises de souscrire un contrat groupe auprès d'un organisme assureur portant la durée du maintien prévue au 1° de L. 911-8 du code de la sécurité sociale à 36 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail, et tant que dure l'indemnisation par Pôle emploi.

Article 8

Financement des Garanties

Le financement des garanties prévues à l'annexe I du présent accord est réparti à proportion de : employeur : 2/3 ; salarié : 1/3.

La quote-part salariale étant retenue mensuellement par prélèvement sur la rémunération brute du salarié et figurant sur le bulletin de paie.

Les entreprises sont invitées à souscrire pour leur personnel ou au moins une catégorie de personnel répondant aux conditions posées par les articles R. 242-1-1 et R. 242-1-2 du code de la sécurité sociale, des couvertures collectives à adhésion obligatoire comprenant des garanties et des bénéficiaires supplémentaires. Dans ce cas, leur financement est soumis à la répartition définie à l'article 8 du présent accord.

Ces bénéficiaires supplémentaires s'entendent des personnes reconnues comme ayant droit au sens de la législation de la sécurité sociale.

À défaut, les entreprises sont invitées pour leur personnel ou au moins une catégorie de personnel répondant aux conditions posées par les articles R. 242-1-1 et R. 242-1-2 du code de la sécurité sociale, à prévoir la possibilité de souscrire des améliorations de garanties à titre facultatif et individuel. Dans ce cas, la cotisation finançant ces améliorations de garanties est, sauf accord contraire entre le salarié et l'entreprise, à la charge exclusive du salarié qui verse alors directement la part de financement des améliorations de garanties à l'organisme assureur.

Article 9

Maintien des garanties

Dans les cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (maladie, maternité, etc.), la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné, et l'employeur précomptera sur la rémunération maintenue la part de cotisation à la charge du salarié, l'employeur maintenant la part patronale.

Article 10

Gestion de la couverture

Les entreprises peuvent 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 11

Clause suspensive

L'application du présent accord est suspendue jusqu'à la publication de l'arrêt d'extension.

Article 12

Durée et date d'entrée en application

Le présent accord est conclu à durée indéterminée.

L'ensemble des dispositions du présent accord s'appliqueront à compter du premier jour du mois civil qui suit l'arrêté d'extension.

Article 13

Portée de l'accord

Dans les entreprises visées aux alinéas 1 et 2 de l'article 3 du présent accord, les conventions ou accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant aux dispositions du présent accord sauf dispositions plus favorables.

Article 14

Suivi des accords

Les partenaires sociaux s'engagent à se réunir régulièrement afin de faire une analyse des garanties prévues par les accords susvisés, de prendre en considération de nouvelles normes ou d'éventuels accords dont l'assise territoriale serait plus importante que celle du présent accord.

Article 15

Dénonciation. – Révision

Le présent accord pourra être dénoncé par l'ensemble des organisations patronales ou par l'ensemble des organisations de salariés 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 du travail.

Le présent accord restera 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 de préavis, la couverture mentionnée au II et la contribution de l'employeur mentionnée au III de l'article L. 911-7 s'appliquent.

Article 16

Dépôt et extension de l'accord

Le texte du présent accord est déposé en nombre d'exemplaires suffisants aux services centraux du ministre chargé du travail et au secrétariat-greffe du conseil des prud'hommes de Limoges conformément aux dispositions des articles D. 2231-2 et D 2231,3 du code du travail.

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

Fait à Limoges, le 22 mai 2017.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

Garanties visées par l'article 5 de l'accord collectif du Limousin du 27 avril 2017 relatif à la couverture complémentaire de frais de santé des salariés du bâtiment

Les catégories de garanties définies à l'article 5 du présent accord comprennent les garanties définies ci – après :

Toutes les valeurs exprimées en correspondent à un pourcentage du taux de prise en charge de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale (SS) ou à un pourcentage du ticket modérateur de la sécurité sociale (% TM). Tous les remboursements s'entendent dans la limite des frais engagés.

1. Catégorie des garanties « Soins de ville »

		EXPRIMÉ EN % BR y compris part sécurité sociale	EXPRIMÉ EN % BR
	Part sécurité sociale régime général	Remboursement total	Part de la complémentaire (régime général)
Consultation, visites (généralistes, spécialistes)	70 %	100 %	30 %
Auxiliaires médicaux, analyses, soins infirmiers	60 %		40 %
Transports	65 %		35 %
Soins externes	60 à 70 %		40 à 30 %
Radiologie	70 %		30 %
Actes techniques médicaux			
Pharmacie à 65 % (ex. vignettes blanches)	65 %		35 %
Pharmacie à 30 % (ex. vignettes bleues)	30 %		70 %
Pharmacie à 15 % (ex. vignettes orange)	15 %		85 %

2. Catégorie des garanties « Hospitalisation »

		EXPRIMÉ EN % BR y compris part sécurité sociale	EXPRIMÉ EN % BR
	Part sécurité sociale régime général	Remboursement total	Part de la complémentaire (régime général)
Frais de séjour	80 %	100 %	20 %
Honoraires et actes associés	80 %		20 %
Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)	--		100 %
Forfait de 18 € pour actes médicaux > 120 €	--	100 %	100 %
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans – chirurgie	–	23 €/jour	23 €/jour

3. Catégorie des garanties « Optique »

		EXPRIMÉ EN % BR y compris part sécurité sociale	EXPRIMÉ EN % BR
	Part sécurité sociale régime général	Remboursement total	Part de la complémentaire (régime général)
Adultes Forfait de base par période de 2 ans (période réduite à 1 an si évolution de la vue) :	60 %		
– équipement à verres simples		Rembours. sécurité sociale + 100 €	100 €
– équipement à verres progressifs		Rembours. sécurité sociale + 200 €	200 €
– supplément si verre simple à forte correction (si BRSS > 4,00 €) – supplément si verre complexe à forte correction (si BRSS > 10,50 €)		+ 50 € par verre	+ 50 € par verre
Lentilles remboursée par la sécurité sociale	60 %	Rembours. sécurité sociale à 100 %	40 %

4. Catégorie des garanties « Soins et prothèses dentaires »

		EXPRIMÉ EN % BR y compris part sécurité sociale	EXPRIMÉ EN % BR
	Part sécurité sociale régime général	Remboursement total	Part de la complémentaire (régime général)
Soins dentaires	70 %	100 %	30 %
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	70 %	125 %	55 %
Orthodontie	70 % ou 100 %	125 %	55 % ou 25 %

5. Catégorie des garanties « Autres garanties »

		EXPRIMÉ EN % BR y compris par sécurité sociale	EXPRIMÉ EN % BR
	Part sécurité sociale régime général	Remboursement total	Part de la complémentaire (régime général)
Prothèses auditives	60 %	100 %	40 %
Autres prothèses et orthèses, petits et gros appareillages	60 %	100 %	40 %
Implants dentaires	–	400 €	400 €
Cures thermales	65 %	65 %	0 %
Ostéopathie	–	1 x 40 €	1 x 40 €