

Brochure n° 3144

Convention collective nationale
IDCC : 1043. – GARDIENS, CONCIERGES
ET EMPLOYÉS D'IMMEUBLES

AVENANT N° 3 *BIS* DU 8 OCTOBRE 2018
À L'ACCORD DU 6 DÉCEMBRE 2013
RELATIF AUX RÉGIMES DE PRÉVOYANCE ET DE FRAIS DE SANTÉ
NOR : ASET1950389M
IDCC : 1043

Entre :

ARC ;

FEPL,

D'une part, et

SNIGIC ;

FS CFDT ;

CSD CGT ;

FEC FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Conformément à l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les partenaires sociaux précisent que cet avenant s'applique de la même manière :

- aux entreprises de moins de 50 salariés qui constituent la quasi-totalité des employeurs de la branche ;
- aux entreprises de 50 salariés et plus.

En effet, s'agissant d'un avenant relatif à la protection sociale (prévoyance et complémentaire santé), l'objectif d'égalité justifie que le présent avenant s'applique de manière identique à toutes les entreprises entrant dans le champ de la convention collective nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles sans distinction de leur effectif et sans spécificité.

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour objet de modifier les articles relatifs aux garanties et au fonds de solidarité au sein de l'accord collectif du 6 décembre 2013 de la convention collective nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles.

En conséquence, l'accord collectif du 6 décembre 2013 est modifié comme suit.

Article 1^{er}

Garanties

Les dispositions de l'article 11.2 de l'accord sont remplacées comme suit :

« 11.2. Niveau des prestations du régime

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

(Quel que soit le régime de sécurité sociale [général et local])

DESCRIPTIF DES GARANTIES	PRESTATIONS (Les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la sécurité sociale)
Hospitalisation (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Hospitalisation médicale et chirurgicale : – frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)	Établissements conventionnés : 100 % des frais réels dans la limite de 230 % de la BR Établissements non conventionnés : 80 % des frais réels dans la limite de 230 % de la BR
Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽²⁾	Établissements conventionnés : 100 % des frais réels dans la limite de 230 % de la BR Établissements non conventionnés : 80 % des frais réels dans la limite de 230 % de la BR
Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin non signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽²⁾	Établissements conventionnés : 100 % des frais réels dans la limite de 200 % de la BR Établissements non conventionnés : 80 % des frais réels dans la limite de 200 % de la BR
Chambre particulière (y compris en maternité) ⁽³⁾	2 % du PMSS par jour
Forfait hospitalier	100 % des frais réels
Lit d'accompagnant pour un enfant de moins de 12 ans ⁽³⁾	1 % du PMSS par jour
Forfait acte lourd	Pris en charge
Pratique médicale courante (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Consultation, visite d'un généraliste signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽²⁾	200 % de la BR
Consultation, visite d'un généraliste non signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽²⁾	180 % de la BR
Consultation, visite d'un spécialiste signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽²⁾	220 % de la BR
Consultation, visite d'un spécialiste non signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽²⁾	200 % de la BR
Actes médicaux réalisés par un spécialiste signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽²⁾	220 % de la BR
Actes médicaux réalisés par un spécialiste non signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽²⁾	200 % de la BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	160 % de la BR
Frais d'analyse et de laboratoire	160 % de la BR
Forfait acte lourd	Pris en charge
Radiologie, ostéodensitométrie prise en charge par la sécurité sociale réalisés par un médecin signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽²⁾	190 % de la BR

DESCRIPTIF DES GARANTIES	PRESTATIONS (Les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la sécurité sociale)
Radiologie, ostéodensitométrie prise en charge par la sécurité sociale réalisés par un médecin non signataire OPTAM/OPTAM CO ⁽²⁾	170 % de la BR
Médecine alternative ⁽⁴⁾	
Ostéopathie, acupuncture, chiropractie	30 € par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire
Pharmacie	
Frais pharmaceutiques remboursés par la sécurité sociale	100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité
Traitement antitabac sur prescription médicale	100 € par an et par bénéficiaire
Vaccins non pris en charge par la sécurité sociale sur prescription médicale	5 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Transport	
Frais de transport pris en charge par la sécurité sociale	100 % de la BR
Optique	
Verres	Selon la grille optique ci-après
Monture	
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale	6 % du PMSS par an et par bénéficiaire, au-delà 100 % de la BR
Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale y compris jetables	7 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 15 % du PMSS par œil
Dentaire	
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	170 % de la BR
Inlays-onlays remboursés par la sécurité sociale	170 % de la BR
Inlays core pris en charge par la sécurité sociale	250 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale : – couronnes, bridges et inter de bridges ; – couronnes sur implant ; – prothèses dentaires amovibles ; – réparations sur prothèse.	370 % de la BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la sécurité sociale	270 € par acte (maximum 3 par an et par bénéficiaire)
Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale	300 % de la BR
Implantologie : 1. Implant 2. Pilier implantaire	12 % du PMSS 8 % du PMSS
Le remboursement du poste implantologie (implant + pilier implantaire) s'entend dans la limite maximale de 60 % du PMSS par an et par bénéficiaire	

DESCRIPTIF DES GARANTIES	PRESTATIONS (Les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la sécurité sociale)
Appareillage	
Orthopédie et autres prothèses	160 % de la BR
Prothèses auditives	160 % de la BR
Allocations forfaitaires	
Maternité	Allocation forfaitaire égale à 20 % du PMSS
Cure Thermale prise en charge par la sécurité sociale	10 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Prévention	
Détartrage complet sus et sous gingival des dents	170 % de la BR dans la limite de 2 séances par an et par bénéficiaire
Dépistage de l'hépatite B	160 % de la BR
Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	30 € maximum
Examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 ans et 59 ans	50 € par an et par bénéficiaire
<p>(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.</p> <p>(2) OPTAM/OPTAM-CO : option pratique tarifaire maîtrisée/option pratique tarifaire maîtrisée – chirurgie obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1^{er} janvier 2017, le contrat d'accès aux soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnés à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/ l'OPTAM-CO.</p> <p>(3) La prise en charge en hospitalisation médicale par l'organisme assureur des frais de chambre particulière et de lit d'accompagnant est limitée à :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 365 jours ; – 180 jours en cas de séjour en psychiatrie ; – 30 jours par séjour pour les séjours en maison de santé pour maladies nerveuses et mentales ; – 30 jours par année civile pour le séjour d'un enfant en maison à caractère sanitaire ou en maison de cure thermale. <p>Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.</p> <p>Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France et être membres de l'association. Française de chiropratique (AFC).</p> <p>Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au conseil de l'ordre des médecins.</p> <p>Ticket modérateur : différence entre la base de remboursement de la sécurité sociale (BR) et le montant remboursé par la sécurité sociale.</p> <p>BR = base de remboursement de la sécurité sociale ; M. = montant remboursé par la sécurité sociale ; PMSS = plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année ; SS = sécurité sociale.</p>	

Grille optique

GRILLE OPTIQUE		ADULTES		ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS		
Verres						
Type de verre	Code LPP	Forfait par verre	2 V + 1 M*	Code LPP	Forfait par verre	2 V + 1 M (*)
Verre simple foyer, Sphérique						
sphère de – 6 à + 6	2203240, 2287916	90 €	330 €	2242457, 2261874	60 €	210 €
sphère de – 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	110 €	370 €	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	80 €	250 €
sphère < – 10 ou > + 10	2235776, 2295896	130 €	410 €	2248320, 2273854	100 €	290 €
Verres simple foyer, Sphéro-cylindriques						
cylindre < + 4 sphère de – 6 à + 6	2226412, 2259966	100 €	350 €	2200393, 2270413	70 €	230 €
cylindre < + 4 sphère < – 6 ou > + 6	2254868, 2284527	120 €	390 €	2219381, 2283953	90 €	270 €
cylindre > + 4 sphère de – 6 à + 6	2212976, 2252668	140 €	430 €	2238941, 2268385	110 €	310 €
Cylindre > + 4 sphère < – 6 ou > + 6	2288519, 2299523	160 €	470 €	2206800, 2245036	150 €	390 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques						
sphère de – 4 à + 4	2290396, 2291183	250 €	650 €	2264045, 2259245	170 €	430 €
sphère < – 4 ou > + 4	2245384, 2295198	270 €	690 €	2202452, 2238792	190 €	470 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques						
sphère de – 8 à + 8	2227038, 2299180	300 €	750 €	2240671, 2282221	200 €	490 €
sphère < – 8 ou > + 8	2202239, 2252042	320 €	790 €	2234239, 2259660	220 €	530 €

GRILLE OPTIQUE		ADULTES		ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS		
Montures	Code LPP	Rembt	1 M*	Code LPP	Rembt	1 M*
Monture	2223342	150 €	150 €	2210546	90 €	90 €
(*) 2V + 1M (équipement) doivent s'entendre en complément de la base de remboursement de la sécurité sociale.						

La prise en charge est limitée à un équipement tous les 2 ans, cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

Le calcul de la période s'apprécie sur 24 mois glissants (ou 12 mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement (ou du premier élément de l'équipement, verres ou monture) par le salarié. »

Article 2

Fonds de solidarité

L'article 12 « Fonds de solidarité » est complété de la manière suivante :

« Les partenaires sociaux de la branche des gardiens, concierges et employés d'immeubles ont convenu d'élargir le fonds de solidarité par une alimentation supplémentaire, ainsi que par des actions de solidarité et de prévention complémentaire au dispositif d'accompagnement social et d'assistance psychologique, à caractère confidentiel et en faveur des salariés rencontrant des difficultés personnelles de nature à affecter leur situation professionnelle ».

Article 3

Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

Les parties signataires conviennent de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

Article 4

Dépôt et extension

Le présent avenant sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Fait à Paris, le 8 octobre 2018.

(Suivent les signatures.)