
Brochure n° 3348 | Convention collective nationale

IDCC : 2666 | **ACTEURS DU DÉVELOPPEMENT ET DE L'INGÉNIERIE TERRITORIALE D'INTÉRÊT GÉNÉRAL (ADITIG)**

Avenant n° 29 du 8 octobre 2019
modifiant l'accord du 24 mai 2007 relatif au régime de frais de santé

NOR : ASET2050199M

IDCC : 2666

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

FNCAUE,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFE-CGC BTP ;

SYNATPAU CFDT ;

FG FO construction,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche réunis au sein de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation ont souhaité faire évoluer les garanties du régime frais de santé mis en place dans la branche par l'avenant n° 1 à l'accord du 24 mai 2007 afin de prendre en compte l'évolution des textes applicables en matière de contrats responsables.

En effet, les modifications apportées par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et par le décret du 11 janvier 2019 nécessitent de modifier les garanties proposées par le régime professionnel afin de le mettre en conformité au 1^{er} janvier 2020.

Ces modifications intégrant les dispositions obligatoires du 100 % santé permettront au régime de continuer à bénéficier des avantages sociaux et fiscaux réservés aux contrats responsables.

Les garanties sont modifiées conformément au tableau figurant à l'article 1^{er} qui remplace le précédent tableau de garantie.

Article 1^{er} | Tableau des garanties

L'article 2 de l'avenant n° 1 à l'accord du 24 mai 2007 relatif au régime frais de santé est modifié comme suit :

« Les remboursements interviennent en complément du remboursement de la sécurité sociale française dès lors qu'elle intervient.

Tableau des garanties au 1^{er} janvier 2020

Les remboursements interviennent en complément du remboursement de la sécurité sociale française dès lors qu'elle intervient.

Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :

HOSPITALISATION (1)	Frais de séjour		
		En établissement conventionné	100% FR-RSS
		En établissement non conventionné	85% FR-RSS avec minimum de 100% TM
	Honoraires		
		Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 220 % BR
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR
	Forfait journalier hospitalier (2) Non remboursé par la Sécurité sociale		100 % DE sans limitation de durée
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)		100 % DE
	Chambre particulière y compris maternité (3) Non remboursé par la Sécurité sociale		
		Par nuit	45 €
	Par jour	45 €	
Lit d'accompagnant (3) Non remboursé par la Sécurité sociale		Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans, par jour	45 €
Allocation maternité ou adoption plénière		Par maternité ou adoption plénière (Soins médicaux et frais d'hospitalisation liés à la maternité, dans la limite des frais réels non déjà remboursés sur les autres postes y compris amniocentèse, fécondation in vitro, chambre particulière maternité et dépassements d'honoraires)	385 €

(Voir tableaux pages suivantes.)

DENTAIRE auprès d'un professionnel	Soins et prothèses 100 % Santé**		
		À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	sans reste à payer (8)
	Soins	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire	TM
		Inlay/onlay remboursés par la SS	TM + 220% BR
		Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale (sur la base d'une gingivectomie étendue à un sextant)	TM + 220% BR
	Prothèses autres que 100 % Santé		
		Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (inlay-onlay, couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	TM + 220% BR dans la limite du plafond annuel
		Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : couronnes, bridges, prothèses dentaires provisoires, réparation (sauf les réparations à caractère esthétique)	269,75 € par acte dans la limite du plafond annuel
Implantologie			
	pose de l'implant, pilier implantaire non remboursés par la Sécurité Sociale - par an et par bénéficiaire	538 €	
Orthodontie (4)			
	Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	TM + 250 % BR dans la limite de 762,5 € / semestre	
	Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire jusqu'à 25 ans	250% BR reconstituée dans la limite de 762,5 € / semestre	
Plafond global dentaire (5) (uniquement pour prothèses autres que 100 % Santé remboursées ou non)			
	Par an et par bénéficiaire	1 525 €	

<p>1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et les enfants à compter du 16ème anniversaire (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale).</p> <p>1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants plus de 6 ans et jusqu'à 15 ans révolus.</p> <p>1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas.(art R. 871-2 css)</p>		
OPTIQUE ⁽¹⁰⁾ ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	Équipement 100 % Santé** (classe A)	sans reste à payer
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)	par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans***** 63 € par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans***** 153 € par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans***** 153 € par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans***** 100 € par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans***** 125 € par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans***** 162 € par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans***** 162 € par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans***** 100 €
	Lentilles (6)	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale 150 € / lentille dans la limite de 600 € / an / bénéficiaire (au-delà, 100% TM pour les lentilles remboursées)
	Chirurgie optique réfractive	Par œil, par an 350 €

AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille	Jusqu'au 31/12/2020 :	Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	TM + 215% BR avec un plafond de 1525 € / an /bénéficiaire (au-delà, remboursement au TM)
	À compter du 01/01/2021 :	Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
	Équipement 100 % Santé** (classe I***)		sans reste à payer (9)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe II***)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité***** Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	TM + forfait global de 300€ par bénéficiaire TM + forfait global de 1205€ par bénéficiaire
	Accessoires et fournitures		TM

(Voir tableaux pages suivantes.)

SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Honoraires médicaux		
	Consultation / visite / consultation en ligne		
	Généralistes et spécialistes	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 220 % BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR
	Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 220 % BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR
	Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 220 % BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR
	Auxiliaires médicaux remboursés par la SS		
			TM + 210 % BR
	Analyses et examens de laboratoire		
			TM + 210 % BR
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	TM + 215 % BR
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (7)	TM
	Cures thermales	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale, forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	305 € / an / bénéficiaire
	Médicaments		
		Médicaments remboursés à 65%	TM
	Médicaments remboursés à 30%	TM	
	Médicaments remboursés à 15%	TM	
	Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	100% FR	
Médecine additionnelle			
Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursée par la Sécurité sociale	Chiropracteur, Ostéopathe, Psychomotricien, Acupuncteur, Diététicien, Etiopathe, Psychologue	35 € / séance dans la limite de 5 séances par an par bénéficiaire	
Prévention	Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	TM	

(Voir texte page suivante.)

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR - SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **RC** = Régime complémentaire. **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €).

* **Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique)** : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis règlementairement : **dispositif 100 % Santé** par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste règlementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

***** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(6) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(7) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(8) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(9) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

(10) Verre simple : verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptrie,
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

(10) Verre complexe : verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

(10) Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

La modification du tableau de garantie intervient afin de respecter le cahier des charges du contrat responsable notamment en matière de dispositifs d'optique médicale et pour certains soins prothétiques dentaires conformément aux dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. »

Article 2 | Durée de l'accord. Révision. Dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée à compter de sa date d'entrée en vigueur. Il pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions des articles L. 2261-7 à L. 2261-12 du code du travail.

Article 3 | Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2020, il est également convenu de solliciter son extension.

Article 4 | Notification. Dépôt. Extension

Le présent accord sera, conformément aux dispositions du code du travail, notifié aux organisations syndicales représentatives et, au terme d'un délai de 15 jours à compter de cette notification et à défaut d'opposition, il sera procédé dans les meilleurs délais aux formalités légales en vue du dépôt puis de l'extension du présent accord.

Sur ce dernier point, les partenaires sociaux rappellent que le présent accord ayant vocation à définir les garanties de santé applicables dans le cadre du régime collectif à adhésion obligatoire de la branche dont doivent bénéficier tous les salariés relevant de la convention collective, celui-ci ne prévoit aucune disposition spécifique en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail concernant les entreprises de moins de 50 salariés.

Fait à Paris, le 5 novembre 2019.

(Suivent les signatures.)