

Brochure n° 3144 | Convention collective nationale

IDCC : 1043 | **GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYÉS D'IMMEUBLES**

Avenant n° 4 du 7 octobre 2020
à l'accord du 6 décembre 2013
relatif aux régimes de prévoyance et de frais de santé

NOR : ASET2150502M

IDCC : 1043

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

ARC ;

FEDEPL,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

SNIGIC ;

FS CFDT ;

CGT CSD ;

FEC FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le présent avenant a pour objet d'adapter l'accord de branche suite à la fin de la période de recommandation d'un organisme assureur dans les régimes de prévoyance et de frais de santé.

Il modifie les dispositions des régimes de prévoyance et de frais de santé mis en place par l'accord du 6 décembre 2013 dans le cadre de la convention collective nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles (articles 30.1 et 30.2).

L'avenant prévoit également la mise en conformité des garanties frais de santé avec la réglementation du 100 % santé ainsi que l'amélioration des niveaux de garanties de la rente éducation.

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

Article 1^{er} | Modalités de mise en œuvre du présent avenant

Les garanties collectives définies par le présent avenant constituent un avantage que toute entreprise entrant dans son champ d'application doit respecter.

Les entreprises ne peuvent pas déroger dans un sens moins favorable au présent avenant.

Article 2 | *Choix de l'organisme assureur et définition des garanties*

L'article 30.1, e (partie I, chapitre VI) de la convention collective nationale des concierges et gardiens d'immeubles est modifié comme suit :

« Pour couvrir tout ou partie des garanties conventionnelles de maintien de salaire susvisées, les employeurs ont la possibilité de souscrire un contrat d'assurance de groupe auprès de l'organisme assureur de leur choix. La cotisation assurée en couverture de ces garanties est exclusivement patronale. »

L'article 30.2 de la convention collective consacré aux régimes de prévoyance et de frais de santé et l'annexe à laquelle il renvoie sont modifiés comme suit :

« Titre I^{er} Dispositions communes aux régimes de prévoyance et de frais de santé »

L'article 1^{er} consacré à l'objet de l'accord du 6 décembre 2013 est modifié comme suit :

« Les partenaires sociaux ont décidé de définir des garanties minimales à mettre en place par l'ensemble des entreprises de la branche dans les domaines de la prévoyance et de la santé.

Les entreprises sont libres d'adhérer à l'organisme assureur de leur choix. L'adhésion doit permettre l'application intégrale du dispositif conventionnel tel que modifié par le présent avenant. À cet effet, le contrat devra faire expressément référence au texte conventionnel. »

Le titre II de l'accord consacré au régime de prévoyance est modifié comme suit :

« Article 5 | *Consacré au financement* »

À l'article 5.2, les dispositions sont remplacées par le paragraphe suivant :

« Les cotisations sont prises en charge par l'employeur et le salarié dans la proportion minimale de 50 % pour l'employeur. »

L'article 5.3 consacré à l'évolution des cotisations est supprimé.

L'article 6 consacré aux prestations de prévoyance est modifié comme suit :

« Les prestations faisant l'objet du présent accord sont regroupées dans les catégories suivantes :

- incapacité temporaire (ces prestations viennent en relais des dispositions de l'article 30.1 de la convention collective nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles relatives au maintien de salaire) ;
- invalidité permanente ;
- capital décès ou invalidité permanente et absolue (IPA), rente d'éducation, allocation frais d'obsèques. »

L'article 6.2 consacré à la définition des garanties décès est modifié comme suit :

Garanties	Prestations
Décès toutes causes ou invalidité permanente et absolue Tout assuré :	100 % TA, TB
Décès simultané ou postérieur du conjoint de l'assuré (double effet) : Capital supplémentaire (si enfant à charge) :	100 % du capital décès toutes causes

Garanties	Prestations
<p>Rente annuelle d'éducation versée à chaque enfant à charge de l'assuré en cas de décès de l'assuré ou d'invalidité permanente et absolue du participant :</p> <p>– jusqu'au 12^e anniversaire :</p> <p>– du 12^e au 19^e anniversaire :</p> <p>– du 19^e au 26^e anniversaire (s'il poursuit des études)</p> <p>Le montant de la rente éducation est doublé pour les orphelins des deux parents.</p>	<p>8 % TA, TB (avec une rente minimale de 1 700 € par bénéficiaire)</p> <p>12 % TA, TB (avec une rente minimale de 2 500 € par bénéficiaire)</p> <p>16 % TA, TB (avec une rente minimale de 3 300 € par bénéficiaire)</p>
Allocation frais d'obsèques versée en cas de décès du salarié, du conjoint ou d'un enfant à charge :	100 % PMSS (dans la limite des frais réels pour un enfant de moins de 12 ans)

L'article 7 consacré aux « organismes assureurs recommandés » est remplacé par les dispositions suivantes :

Les articles 7.1 et 7.2 sont supprimés.

L'article 7.3 intitulé « Conséquences du changement d'organisme assureur » est renommé et modifié « Article 7 », comme suit :

« En cas de dénonciation ou non renouvellement d'un régime en cours, les dispositions suivantes s'appliquent :

1° Les prestations en cours de service (indemnités journalières, pension d'invalidité, rente éducation) continuent d'être versées par les organismes assureurs à leur niveau atteint à la date d'effet de la résiliation du contrat. La garantie incapacité de travail – invalidité est maintenue aux participants en arrêt de travail pour maladie accident, dès lors que les prestations immédiates ou différées, sont acquises ou nées antérieurement à la date d'effet de la résiliation ;

2° En application de l'article 7.1 de la "loi Évin", les organismes assureurs du régime en cours assurent le maintien des garanties décès au profit des bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail ou d'invalidité lors de la résiliation du contrat d'assurance ;

3° Le nouvel organisme assureur devra prévoir la poursuite de la revalorisation des prestations en cours de service ainsi que des bases de calcul des prestations décès étant précisé qu'elle devra être au moins égale à celle prévue par le contrat résilié conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale. »

Le titre III consacré au régime frais de santé est modifié comme suit :

L'article 8 consacré aux dispenses d'adhésion est modifié comme suit :

Au dernier paragraphe, les termes « bénéficiaires de la CMU ou CMUC » sont remplacés par « bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou CSS ».

L'article 9 consacré au financement du régime est supprimé.

L'article 11 consacré aux prestations est modifié afin de respecter le cahier des charges du contrat responsable et du 100 % santé conformément aux dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Les tableaux de garanties prévus par le présent avenant annulent et remplacent les anciens tableaux présentés dans cet article.

NATURE DES ACTES INDEMNISÉS		REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais engagés sous déduction de la Sécurité sociale (sauf indication contraire)
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie) Hors chirurgie esthétique	
	Frais de Séjour (conventionnés)	100%FR dans la limite de 230%BR
	Frais de Séjour (non conventionnés)	80%FR dans la limite de 230%BR avec un minimum de 100%BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés) (1)	100%FR dans la limite de 230%BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (non conventionnés) (1)	80%FR dans la limite de 230%BR avec un minimum de 100%BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés) (1)	100%FR dans la limite de 200%BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (non conventionnés) (1)	80%FR dans la limite de 200%BR avec un minimum de 100%BR
	Forfait journalier hospitalier	100 % FR sans limitation de durée
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire
	Chambre particulière (2)	2%PMSS/ jour
	Lit d'accompagnant (moins de 12 ans) (2)	1%PMSS/ jour
	Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale: ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (8)	100%BR
	Forfait nouvel enfant naissance ou adoption plénière (doublé en cas de naissance gémellaire)	20%PMSS

DENTAIRE	SOINS DENTAIRES	
	Soins et prothèses dentaires 100% Santé (**)	sans reste à payer (6)
	Soins dentaires	170%BR
	Inlay/onlay remboursé par la Sécurité Sociale (3)	170%BR
	ORTHODONTIE	
	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (3)	300%BR
	PROTHÈSES DENTAIRES	
	Prothèses dentaires, autre que 100% Santé, à tarifs libres ou maîtrisés, remboursées par la Sécurité sociale (3)	370%BR
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	270€/acte dans la limite de 3 par an par bénéficiaire
	Inlay core remboursé par la Sécurité sociale (3)	250%BR
	Implantologie	implant: 12%PMSS pilier implantaire: 8%PMSS dans la limite de 60%PMSS/an/bénéficiaire

OPTIQUE - PROTHÈSE (4)	ÉQUIPEMENT VERRES - MONTURE (5)	Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans La prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 100 €
	Equipements optique 100% Santé (**): lunettes (monture + 2 verres) de classe A	sans reste à payer (7)
	Lunettes (monture + 2 verres) de classe B	Les forfaits des équipements optique sont exprimés y compris les remboursements de la Sécurité Sociale
	Monture de lunettes	Selon la grille optique
	Verres	
	Lentille prescrite remboursée par la Sécurité sociale	6%PMSS/an/bénéficiaire avec un minimum de 100%BR
	Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	7%PMSS/an/bénéficiaire
	AUTRES GARANTIES OPTIQUE	
	Chirurgie optique réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	15%PMSS/œil/an/bénéficiaire
	AUTRES PROTHÈSES	
	Orthopédie et prothèses médicales remboursées par la Sécurité sociale	160%BR
	Jusqu'au 31/12/2020 :	
	Aides auditives	160%BR
	Accessoires et fournitures	160%BR
	A compter du 01/01/2021 : renouvellement par appareil tous les 4 ans	
	Équipement auditif 100% Santé (**): aides auditives de classe I	Sans reste à payer (7)
	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 (***)	122%BR
	Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	160%BR
	Accessoires et fournitures	160%BR

SOINS DE VILLE	CONSULTATIONS - FRAIS MÉDICAUX	
	Consultations/visites/consultations en ligne de généralistes dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	200%BR
	Consultations/visites/consultations en ligne de généralistes hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés et non conventionnés) (1)	180%BR
	Consultations/visites/consultations en ligne de spécialistes dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	220%BR
	Consultations/visites/consultations en ligne de spécialistes hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés et non conventionnés) (1)	200%BR
	Actes Techniques Médicaux (effectués en externat) dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	220%BR
	Actes Techniques Médicaux (effectués en externat) hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés et non conventionnés) (1)	200%BR
	Imagerie médicale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	190%BR
	Imagerie médicale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés et non conventionnés) (1)	170%BR
	Auxiliaires médicaux remboursés par la Sécurité sociale (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	160%BR
	Analyses - actes de biologie	160%BR
	Médecine additionnelle non remboursée par la Sécurité sociale : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur (5)	30€/séance dans la limite de 4 séances/an/bénéficiaire
	PHARMACIE	
	Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100%BR ou TFR
	Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	5%PMSS/an/bénéficiaire
	Traitement anti-tabac remboursé par la SS	100€/an/bénéficiaire
	CURE THERMALE	
	Cure thermale en France remboursée par la Sécurité sociale. Forfait global annuel : honoraires, traitement thermal, hébergement et transport	10%PMSS/an/bénéficiaire

PRÉVENTION	ACTES DE PRÉVENTION	
	Assistance	incluse
	Détartrage complet sus et sous gingival des dents	170%BR dans la limite de 2 séances par an par bénéficiaire
	Dépistage de l'hépatite B	160%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€/an/bénéficiaire

Grille optique ci-dessous

Grille Optique (équipements de classe B)	Adultes		Enfants de moins de 16 ans	
Type de Verre	Forfait par verre	2V + 1M	Forfait par verre	2V + 1M
Verres Simple Foyer, Sphérique				
sphère de -6 à +6	115 €	330 €	60 €	210 €
sphère < -6 ou > +6	145 €	390 €	90 €	270 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques				
sphère de -6 à 0 et cylindre \leq +4	125 €	350 €	70 €	230 €
sphère > 0 et (sphère+cylindre) \leq +6	125 €	350 €	70 €	230 €
sphère > 0 et (sphère+cylindre) > +6	165 €	430 €	110 €	310 €
sphère < -6 et cylindre \geq +0,25	165 €	430 €	110 €	310 €
sphère de -6 à 0 et cylindre > +4	165 €	430 €	110 €	310 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques				
sphère de -4 à +4	275 €	650 €	170 €	430 €
sphère < -4 ou > +4	295 €	690 €	190 €	470 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques				
sphère de -8 à 0 et cylindre \leq +4	325 €	750 €	200 €	490 €
sphère > 0 et (sphère+cylindre) \leq +8	325 €	750 €	200 €	490 €
sphère de -8 à 0 et cylindre > +4	345 €	790 €	220 €	530 €
sphère > 0 et (sphère+cylindre) > +8	345 €	790 €	220 €	530 €
sphère < -8 et cylindre \geq +0,25	345 €	790 €	220 €	530 €
Monture	100 €	100 €	90 €	90 €

2V + 1M (équipement) doivent s'entendre y compris la base de remboursement de la Sécurité Sociale

La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, cette période est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

FRAIS COUVERTS	GLOSSAIRE
<p>Les remboursements indiqués s'entendent en sous déduction de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.</p> <p>Pour les garanties exprimées en forfait les remboursements sont en complément de la Sécurité sociale sauf pour les équipements optique.</p> <p>Les prestations sont exprimées sous déduction 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 a minima au TM.</p> <p>La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la Sécurité sociale.</p>	<p>FR : Montant total des dépenses engagées 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 01/01/2019 : 3377 €)</p> <p>BR : 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>

(**) 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 maximums fixés.

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

(1) 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.

(2) Limitation de la prise en charge à 90 jours par an et par bénéficiaire en établissements spécialisés (psychiatrie).

(3) Pour les contrats complémentaires santé collectifs obligatoires, les garanties couvrent a 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 enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle. La période de 1 an n'est pas opposable, pour les verres, aux enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue, ni à tout bénéficiaire quel que soit l'âge, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières visées à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale. Pour les enfants de moins de 6 ans, renouvellement tous les 6 mois en cas d'adaptation de la monture à la morphologie du visage.

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 planchers par équipement imposés par l'article D.911-1 4° du Code de la sécurité sociale portant sur la couverture minimale.

(5) Sur facture détaillée.

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

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

(8) 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.

L'article 12 consacré à l'organisme assureur recommandé est supprimé.

Article 3 | Entreprises de moins de 50 salariés

Conformément à l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les partenaires sociaux décident que le présent avenant s'applique de manière identique à toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles, quel que soit leur effectif.

En effet, la branche est très majoritairement composée d'entreprises dont l'effectif est inférieur à 50 salariés et le thème de négociation du présent avenant, soit la protection sociale com-

plémentaire, ne peut donner lieu à des stipulations différentes selon que l'effectif de l'entreprise est inférieur ou supérieur à 50 salariés.

Article 4 | Date d'effet, révision et dénonciation

Le présent avenant prend effet à compter du 1^{er} janvier 2020, il est conclu pour une durée indéterminée.

Il fait partie intégrante de la convention collective ; il pourra donc faire l'objet d'une révision conformément aux dispositions de la convention collective à la demande de l'une ou de l'autre des parties signataires.

La révision pourra prendre effet dans les conditions visées aux articles L. 2222-5 ; L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Il pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires moyennant le respect d'un préavis de 6 mois.

Les modalités de dénonciation sont fixées aux articles L. 2222-6, L. 2261-9, L. 2261-10, L. 2261-11, L. 2261-13, L. 2261-14 du code du travail. Toutefois, les nouvelles négociations devront être engagées dans les 3 mois suivant la signification de la dénonciation.

Article 5 | Dépôt et demande d'extension du présent avenant

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

Il sera établi un nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires et effectuer les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

À l'expiration du délai d'opposition prévu à l'article L. 2231-8 du code du travail, le présent avenant fera l'objet d'une procédure de dépôt.

Il fera ensuite l'objet de la procédure d'extension conformément aux dispositions de l'article L. 2261-15 du code du travail.

Fait à Paris, le 7 octobre 2020.

(Suivent les signatures.)