

Avenant n° 13 du 3 mars 2026

à l'accord du 5 juillet 2007
relatif aux frais de santé portant révision des garanties applicables
à compter du 1^{er} avril 2026

NOR : ASET2650389M

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 ;

CFE-CGC BTP ;

UNSA FESSAD,

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, dans le but d'y intégrer les garanties associées à l'introduction de l'option 2.

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

Le présent avenant a pour objet de modifier l'article 5.2 « Tableau des garanties », écrasant les dispositions des avenants antérieurs, le cas échéant.

(Voir page suivante.)

Article 2 | Évolution des garanties frais de santé

L'article 5.2 « Tableau des garanties » est 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} avril 2026.

GARANTIES à compter du 01/07/2025	Régime conventionnel	Régime conventionnel +Option 1	Régime conventionnel +Option 2
HOSPITALISATION (1) En établissement conventionné ou non (2)			
Frais de séjour	300 % BR	400 % BR	400 % BR
Honoraires			
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	300 % BR	400 % BR	400 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait patient urgence (3)	Sans reste à payer (8)	Sans reste à payer (8)	Sans reste à payer (8)
Forfait journalier hospitalier (4) Non remboursé par la Sécurité sociale			
Sans limitation de durée	100% DE	100% DE	100 % DE
Chambre particulière (5) Non remboursé par la Sécurité sociale			
Par nuitée en établissement conventionné	2 % PMSS	2,5 % PMSS	3,5 % PMSS
Par journée (hospitalisation en ambulatoire) en établissement conventionné	2 % PMSS	2,5 % PMSS	2,5 % PMSS
Par nuitée en établissement non conventionné	-	2,5 % PMSS	3,5 % PMSS
Par journée (hospitalisation en ambulatoire) en établissement non conventionné	-	2,5 % PMSS	2,5 % PMSS
Lit d'accompagnant (5) Non remboursé par la Sécurité sociale			
Par nuitée en établissement conventionné	1,5 % PMSS	1,5 % PMSS	3,5 % PMSS
Par nuitée en établissement non conventionné	-	3 % PMSS	3 % PMSS
Forfait maternité (prime de naissance)			
Par enfant	10 % PMSS	10 % PMSS	10 % PMSS
DENTAIRE (6) Auprès d'un professionnel			
Soins et prothèses 100% santé** (dans la limite des HLF)	Sans reste à payer (8)	Sans reste à payer (8)	Sans reste à payer (8)
Soins autres que 100% santé			
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins dentaires avec dépassements	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	3 % PMSS	8 % PMSS	12 % PMSS
Prothèses autres que 100 % Santé (7)			
Prothèses dentaires dents du sourire (9) remboursées par la Sécurité sociale	300 % BR	370 % BR	570 % BR
Prothèses dentaires dents du fond de bouche (9) remboursées par la Sécurité sociale	220 % BR	290 % BR	420 % BR

Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	-	5 % PMSS	7,5 % BR
Inlay-core	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Implantologie			
Fausse racine et pilier implantaire non remboursés par la Sécurité Sociale par an et par bénéficiaire	15% PMSS	25 % PMSS	30 % PMSS
Orthodontie (10)			
Remboursée par la Sécurité sociale par semestre de traitement et par bénéficiaire	250% BR	350 % BR	450 % BR
Non remboursée par la Sécurité sociale par semestre de traitement et par bénéficiaire	-	300 % BRR	400 % BR
OPTIQUE - 1 Équipement = 1 monture + 2 verres (7)			
Équipement 100 % Santé (classe A)** (dans la limite des PLV)			
1 monture + 2 verres	Sans reste à payer (8)	Sans reste à payer (8)	Sans reste à payer (8)
Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien	Sans reste à payer (8)	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	Remboursements (11) selon la grille optique ci-après
Lentilles (forfait par an et par bénéficiaire)			
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale	3,5 % PMSS	5 % PMSS	10 % PMSS
Chirurgie optique réfractive			
Par œil	25% PMSS	35% PMSS	40 % PMSS
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT (7) renouvellement par appareil tous les 4 ans			
Équipement 100 % Santé (classe I) ** (dans la limite des PLV)	Sans reste à payer (8)	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	1700 € TTC
Par bénéficiaire (par oreille)	20 % PMSS	30 % PMSS	40 % PMSS
Accessoires et fournitures	100 % BR	100 % BR	100 % BR
SOINS COURANTS Auprès d'un professionnel conventionné ou non (13)			
Honoraires médicaux			
<i>Consultation / visite / consultation en ligne – Chez un généraliste</i>			
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	140 % BR	240 % BR	250 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120 % BR	200 % BR	200 % BR
<i>Consultation / visite / consultation en ligne – Chez un spécialiste</i>			
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170 % BR	320 % BR	350 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	200 % BR	200 % BR

<i>Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques y compris à visée thérapeutique remboursés par la Sécurité sociale</i>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux chez un praticien			
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	145 % BR	145 % BR	150 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Actes d'imagerie médicale			
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR	150 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR	125 % BR
Honoraires paramédicaux			
Dispositif Mon Soutien PSY	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres honoraires paramédicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical (hors aide auditive et optique)			
<i>Équipement 100 % santé (dans la limite des PLV)</i>			
Prothèses capillaires de Classe II	Sans reste à payer (8)	Sans reste à payer (8)	Sans reste à payer (8)
Fauteuils roulants : forfait de location de courte durée et de mise à disposition	Sans reste à payer (8)	Sans reste à payer (8)	Sans reste à payer (8)
<i>Équipement autre que 100 % santé</i>			
Prothèses capillaires de Classe I	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèses capillaires de Classe III (dans la limite des PLV) et de Classe IV	160 % BR	260 % BR	300 % BR
Autre appareillage et prothèses médicales	160 % BR	260 % BR	300 % BR
Frais de transport sanitaire			
Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (14)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Cures thermales (hors thalassothérapie)			
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire	10 % PMSS	15 % PMSS	20 % PMSS
Médicaments			
Médicaments remboursés à 65 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 15 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médecine additionnelle et de prévention Non remboursée par la Sécurité sociale			
Acupuncteur, pédicure podologue, chiropracteur, diététicien, étioathe, ostéopathe, psychomotricien, psychologue et tabacologue	20 € (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	40 € (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	60 € (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)
Ostéodensitométrie osseuse - par an et par bénéficiaire	-	100 €	125 €
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	1,5 % PMSS	1,5 % PMSS	2 % PMSS
Actes de prévention du contrat responsable	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Assistance à domicile	OUI	OUI	OUI

GARANTIES à compter du 01/04/2026	Régime conventionnel		Régime complémentaire (+Option 1)		Régime complémentaire (+Option 2)		Type de verre
	Bénéficiaire < 16 ans	Bénéficiaire ≥ 16 ans	Bénéficiaire < 16 ans	Bénéficiaire ≥ 16 ans	Bénéficiaire < 16 ans	Bénéficiaire ≥ 16 ans	
Par monture de lunette	100,00 €	100,00 €	100,00 €	100,00 €	100,00 €	100,00 €	
Par verre unifocal							
<i>Sphérique :</i>							
Sphère -6 à +6	54,00 €	81,00 €	76,50 €	112,50 €	95,00 €	135,00 €	Verre simple
Sphère < à -6 ou > à +6	81,00 €	108,00 €	103,50 €	139,50 €	125,00 €	165,00 €	Verre complexe
<i>Sphéro-cylindrique :</i>							
Sphère de -6 à 0 et cylindre ≤ +4	63,00 €	90,00 €	85,50 €	121,50 €	105,00 €	145,00 €	Verre simple
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ +6	63,00 €	90,00 €	85,50 €	121,50 €	105,00 €	145,00 €	Verre simple
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +6	99,00 €	126,00 €	121,50 €	157,50 €	145,00 €	185,00 €	Verre complexe
Sphère < -6 et cylindre > +0,25	99,00 €	126,00 €	121,50 €	157,50 €	145,00 €	185,00 €	Verre complexe
Sphère de -6 à 0 et cylindre > +4	99,00 €	126,00 €	121,50 €	157,50 €	145,00 €	185,00 €	Verre complexe
Par verre progressif et multifocal							
<i>Sphérique :</i>							
Sphère de -4 à +4	108,00 €	162,00 €	153,00 €	225,00 €	180,00 €	260,00 €	Verre complexe
Sphère < à -4 ou > à +4	126,00 €	180,00 €	180,00 €	243,00 €	210,00 €	280,00 €	Verre très complexe
<i>Sphéro-cylindrique :</i>							
Sphère de -8 à 0 et cylindre ≤ +4	135,00 €	189,00 €	180,00 €	252,00 €	210,00 €	290,00 €	Verre complexe
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ +8	135,00 €	189,00 €	180,00 €	252,00 €	210,00 €	290,00 €	Verre complexe
Sphère de -8 à 0 et cylindre > +4	153,00 €	207,00 €	198,00 €	270,00 €	230,00 €	310,00 €	Verre très complexe
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +8	153,00 €	207,00 €	198,00 €	270,00 €	230,00 €	310,00 €	Verre très complexe
Sphère < -8 et cylindre ≥ +0,25	153,00 €	207,00 €	198,00 €	270,00 €	230,00 €	310,00 €	Verre très complexe

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

BRR = Base de Remboursement reconstituée.

DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.

HLF = Honoraire Limite de Facturation

PLV = Prix Limite de Vente : prix maximum de vente à l'assuré social d'un dispositif médical. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les aides auditives, les lunettes, les prothèses capillaires et le forfait de location de courte durée et de mise à disposition d'un fauteuil roulant dans le cadre du panier « 100% santé » ont des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif 3925 euros au 1^{er} janvier 2025).

* Dispositifs de pratiques tarifaires OPTAM ou OPTAM-ACO (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-ACO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tel que définis réglementairement : 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 réglementairement 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 maximums 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 ADEL (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. »

Article 3 | 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 4 | Date d'effet

Le présent avenant prend effet le 1^{er} avril 2026.

Article 5 | 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 3 mars 2026.

(Suivent les signatures.)