

Brochure n° 3062 | Convention collective nationale

IDCC : 2332 | **ENTREPRISES D'ARCHITECTURE**

Avenant n° 10 du 23 septembre 2021

à l'accord du 5 juillet 2007
relatif au régime frais de santé

NOR : ASET2151084M

IDCC : 2332

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

Syndarch ;

UNSA,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFE-CGC BTP ;

CFDT SYNATPAU ;

FG FO construction ;

FESSAD UNSA,

d'autre part,

Préambule

Le présent avenant a pour objet de modifier l'accord du 5 juillet 2007 relatif au régime frais de santé, applicable à toutes les entreprises relevant de la convention collective nationale des entreprises d'architecture (IDCC 2332), ainsi que des avenants successifs.

En effet, conscients des nombreuses évolutions réglementaires intervenues depuis le précédent appel d'offres, les partenaires sociaux ont saisi de l'opportunité de la clause quinquennale de revoyure pour effectuer une actualisation des éléments relatifs à la co-recommandation des assureurs et instaurer le haut degré de solidarité (HDS) mettant en place un dispositif de garanties à caractère non contributif.

Il est ainsi convenu ce qui suit :

Article 1^{er} | Révision de l'article 7 de l'accord du 5 juillet 2007 « Modalités d'adhésion »

L'article 7.1 est renommé et modifié comme suit :

« 7.1. Organismes recommandés

La procédure de mise en concurrence, respectant l'ensemble des critères réglementaires, a permis à la commission paritaire permanente de négociation et d'interpré-

tation (CPPNI) de co-recommander à compter du 1^{er} janvier 2021, deux organismes assureurs, pour une durée maximale de cinq ans.

La commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) de la branche architecture a recommandé :

- Malakoff Humanis Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale (siège social, 21, rue Laffitte, 75009 Paris), en qualité d'apérateur ;
- Apicil Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale (siège social, 38, rue François-Peissel, 69300 Caluire-et-Cuire).

Afin de garantir aux salariés et à leurs ayants droit, une couverture optimale et d'assurer la meilleure efficacité possible du régime de branche, les partenaires sociaux s'engagent à procéder à une nouvelle procédure de mise en concurrence au minimum tous les cinq ans, en application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux conviennent de se réunir au cours du premier trimestre de l'année qui précède cette échéance quinquennale. »

L'article 7.2 « Principe d'adhésion » est remplacé comme suit :

« 7.2. Haut degré de solidarité

En application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, un fonds de solidarité est mis en place par les partenaires sociaux de la branche.

Selon le décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014, les partenaires sociaux attribuent 2 % de la cotisation globale de prévoyance pour le financement d'actions définies selon les termes de l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale.

Pourront être retenues les actions suivantes :

1° Une prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis pouvant bénéficier des dispenses d'adhésion prévues au *b* du 2° de l'article R. 242-1-6, ainsi que de la cotisation de tout ou partie des salariés, apprentis ou anciens salariés dont la cotisation représente au moins 10 % de leurs revenus bruts ;

2° Le financement d'actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé, relatifs notamment aux comportements en matière de consommation médicale.

Ces actions de prévention pourront relayer des actions prioritaires dans des domaines identifiés comme tels dans le cadre de la politique de santé ou prévoir des actions propres au champ professionnel et visant à réduire les risques de santé, améliorer les conditions de vie au travail des salariés ;

3° La prise en charge de prestations d'action sociale, comprenant notamment :

a) Soit à titre individuel : l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés, anciens salariés et ayants droit ;

b) Soit à titre collectif, pour les salariés, les anciens salariés ou leurs ayants droit : l'attribution suivant des critères définis par l'accord d'aides leur permettant de faire face à la perte d'autonomie, y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux.

Les orientations des actions ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des aides sont décidées par la commission paritaire de branche et précisées par le règlement du fonds de solidarité. La commission contrôle la mise en œuvre de ces orientations par les organismes assureurs de la branche.

Les entreprises devront, même en dehors du cadre de la recommandation, mettre en œuvre auprès de l'organisme assureur qu'elles auront retenu, les actions prévues au présent article. »

Article 2 | Tableau de garanties 100 % santé

Tableau des garanties responsables

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la sécurité sociale, dès lors qu'elle intervient.

Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

(Voir page suivante.)

	Régime conventionnel
HOSPITALISATION • En établissement conventionné ou non (1) (2)	
Frais de séjour	300 % BR
Honoraires	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	300 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR
Forfait journalier hospitalier (3) Non remboursé par la sécurité sociale	
Sans limitation de durée	100 % DE
Chambre particulière (4) Non remboursé par la Sécurité sociale	
Par nuitée en établissement conventionné	3 % PMSS
Par journée (hospitalisation en ambulatoire) en établissement conventionné	3 % PMSS
Par nuitée en établissement non conventionné	-
Par journée (hospitalisation en ambulatoire) en établissement non conventionné	-
Lit d'accompagnant (4) Non remboursé par la Sécurité sociale	
Par nuitée en établissement conventionné	1,5 % PMSS
Par nuitée en établissement non conventionné	-
Forfait maternité (prime de naissance)	
Par enfant	10 % PMSS
DENTAIRE • Auprès d'un professionnel (5) (11)	
Soins et prothèses 100 % Santé**	Sans reste à payer (9)
Soins	
Soins dentaires	100 % BR
Soins dentaires avec dépassements	170 % BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	5 % PMSS
Prothèses autres que 100 % Santé	
Prothèses dentaires dents du sourire (6) remboursées par la Sécurité sociale	470 %
Prothèses dentaires dents du fond de bouche (6) remboursées par la Sécurité sociale	320 %
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	-
Inlay-core	170 % BR
Implantologie	
Fausse racine et pilier implantaire non remboursés par la Sécurité Sociale par an et par bénéficiaire	15 % PMSS
Orthodontie (7)	
Remboursée par la Sécurité sociale par semestre de traitement et par bénéficiaire	250 % BR
Non remboursée par la Sécurité sociale par semestre de traitement et par bénéficiaire	-
OPTIQUE • Équipement (1 monture + 2 verres) (11)	
Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	
Équipement 100 % Santé** (classe A)	Sans reste à payer (10)
Équipement autre que 100 % Santé (classe B)	Remboursements**** selon la grille optique ci-après
Lentilles	
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale	6 % PMSS

Chirurgie optique réfractive	
Par œil	22 % PMSS
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT • Par oreille (11) Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
Équipement 100 % Santé** (classe I***)	Sans reste à payer (10)
Équipement autre que 100 % Santé (classe II***)	
Plafond par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	1 700 € TTC
Par bénéficiaire	20 % PMSS
Accessoires et fournitures	100 % BR
SOINS COURANTS • Auprès d'un professionnel conventionné ou non	
Honoraires médicaux	
Consultation / visite / consultation en ligne • Chez un généraliste	
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	140 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120 % BR
Consultation / visite / consultation en ligne • Chez un spécialiste	
•	
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR
Actes techniques médicaux	
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	145 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	125 % BR
Actes d'imagerie médicale	
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Honoraires paramédicaux	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR
Matériel médical	
Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	160 % BR
Frais de transport sanitaire	
Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (8)	100 % BR

	Régime conventionnel
SOINS COURANTS • Après d'un professionnel conventionné ou non (suite)	
Cures thermales	
Cures thermales (hors thalassothérapie) remboursées par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire	10 % PMSS
Médicaments	
Médicaments remboursés à 65 %	100 % BR
Médicaments remboursés à 30 %	100 % BR
Médicaments remboursés à 15 %	100 % BR
Médecine additionnelle et de prévention Non remboursée par la Sécurité sociale	
Acupuncteur, pédicure podologue, chiropracteur, diététicien, étiope, ostéopathe, psychomotricien, psychologue - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire (12)	25 €
Ostéodensitométrie osseuse - par an et par bénéficiaire	-
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	1,5 % PMSS
Actes de prévention du contrat responsable	100 % BR

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale. **BRR** = Base de Remboursement Reconstituée.

(*) 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 maximums fixés. (***) Voir la liste règlementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales. (****) Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

- (1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.
- (2) En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur sauf mention contraire.
- (3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- (4) 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.
- (5) Limité à 3 prothèses remboursées par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à celle du décret n°2014-1025. Les actes relevant du panier modéré sont remboursés dans la limite de 100% des Honoraires Limites de Facturation.
- (6) Les dents du sourire correspondent aux incisives, canines et premières prémolaires. Ces dents correspondent au numéro de dent : 11,12,13,14,21,22,23,24,31,32,33,34,41,42,43,44. Les dents du fond de bouche correspondent aux autres dents.
- (7) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.
- (8) SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation. 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.
- (9) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définis aux Conditions générales.
- (10) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.
- (11) L'assureur se réserve la possibilité de demander un devis pour l'optique, le dentaire et les aides auditives.
- (12) Le praticien doit être enregistré dans un répertoire agréé de type ADELU (Automatisation Des Listes) ou FINISS (Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux).

Grille optique

Les remboursements ci-dessous, s'entendent y compris le remboursement de la sécurité sociale.

	Régime conventionnel		Type de verre
	Bénéficiaire < 16 ans	Bénéficiaire ≥ 16 ans	
Monture de lunettes			
Par monture	100,00 €	100,00 €	
Par verre unifocal			
Sphérique :			
• Sphère de - 6 à + 6	60,00 €	90,00 €	Verre simple
• Sphère < à - 6 ou > à + 6	90,00 €	120,00 €	Verre complexe
Sphéro-cylindrique :			
• Sphère de - 6 à 0 et cylindre ≤ + 4	70,00 €	100,00 €	Verre simple
• Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 6	70,00 €	100,00 €	Verre simple
• Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 6	110,00 €	140,00 €	Verre complexe
• Sphère < - 6 et cylindre ≥ + 0,25	110,00 €	140,00 €	Verre complexe
• Sphère de - 6 à 0 et cylindre > + 4	110,00 €	140,00 €	Verre complexe
Par verre progressif et multifocal			
Sphérique :			
• Sphère de - 4 à + 4	120,00 €	180,00 €	Verre complexe
• Sphère < à - 4 ou > à + 4	140,00 €	200,00 €	Verre très complexe
Sphéro-cylindrique :			
• Sphère de - 8 à 0 et cylindre ≤ + 4	150,00 €	210,00 €	Verre complexe
• Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 8	150,00 €	210,00 €	Verre complexe
• Sphère de - 8 à 0 et cylindre > + 4	170,00 €	230,00 €	Verre très complexe
• Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 8	170,00 €	230,00 €	Verre très complexe
• Sphère < - 8 et cylindre ≥ + 0,25	170,00 €	230,00 €	Verre très complexe

Article 3 | Entreprises de moins de 50 salariés

Ce présent avenant s'applique à toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des entreprises d'architecture, quel que soit leur effectif.

En conséquence, le thème de négociation du présent avenant ne peut donner lieu à des stipulations différentes selon l'effectif de l'entreprise.

Ainsi, dans le cadre la demande d'extension et conformément aux dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires indiquent expressément que l'objet du présent avenant ne justifie pas de mesure spécifique pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Article 4 | Date d'effet, dépôt et extension

Le présent avenant prend effet le 1^{er} janvier 2021. Il sera établi en un nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Le présent avenant fera l'objet des formalités de dépôt dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6, L. 2261-1 et D. 2231-2 du code du travail ainsi que les formalités nécessaires à son extension.

Fait à Paris, le 23 septembre 2021.

(Suivent les signatures.)