

Avenant n° 5 du 8 décembre 2025
à l'accord du 6 décembre 2013
relatif au régime de prévoyance et de frais de soins de santé

NOR : ASET2650427M

IDCC : 1043

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

ARC ;

FEPL,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

SNIGIC ;

UNSA ;

FS CFTD ;

FEC-FO ;

FCDS CGT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche des gardiens, concierges et employés d'immeubles ont décidé de modifier par le présent avenant le régime de prévoyance complémentaire obligatoire et mutualisé au niveau national, prévu par les dispositions de l'accord du 6 décembre 2013 relatif au régime de prévoyance et de frais de soins de santé.

Le présent avenant concerne le titre III de la partie 2, relatif au régime de frais de santé, et concerne les prestations.

Article 1^{er}

Conformément à l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les partenaires sociaux précisent que cet avenant s'applique de la même manière :

- aux entreprises de moins de 50 salariés qui constituent la quasi-totalité des employeurs de la branche ;
- aux entreprises de 50 salariés et plus.

En effet, s'agissant d'un avenant relatif aux prestations du régime de frais de santé, dont bénéficient les salariés, l'objectif d'égalité justifie que le présent avenant s'applique de manière identique à toutes les entreprises entrant dans le champ de la convention collective nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles, sans distinction de leur effectif et sans spécificité.

Article 2

L'article 11 du titre III de la partie 2, relatif au régime de frais de santé, est modifié ainsi qu'il suit :

« Article 11 | *Prestations*

Article 11.1 | Généralités »

Article non modifié par le présent avenant.

« Article 11.2 | Niveau des prestations du régime

Les tableaux sont remplacés par les tableaux du présent avenant.

(Voir page suivante.)



HOSPITALISATION (1)

Base conventionnelle

Frais de séjour

En établissement : Conventionné	100 % FR (maximum : 230 % BR)
En établissement : Non conventionné	80 % FR (minimum : 100 % BR / maximum : 230 % BR)
Honoraires	
Praticien conventionné : Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % FR (maximum : 230 % BR)
Praticien conventionné : Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % FR (maximum : 200 % BR)
Praticien non conventionné : Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80 % FR (minimum : 100 % BR / maximum : 230 % BR)
Praticien non conventionné : Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80 % FR (minimum : 100 % BR / maximum : 200 % BR)
Forfait journalier hospitalier	
Forfait non remboursé SS sans limitation de durée	100 % FR
Forfait patient urgence (FPU)	Sans reste à payer
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques	
Participation forfaitaire y compris médecine de ville	100 % de la participation forfaitaire
Chambre particulière non remboursée SS	2 % PMSS / jour (maximum : 90 jours en établissement psychiatrique)
Lit d'accompagnement non remboursé SS (moins de 12 ans)	1 % PMSS / jour (maximum : 90 jours en établissement psychiatrique)
Frais de transport remboursés SS	
Ambulance, taxi conventionné – Hors SMUR	100 % BR
Forfait nouvel enfant ou adoption plénière (prime de naissance)	
Par enfant (doublé en cas de naissance gémellaire)	20 % PMSS

(1) Médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie - Hors chirurgie esthétique.



Base conventionnelle

DENTAIRE auprès d'un professionnel

Soins et prothèses 100 % Santé (dans la limite des HLF)	Sans reste à payer
Soins dentaires autres que 100 % Santé	170 % BR
Inlay / onlay remboursé SS (1)	370 % BR
Orthodontie	
Orthodontie remboursée SS (1)	300 % BR
Orthodontie non remboursée SS	-
Prothèses dentaires autres que 100 % santé	
Prothèses dentaires remboursées SS à tarifs libres ou maîtrisés (1)	370 % BR
Prothèses dentaires non remboursées SS :	
• Montant par acte	270 €
• Nombre d'actes / année civile / bénéficiaire	3 actes
Inlay Core remboursé SS (1)	250 % BR
Implantologie	
Implant	12 % PMSS
Pilier implantaire	8 % PMSS
Plafond de remboursement / année civile / bénéficiaire	60 % PMSS

(1) Les garanties couvrent à 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.



Base conventionnelle

OPTIQUE

Équipement 100 % Santé (Classe A) (dans la limite des PLV)

1 monture + 2 verres de Classe A

Sans reste à payer

Équipement autre que 100 % Santé (Classe B)

• Par verre

Selon « Grille optique »

• Par monture de lunettes

Selon « Grille optique »

Lentilles

Lentilles prescrites remboursées SS (forfait / année civile / bénéficiaire)

6 % PMSS
(minimum de 100 % BR)

Lentilles prescrites, y compris lentilles jetables, non remboursées SS
(Forfait / année civile / bénéficiaire)

7 % PMSS

Chirurgie optique réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)

Forfait / oeil / année civile / bénéficiaire

20 % PMSS



Base conventionnelle		
	Bénéficiaire ≥ 16 ans	Bénéficiaire < 16 ans
GRILLE OPTIQUE		
Par verre simple foyer, sphérique		
Sphère de - 6 à + 6	115 €	60 €
Sphère < à - 6 ou > à + 6	145 €	90 €
Par verre simple foyer, sphéro-cylindrique		
Sphère de - 6 à 0 et Cylindre ≤ + 4	125 €	70 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	125 €	70 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	165 €	110 €
Sphère < - 6 et Cylindre ≥ + 0,25	165 €	110 €
Sphère de - 6 à 0 et Cylindre > + 4	165 €	110 €
Par verre multi-focal ou progressif sphérique		
Sphère de - 4 à + 4	275 €	170 €
Sphère < à - 4 ou > à + 4	295 €	190 €
Par verre multi-focal ou progressif Sphéro-cylindrique		
Sphère de - 8 à 0 et Cylindre ≤ + 4	325 €	200 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	325 €	200 €
Sphère de - 8 à 0 et Cylindre > + 4	345 €	220 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	345 €	220 €
Sphère < - 8 et Cylindre ≥ + 0,25	345 €	220 €
Par monture de lunettes	100 €	90 €



Base conventionnelle

AUTRES PROTHÈSES

Matériel médical (hors aide auditive et optique)

Équipement 100 % santé (dans la limite des PLV) :

- Prothèses capillaires de Classe II
- Fauteuils roulants : Forfait de location de courte durée et de mise à disposition

Équipement autre que 100 % santé :

- Prothèses capillaires de Classe I
- Prothèses capillaires de Classe III (dans la limite des PLV) et de Classe IV
- Autres appareillages et prothèses médicales



Base conventionnelle

AUTRES PROTHÈSES

Équipement auditif

Équipement 100 % Santé (Classe I) (dans la limite des PLV)

Équipement autre que 100% Santé (Classe II) :

- Plafond par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement SS
- Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité (1)
- Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans
- Accessoires et fournitures

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



Base conventionnelle

SOINS DE VILLE

Consultation / visite / consultation en ligne chez un généraliste	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	180 % BR
Consultation / visite / consultation en ligne chez un spécialiste	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	220 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 % BR
Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques y compris à visée thérapeutique remboursés SS	
	100 % BR
Actes techniques médicaux (effectués en externat)	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	220 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 % BR
Actes d'imagerie médicale	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	190 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	170 % BR
Auxiliaires médicaux	
Infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes	160 % BR
Analyses / Actes de biologie	160 % BR
Médecine additionnelle et de prévention non remboursée SS sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel	
Ostéopathe, chiropracteur et acupuncteur (sur facture détaillée)	
• Montant par séance	30 €
• Nombre de séances / année civile / bénéficiaire	4 séances



SOINS DE VILLE		Base conventionnelle
Médicaments remboursés SS		100 % BR ou TFR
Vaccins prescrits non remboursés SS (Forfait / année civile / bénéficiaire)		5 % PMSS
Traitement anti-tabac remboursé SS (Forfait / année civile / bénéficiaire)		100 €
Cure thermale remboursée SS et effectuée en France		
Honoraires, traitement thermal, hébergement et transport (Forfait / année civile / bénéficiaire)		10 % PMSS
Honoraires de psychologue (1)		
Consultation / visite / consultation en ligne de psychologue remboursée SS (dispositif « Mon soutien Psy »)		100 % BR
(1) Séances d'accompagnement par un psychologue conventionné, dans le cadre du dispositif « Mon soutien Psy » remboursées par année civile. Pour prendre rendez-vous avec un psychologue partenaire, vous pouvez consulter l'annuaire en ligne sur monsoutienpsy.ameli.fr		



PRÉVENTION ET ASSISTANCE		Base conventionnelle
Actes de prévention		
Détartrage complet sus et sous gingival des dents :		
• Montant par séance :		170 % BR
• Nombre de séances / année civile / bénéficiaire :		2 séances
Dépistage de l'hépatite B		160 % BR
Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour un enfant âgé de moins de 12 ans (forfait / séance / bénéficiaire)		30 €
Examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 ans et 59 ans (forfait / année civile / bénéficiaire)		50 €
Assistance		Oui

Article 3

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

En application des dispositions de l'article L. 2222-5 du code du travail, le présent avenant pourra être révisé par les partenaires sociaux, au minimum trois mois après sa date d'application, sous la forme d'un avenant de révision, prévu par les dispositions de l'article L. 2261-7 du code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2222-6 du code du travail, le présent avenant pourra être dénoncé par tout ou partie des signataires, au plus tôt trois mois après sa date d'application, et avec un délai de préavis de trois mois. Les modalités de dénonciation sont fixées à l'article L. 2261-9 du code du travail et celles relatives au maintien de l'avenant dénoncé et à sa substitution sont fixées aux articles L. 2261-10 et suivants du même code.

Article 4

Les parties signataires conviennent expressément que le présent avenant entrera en vigueur le 1^{er} avril 2026, et conviennent également de demander l'extension du présent avenant dans les meilleurs délais.

Fait à Paris, le 8 décembre 2025.

(Suivent les signatures.)