

Avenant n° 11 du 24 avril 2025

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

NOR : ASET2550559M

IDCC : 2332

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

Syndarch ;

UNSFA,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFDT SYNATPAU ;

FESSAD UNSA ;

CFE-CGC BTP,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche professionnelle des entreprises d'architecture, réunis en commission paritaire nationale de gestion des régimes de prévoyance et de santé (CPNGRPS) ont pris la décision de faire évoluer les garanties du régime de frais de santé mis en place par l'accord de branche du 5 juillet 2007, ainsi que les cotisations associées, afin de rétablir et de pérenniser l'équilibre dudit régime, tout en préservant son attractivité.

Article 1^{er} | Objet de l'avenant

Le présent avenant a pour objet de modifier l'article 5.2 « Tableau des garanties (hors Alsace-Moselle) » ; l'article 5.3 « Dispositions spécifiques pour les bénéficiaires relevant du régime de base Alsace-Moselle » ; l'article 12.2 « Montant des cotisations » ; l'article 12.4 « Bénéficiaires du régime de base de l'assurance maladie en Alsace-Moselle » ; et l'annexe I de l'accord du 5 juillet 2007 relatif au régime de frais de santé, écrasant les dispositions des avenants antérieurs, le cas échéant.

Article 2 | Évolution des garanties frais de santé

1. L'article 5.2 « Tableau des garanties (hors Alsace-Moselle) » est renommé et remplacé comme suit :

« 5.2. Tableau des garanties

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.

Frais couverts à compter du 1^{er} juillet 2025.

GARANTIES à compter du 01/07/2025	Régime conventionnel	Régime complémentaire (Option 1)
HOSPITALISATION (1) En établissement conventionné ou non (2)		
Frais de séjour	300 % BR	400 % BR
Honoraires		
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	300 % BR	400 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR	200 % BR
Forfait patient urgence (3)	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Forfait journalier hospitalier (4) Non remboursé par la sécurité sociale		
Sans limitation de durée	100% DE	100% DE
Chambre particulière (5) Non remboursé par la sécurité sociale		
Par nuitée en établissement conventionné	2 % PMSS	2,5 % PMSS
Par journée (hospitalisation en ambulatoire) en établissement conventionné	2 % PMSS	2,5 % PMSS
Par nuitée en établissement non conventionné	-	2,5 % PMSS
Par journée (hospitalisation en ambulatoire) en établissement non conventionné	-	2,5 % PMSS
Lit d'accompagnant (5) Non remboursé par la sécurité sociale		
Par nuitée en établissement conventionné	1,5 % PMSS	1,5 % PMSS
Par nuitée en établissement non conventionné	-	3 % PMSS
Forfait maternité (prime de naissance)		
Par enfant	10 % PMSS	10 % PMSS
DENTAIRE (6) Auprès d'un professionnel		
Soins et prothèses 100% santé**	Sans reste à payer (8)	Sans reste à payer (8)
Soins autres que 100% santé		
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR
Soins dentaires avec dépassements	150 % BR	200 % BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	3 % PMSS	8 % PMSS
Prothèses autres que 100 % Santé (7)		
Prothèses dentaires dents du sourire (9) remboursées par la Sécurité sociale	300 % BR	370 % BR
Prothèses dentaires dents du fond de bouche (9) remboursées par la Sécurité sociale	220 % BR	290 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	-	5 % PMSS
Inlay-core	150 % BR	200 % BR
Implantologie		
Fausse racine et pilier implantaire non remboursés par la Sécurité Sociale par an et par bénéficiaire	15% PMSS	25 % PMSS

Orthodontie (10)		
Remboursée par la Sécurité sociale par semestre de traitement et par bénéficiaire	250% BR	350 % BR
Non remboursée par la Sécurité sociale par semestre de traitement et par bénéficiaire	-	300 % BRR
OPTIQUE 1 Équipement = 1 monture + 2 verres (7)		
Équipement 100 % Santé (classe A)**	Sans reste à payer (8)	Sans reste à payer (8)
Équipement autre que 100 % Santé (classe B)	Remboursements (11) selon la grille optique ci-après	Remboursements (11) 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	3,5 % PMSS	5 % PMSS
Chirurgie optique réfractive		
Par œil	25% PMSS	35% PMSS
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT (7)		
Équipement 100 % Santé (classe I) **	Sans reste à payer (8)	Sans reste à payer (8)
Équipement autre que 100 % Santé (classe II) (12)		
Plafond par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la sécurité sociale	1 700 € TTC	1 700 € TTC
Par bénéficiaire	20 % PMSS	30 % PMSS
Accessoires et fournitures	100 % BR	100 % BR
SOINS COURANTS <small>Auprès d'un professionnel conventionné ou non</small> (13)		
Honoraires médicaux		
Consultation / visite / consultation en ligne – Chez un généraliste		
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	140 % BR	240 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120 % BR	200 % BR
Consultation / visite / consultation en ligne – Chez un spécialiste		
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170 % BR	320 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux		
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	145 % BR	145 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	125 % BR	125 % BR
Actes d'imagerie médicale		
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux		
Dispositif Mon Soutien PSY	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR
Autres honoraires paramédicaux	100 % BR	100 % BR
Matériel médical		
Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	160 % BR	260 % BR

Frais de transport sanitaire		
Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (14)	100 % BR	100 % BR
Cures thermales		
Cures thermales (hors thalassothérapie) remboursées par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire	10 % PMSS	15 % PMSS
Médicaments		
Médicaments remboursés à 65 %	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 30 %	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 15 %	100 % BR	100 % BR
Médecine additionnelle et de prévention Non remboursée par la Sécurité sociale		
Acupuncteur, pédicure podologue, chiropracteur, diététicien, étiope, ostéopathe, psychomotricien, psychologue et tabacologue limité à 4 séances par an et par bénéficiaire	4x20€	4x40€
Ostéodensitométrie osseuse - par an et par bénéficiaire	-	100 €
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	1,5 % PMSS	1,5 % PMSS
Actes de prévention du contrat responsable	100 % BR	100 % BR
Assistance à domicile	OUI	OUI
Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques y compris à visée thérapeutique remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR

(Voir page suivante.)

GARANTIES à compter du 01/07/2025	Régime conventionnel		Régime complémentaire (Option 1)		Type de verre
	Bénéficiaire < 16 ans	Bénéficiaire ≥ 16 ans	Bénéficiaire < 16 ans	Bénéficiaire ≥ 16 ans	
Monture de lunettes					
Par monture	100,00 €	100,00 €	100,00 €	100,00 €	
Par verre unifocal					
Sphérique :					
Sphère -6 à +6	54,00 €	81,00 €	76,50 €	112,50 €	Verre simple
Sphère < à -6 ou > à +6	81,00 €	108,00 €	103,50 €	139,50 €	Verre complexe
Sphéro-cylindrique :					
Sphère de -6 à 0 et cylindre ≤ +4	63,00 €	90,00 €	85,50 €	121,50 €	Verre simple
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ +6	63,00 €	90,00 €	85,50 €	121,50 €	Verre simple
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +6	99,00 €	126,00 €	121,50 €	157,50 €	Verre complexe
Sphère < -6 et cylindre > +0,25	99,00 €	126,00 €	121,50 €	157,50 €	Verre complexe
Sphère de -6 à 0 et cylindre > +4	99,00 €	126,00 €	121,50 €	157,50 €	Verre complexe
Par verre progressif et multifocal					
Sphérique :					
Sphère de -4 à +4	108,00 €	162,00 €	153,00 €	225,00 €	Verre complexe
Sphère < à -4 ou > à +4	126,00 €	180,00 €	180,00 €	243,00 €	Verre très complexe
Sphéro-cylindrique :					
Sphère de -8 à 0 et cylindre ≤ +4	135,00 €	189,00 €	180,00 €	252,00 €	Verre complexe
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ +8	135,00 €	189,00 €	180,00 €	252,00 €	Verre complexe
Sphère de -8 à 0 et cylindre > +4	153,00 €	207,00 €	198,00 €	270,00 €	Verre très complexe
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +8	153,00 €	207,00 €	198,00 €	270,00 €	Verre très complexe
Sphère < -8 et cylindre ≥ +0,25	153,00 €	207,00 €	198,00 €	270,00 €	Verre très complexe

BR = Base de 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 3925 euros au 1^{er} janvier 2025).

BRR = Base de Remboursement reconstituée.

* Dispositifs de pratiques tarifaires 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.

** Tel 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, de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoires et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

- (1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique
- (2) En établissement non conventionné, la prise en charge est limitée au ticket modérateur sauf mention contraire
- (3) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation
- (4) 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
- (5) 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
- (6) 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
- (7) L'assureur se réserve la possibilité de demander un devis pour l'optique, le dentaire et les aides auditives
- (8) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définis aux Conditions générales
- (9) 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.
- (10) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.
- (11) Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.
- (12) Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.
- (13) Le praticien doit être enregistré dans un répertoire agréé de type ADELU (Automatisation Des Listes) ou FINESS (Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux).
- (14) SMUR : Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation.

Cette évolution du tableau de garanties est conforme au 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.

En cas d'évolution du cahier des charges du contrat responsable, le tableau de garanties sera mis à jour automatiquement sans nécessiter d'avenant au présent accord. Les modalités de renouvellement prévues par la réglementation applicable au contrat responsable seront mises en œuvre. »

2. L'article 5.3 « Dispositions spécifiques pour les bénéficiaires relevant du régime de base Alsace-Moselle » est remplacé comme suit :

« 5.3. Dispositions spécifiques pour les bénéficiaires relevant du régime de base Alsace-Moselle

Pour l'application des présentes garanties au profit de salariés et de leurs ayants droit relevant du régime local Alsace-Moselle, les organismes désignés tiennent compte des dispositions spécifiques prévues par le code de la sécurité sociale pour cette zone géographique. Les cotisations associées aux prestations sont réduites en conséquence afin de maintenir un niveau de couverture global, régime de base plus régime complémentaire, identique pour tout salarié en France, quel que soit le département, dans lequel il exerce ses fonctions.

Les cotisations particulières ainsi déterminées sont mentionnées à l'article 12.2.2 "Montant des cotisations pour les salariés du régime local Alsace-Moselle" du présent accord. »

Article 3 | *Évolution des cotisations*

1. L'article 12.2 « Montant des cotisations » est remplacé comme suit :

« 12.2. Montant des cotisations

12.2.1. Montant des cotisations pour les salariés du régime général

a) Bénéficiaires à titre obligatoire (visés à l'article 4.1)

Le montant de la cotisation mensuelle est fixé à 2,06 % du salaire visé à l'article 12.1 de l'accord.

La répartition de cette cotisation entre l'employeur et le salarié s'établit comme suit :

- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié.

b) Bénéficiaires de l'extension optionnelle de la garantie (visés à l'article 4.3 de l'accord)

Le montant de la cotisation mensuelle supplémentaire, en sus de la cotisation obligatoire du salarié seul, est fixé comme suit (cotisations exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS)) :

- cotisation "couple" : + 1,00 % du PMSS, ou ;
- cotisation "famille" : + 2,32 % du PMSS.

12.2.2. Montant des cotisations pour les salariés du régime local Alsace-Moselle

a) Bénéficiaires à titre obligatoire (visés à l'article 4.1)

Le montant de la cotisation mensuelle est fixé à 1,30 % du salaire visé à l'article 12.1 de l'accord.

La répartition de cette cotisation entre l'employeur et le salarié s'établit comme suit :

- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié.

b) Bénéficiaires de l'extension optionnelle de la garantie (visés à l'article 4.3 de l'accord)

Le montant de la cotisation mensuelle supplémentaire, en sus de la cotisation obligatoire du salarié seul, est fixé comme suit (cotisations exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS)) :

- cotisation "couple" : + 0,96 % du PMSS, ou ;
- cotisation "famille" : + 2,09 % du PMSS. »

2. L'article 12.4 « Bénéficiaires du régime de base de l'assurance maladie en Alsace-Moselle » est supprimé.

3. L'annexe I est supprimée.

Article 4 | *Modalités d'application aux entreprises de moins de 50 salariés*

Dans la mesure où le présent avenant concerne toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des entreprises d'architecture (IDCC 2332), quelle que soit leur taille, les partenaires sociaux ont estimé qu'il n'avait pas à comporter les stipulations spécifiques mentionnées à l'article L. 2232-10-1 pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Article 5 | *Date d'effet*

Le présent avenant prend effet le 1^{er} juillet 2025.

Article 6 | Durée et procédure d'extension

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Les parties signataires déposeront le présent avenant et en demanderont l'extension conformément aux dispositions des articles L. 2261-16, L. 2261-24 et D. 2231-2 du code du travail.

Fait à Paris, le 24 avril 2025.

(Suivent les signatures.)