

Brochure n° 3248

Convention collective nationale
IDCC : 1512. – PROMOTION IMMOBILIÈRE

AVENANT N° 3 DU 27 OCTOBRE 2017
À L'ACCORD DU 19 OCTOBRE 2011 RELATIF AUX RÉGIMES DE PRÉVOYANCE
ET DE FRAIS DE SANTÉ
NOR : ASET1850069M
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 :

Article 1^{er}

L'article 3.5.2 de l'accord du 19 octobre 2011 relatif au régime de prévoyance et au régime de frais de santé est désormais rédigé ainsi au niveau de son 3^e alinéa :

« Le taux de cotisation proposé à l'ancien salarié ou aux ayants droit d'un salarié décédé ne peut être supérieur à 100 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs la première année, à 125 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs la deuxième année et à partir de la troisième année la cotisation est plafonnée à 150 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs. »

Article 2

L'article 4.5 « Taux d'appel » est désormais rédigé comme suit :

« Les cotisations frais de santé ainsi que les cotisations prévoyance de la tranche B sont appelées à 70 % de leur montant.

Compte tenu des dispositions de l'article 7 de la convention collective nationale des cadres du 14 mars 1947, le taux de cotisations prévoyance de la tranche A est maintenu à 1,50 % et les cotisations prévoyance de la tranche C sont appelées à 80 % de leur montant.

Les taux d'appels prévoyance sont appréciés sur la cotisation globale et non par risque.

Les cotisations sont en conséquence appelées aux taux suivants. »

2.1. Taux de cotisation du régime de prévoyance

Compte tenu des dispositions prévues à l'article 2 du présent avenant, le tableau de cotisation prévu à l'article 4.5 « Taux d'appel » de l'accord du 19 octobre 2011 relatif au régime de prévoyance et au régime de frais de santé est remplacé par celui indiqué ci-après :

(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	0,46	0,68
Invalidité	0,35	0,38	0,56
Total	1,50	1,60	2,00
* IAD : invalidité absolue et définitive.			
** Double effet : il s'agit de la garantie décès versée en cas de décès du conjoint du salarié simultané ou postérieur au décès du salarié.			

2.2. Taux de cotisation du régime de frais de santé

2.2.1. Régime collectif : personnel salarié

Compte tenu des dispositions prévues à l'article 2 du présent avenant, les tableaux de cotisation indiqués à l'article 4.5 « Taux d'appel » de l'accord du 19 octobre 2011 relatif au régime de prévoyance et au régime de frais de santé sont remplacés par celui indiqué ci-après :

(En pourcentage du PMSS.)

	FRANCE HORS ALSACE-MOSELLE	ALSACE-MOSELLE
Tarif unique famille (cotisation obligatoire)	2,28	1,50
Conjoint non à charge sécurité sociale (cotisation facultative)	1,27	0,84

2.2.2. Régime individuel : bénéficiaires loi Évin

Compte tenu des dispositions prévues aux articles 1^{er} et 2 du présent avenant, le tableau de cotisations (taux contractuels) indiqué à l'article 4.2.2.a de l'accord du 19 octobre 2011 relatif au régime de prévoyance et au régime de frais de santé est remplacé par celui indiqué ci-après :

(En pourcentage du PMSS.)

TAUX CONTRACTUELS	AYANTS DROIT D'UN SALARIÉ DÉCÉDÉ, chômeurs et invalides	
	France hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle
Isolé 1 ^{re} année	1,75	1,17
Isolé 2 ^e année	2,18	1,46
Isolé à partir de la 3 ^e année	2,18	1,46
Famille	4,77	3,04
Conjoint non à charge sécurité sociale	2,26	1,50

Compte tenu des dispositions prévues aux articles 1^{er} et 2 du présent avenant, le tableau de cotisations (taux contractuels) indiqué à l'article 4.2.2 *b* de l'accord du 19 octobre 2011 relatif au régime de prévoyance et au régime de frais de santé est remplacé par celui indiqué ci-après :

(En pourcentage du PMSS.)

TAUX CONTRACTUELS	RETRAITÉS ET PRÉRETRAITÉS	
	France hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle
Isolé 1 ^{re} année	1,75	1,17
Isolé 2 ^e année	2,18	1,46
Isolé à partir de la 3 ^e année	2,62	1,75
Famille	5,72	3,65
Conjoint non à charge sécurité sociale	2,71	1,80

Compte tenu des dispositions prévues aux articles 1^{er} et 2 du présent avenant, le tableau de cotisations (taux d'appel) indiqué à l'article 4.5 de l'accord du 19 octobre 2011 relatif au régime de prévoyance et au régime de frais de santé est remplacé par celui indiqué ci-après :

(En pourcentage du PMSS.)

TAUX D'APPEL	AYANTS DROIT D'UN SALARIÉ DÉCÉDÉ, chômeurs et invalides	
	France hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle
Isolé 1 ^{re} année	1,02	0,68
Isolé 2 ^e année	1,27	0,85
Isolé à partir de la 3 ^e année	1,53	1,02
Famille	3,34	2,13
Conjoint non à charge sécurité sociale	1,58	1,05

Compte tenu des dispositions prévues aux articles 1^{er} et 2 du présent avenant. Le tableau de cotisations (taux d'appel) indiqué à l'article 4.5 de l'accord du 19 octobre 2011 relatif au régime de prévoyance et au régime de frais de santé est remplacé par celui indiqué ci-après :

(En pourcentage du PMSS.)

TAUX D'APPEL	RETRAITÉS ET PRÉRETRAITÉS	
	France hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle
Isolé 1 ^{re} année	1,23	0,82
Isolé 2 ^e année	1,53	1,02
Isolé à partir de la 3 ^e année	1,83	1,23
Famille	4,00	2,56
Conjoint non à charge sécurité sociale	1,90	1,26

Article 3

À l'article 5.5.3 de l'accord daté du 19 octobre 2011, en cas d'invalidité 1^{re} catégorie, rente d'accident du travail ou maladie professionnelle dont le taux varie entre 33 % et 65 % : « 45 % du salaire de référence (base nette) » est remplacé par « 60 % du salaire de référence (base nette), sous déduction des prestations brutes de sécurité sociale. »

Article 4

À l'article 6.4 « Garanties frais de santé » de l'avenant n° 2 du 4 octobre 2016 à l'accord de branche du 19 octobre 2011 relatif aux régimes de prévoyance et de frais de santé, le tableau des garanties est remplacé par celui mentionné ci-après :

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 MÉDICALE OU CHIRURGICALE (1)		
	Secteur conventionné	Secteur non conventionné
▪ Chirurgie - Hospitalisation (2)	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)	- dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus : 100 % FR limité à 150 % BR - hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (conventionnés et non conventionnés) : 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 SS	100 % TM	-
ACTES MEDICAUX		
▪ Généralistes (consultations – visites) (2)	- dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus : 110 % BR - hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (conventionnés et non conventionnés) : 90 % BR	
▪ Spécialistes (consultations – visites) (2)	- dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus : 150 % BR - hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (conventionnés et non conventionnés) : 100 % BR + TM	
▪ Frais pharmaceutiques	100 % BR - MR	
▪ Analyses	100 % BR	
▪ Auxiliaires médicaux	100 % BR	
▪ Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE), Doppler ...(2)	- dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus : 100 % BR - hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (conventionnés et non conventionnés) : 80 % BR	
▪ Actes techniques médicaux (2)	- dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus : 100 % BR - hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (conventionnés et non conventionnés) : 80 % BR	
▪ Orthopédie	200 % BR	
▪ Acoustique	200 % BR	
▪ Autres prothèses non dentaires	200% BR	
CURE THERMALE ACCEPTEE SS		
▪ Cure thermale prise en charge par la SS	10 % PMSS	

FRAIS DENTAIRES	
▪ Soins dentaires	100 % BR
▪ Orthodontie acceptée par la SS (3)	225 % BR
▪ Prothèses dentaires remboursées par la SS (3)	360 % BR
▪ Inlays, onlays (3)	100 % BR
▪ Inlays core remboursés par la SS (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 SS (la paire)	6 % PMSS / an / personne
▪ Lentilles correctrices prescrites non remboursées par la SS – y compris jetables (la paire)	7 % PMSS / an / personne
▪ Chirurgie de l'œil	15 % PMSS / œil / an / bénéficiaire
MATERNITE - ADOPTION	
▪ Naissance, ou adoption (enfant de moins de 10 ans)	20 % PMSS

ACTES DE PREVENTION	
▪ Tout acte de prévention pris en charge par la SS (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 / an / personne
▪ Sevrage tabagique prescrit par un médecin	100 € / an / bénéficiaire
▪ Examen de dépistage de l'ostéoporose entre 45 et 59 ans	50 € maximum / an / bénéficiaire
ACTES HORS NOMENCLATURE	
▪ Implants (limité à 3 implants / an / bénéficiaire)	30 % PMSS / implant
▪ Médecine douce : ostéopathie, acupuncture, chiropractie (6)	30 € par séance - maxi 4 / an / bénéficiaire
▪ Parodontologie	5 % PMSS / an / personne

GRILLE OPTIQUE						
		<u>Remboursement maximum de l'Institution par verre pour les adultes (plus de 18 ans) (4)</u>		<u>Remboursement maximum de l'Institution par verre pour les enfants (jusqu'à 17 ans inclus) (4)</u>		
Unifocaux / multifocaux	Avec / sans cylindre	Sphère	Remboursement en € par verre	Sphère	Remboursement en € par verre	TYPE DE VERRE
Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	145 €	de -6 à +6	97 €	VERRE SIMPLE
		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	161 €	de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	129 €	VERRE COMPLEXE
		< à -10 ou > à +10	226 €	< à -10 ou > à +10	194 €	VERRE COMPLEXE
	Cylindre < à 4	de -6 à +6	160 €	de -6 à +6	113 €	VERRE SIMPLE
		< à -6 et > à +6	242 €	< à -6 et > à +6	161 €	VERRE COMPLEXE
	Cylindre > à 4	de -6 à +6	161 €	de -6 à +6	113 €	VERRE COMPLEXE
		< à -6 et > à +6	242 €	< à -6 et > à +6	161 €	VERRE COMPLEXE
Multifocaux	Sphérique	de -4 à +4	194 €	de -4 à +4	161 €	VERRE COMPLEXE
		< à -4 ou > à +4	226 €	< à -4 ou > à +4	194 €	VERRE TRES COMPLEXE
	Tout cylindre	De -8 à +8	242 €	De -8 à +8	161 €	VERRE COMPLEXE
		< à -8 ou > à +8	242 €	< à -8 ou > à +8	194 €	VERRE TRES 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 à minima au TM.</p> <p>La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la Sécurité sociale.</p> <p>Pour les garanties exprimées en forfait, les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulatives. Il en est de même pour les garanties remboursées et non remboursées. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées.</p>	<p>FR : frais réels déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>SS : Remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2017 : 3 269 €)</p> <p>BRSS : 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>

(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 thermale ; 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 des postes concernés par ces limitations la prise en charge à hauteur du TM reste assurée au delà des 30 jours.

(2) Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus incluent le contrat d'accès aux soins (CAS), l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens.

Le site ameli-direct.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'un de ces dispositifs.

(3) Pour les contrats complémentaires santé collectifs obligatoires, les garanties couvrent à 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.

(4) OPTIQUE :

Nous participons 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 ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par votre 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 1er élément de l'équipement (monture ou verres).

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties optique respectent les plannings par équipement imposés par l'article D.911-1 4° du Code de la sécurité sociale portant sur la couverture minimale.

Les types de verres sont segmentés entre verres simples, complexes et très complexes selon le niveau de sphère et cylindre.

(5) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr).

(6) les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathe 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 Chiropractique (AFC) ; les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Article 5

Compte tenu de l'objet de l'accord qui repose sur la mutualisation il n'y a pas lieu de prévoir de disposition spécifique pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Sous réserve de l'exercice du droit d'opposition dans les conditions définies par la loi, le présent avenant entre en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Le secrétariat de la commission paritaire est chargé de son dépôt auprès des services centraux du ministre chargé du travail et du greffe du conseil de prud'hommes. Le secrétariat de la commission paritaire est par ailleurs mandaté pour en demander l'extension.

Fait à Paris, le 27 octobre 2017.

(Suivent les signatures.)