

Brochure n° 3018

Convention collective nationale
IDCC : 1486. – BUREAUX D'ÉTUDES TECHNIQUES,
CABINETS D'INGÉNIEURS-CONSEILS
ET SOCIÉTÉS DE CONSEILS

AVENANT N° 2 DU 25 SEPTEMBRE 2019
À L'ACCORD DU 7 OCTOBRE 2015
RELATIF À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NOR : ASET1951233M
IDCC : 1486

Entre :
SYNTEC ;
CINOV,
D'une part, et
F3C CFDT,
D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour objet de mettre en conformité l'accord du 7 octobre 2015 relatif à la complémentaire santé avec la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée, dite 100 % santé, et le nouveau cahier des charges des contrats solidaires et responsables. L'article 51 de la loi n° 2018-1203 du 22 novembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a en effet posé les jalons de la réforme du « 100 % santé » et le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires est venu modifier le contenu du cahier des charges des contrats « responsable et solidaire ». Le dispositif légal et réglementaire du « 100 % santé » a notamment été depuis enrichi par différents décrets, arrêtés, décisions, avis et circulaires.

L'article 51 de la loi précitée dispose : « Les organisations liées par une convention de branche ou un accord professionnel permettant aux salariés de bénéficier de la couverture minimale prévue à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale engagent une négociation afin que la convention ou l'accord soient rendus conformes, avant le 1^{er} janvier 2020, aux conditions prévues à l'article L. 871-1 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi ».

C'est dans ce contexte qu'entre les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés signataires, il a été convenu d'apporter les modifications suivantes à l'accord de branche du 7 octobre 2015 relatif à la complémentaire santé :

Article 1^{er}

Détermination du champ territorial et professionnel

Avant l'article 1^{er}, de l'accord de branche du 7 octobre 2015 relatif à la complémentaire santé, est inséré un article liminaire intitulé « Détermination du champ territorial et professionnel » ainsi rédigé :

« Le champ d'application du présent accord est celui défini à l'article 1^{er} de la convention collective des bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseil du 15 décembre 1987 (IDCC 1486).

Les dispositions du présent accord permettent une régulation économique équitable entre toutes les entreprises de la branche. Elles s'appliquent donc indistinctement à tous les salariés des entreprises relevant de la convention de branche des bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseil, quel que soit leur effectif. »

Article 2

Tableaux des garanties

L'annexe I de l'accord du 7 octobre 2015 modifié relatif à la complémentaire santé est remplacée de la manière suivante :

« Les niveaux de garanties, présentés dans les tableaux ci-après, intègrent les remboursements opérés par l'assurance maladie obligatoire (sécurité sociale) lorsque celle-ci intervient (« Actes remboursés par la sécurité sociale »). À défaut, les remboursements sont uniquement opérés par l'organisme de complémentaire santé (« Actes non remboursés par la sécurité sociale »).

Il est précisé que l'ensemble des garanties satisfait aux conditions des contrats responsables et qu'en tant que de besoin, la garantie se lit comme se conformant nécessairement auxdites conditions.

Il est précisé que les remboursements de l'assurance maladie pour les actes en secteur « non conventionné » sont opérés sur une base de tarifs réglementaires (tarif d'autorité), dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les actes opérés en secteur « conventionné ».

(Voir tableau page suivante.)

HOSPITALISATION EN ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ ¹			
	BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2
Frais de séjour	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires ²	Praticien adhérent DPTAM *	220 % BR	220 % BR
	Praticien non adhérent DPTAM *	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier ³ - Par journée ou par nuitée	100 % DE	100 % DE	100 % DE
Chambre particulière ⁴ - Par journée ⁵ ou par nuitée	45 €	60 €	90 €
Lit d'accompagnant ⁴ - Par nuitée	45 €	60 €	90 €
Allocation maternité ou adoption	En cas de naissance ou adoption		
	En cas de naissance gémellaire		

* DPTAM = Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées : en adhérant à ces dispositifs (OPTAM ou OPTAM.CO en Chirurgie et Obstétrique), les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies avec la Sécurité sociale dans la convention médicale. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM.CO, il est possible de consulter le site internet annuel www.ameli.fr.

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale : il s'agit de la part qui est remboursée par l'assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale).

DE = Dépense Effective : il s'agit du montant total des dépenses engagées par l'assuré auquel est déduit le remboursement réalisé par l'assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale).

¹ Sont uniquement concernés les frais de médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie (hors chirurgie esthétique) en établissement hospitalier conventionné. **En établissement hospitalier non conventionné, la prise en charge est limitée au remboursement du Ticket Modérateur (TM).**

² Y compris la participation forfaitaire sur les actes lourds.

³ Sans limitation de durée.

⁴ La prise en charge est limitée à soixante (60) jours par an pour les séjours en psychiatrie.

⁵ La chambre particulière par journée correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie avec admission et sortie le même jour (ambulatoire).

SOINS COURANTS ⁶		BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2
Honoraires médicaux généraliste Consultation, consultation en ligne, visite	Praticien adhérent DPTAM *	100 % BR	150 % BR	220 % BR
	Praticien non adhérent DPTAM *	100 % BR	130 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux spécialiste Consultation, consultation en ligne, visite	Praticien adhérent DPTAM *	195 % BR	220 % BR	300 % BR
	Praticien non adhérent DPTAM *	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux	Praticien adhérent DPTAM *	150 % BR	170 % BR	170 % BR
	Praticien non adhérent DPTAM *	130 % BR	150 % BR	150 % BR
Actes d'imagerie médicale + actes d'échographie	Praticien adhérent DPTAM *	100 % BR	145 % BR	170 % BR
	Praticien non adhérent DPTAM *	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Honoraires paramédicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes.		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical : appareillage et prothèses médicales (<i>Hors aides auditives et optique</i>)		175 % BR	200 % BR	200 % BR
Frais de transport sanitaire : ambulance, taxi conventionné (<i>Hors SMUR⁷</i>)		100 % BR	100 % BR	100 % BR
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
Actes NON remboursés par la Sécurité sociale				
Médecines douces⁸ : Acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ostéopathe, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, tabacologue (<i>Sur présentation d'une facture originale</i>)			3 consultations plafonnées à 29 €	4 consultations plafonnées à 30 €
Sevrage tabagique⁸ (<i>Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée</i>)				50 €
Vaccin antigrippal⁸ (<i>Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée</i>)				Frais réels plafonnés à 15 €
Contraception féminine⁸ (<i>Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée</i>)				50 €
Équilibre alimentaire et produits diététiques⁸ (<i>Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée</i>)				60 €
Ostéodensitométrie osseuse⁸ (<i>Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée</i>)				50 €
Autres vaccins⁸ (<i>Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée</i>)				90 €

⁶ Après d'un professionnel conventionné ou non.

⁷ SMUR : Service Médical d'Urgence Régional : Il s'agit d'une 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.

⁸ Par année civile et par bénéficiaire.

SOINS COURANTS ⁶			
Assistance Santé	BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2
	Oui	Oui	Oui
DENTAIRE ⁹			
Soins et prothèses « 100 % Santé »	100 % pris en charge	100 % pris en charge	100% pris en charge
Équipements « 100 % santé » *			
Soins	100 % BR	100 % BR	100% BR
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie (sans dépassement d'honoraire)			
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie (avec dépassements d'honoraires)	150 % BR	200 % BR	200% BR
Inlay/onlay	150 % BR	200 % BR	200% BR
Dents du sourire ¹¹	250 % BR	300 % BR	450% BR
Dents de fond de bouche ¹²	175 % BR	200 % BR	350% BR
Inlays cores	150 % BR	200 % BR	200% BR
Dents du sourire ¹¹	250 % BR	300 % BR	450% BR
Dents de fond de bouche ¹²	175 % BR	200 % BR	350% BR
Inlays cores	150 % BR	200 % BR	200% BR
Couronne sur implant : dents du sourire ¹¹	250 % BR	300 % BR	450% BR
Couronne sur implant : dents de fond de bouche ¹²	175 % BR	200 % BR	350% BR
Orthodontie¹⁴ - Par semestre de traitement et par bénéficiaire	250% BR	300 % BR	350 % BR
Actes NON remboursés par la Sécurité sociale			
Parodontologie - Par an et par bénéficiaire		200 €	300 €
Couronne et pilier de bridge sur dents non délabrées (vivantes) - Par année et par bénéficiaire	150 €	200 €	300 €
Implantologie	500 €	500 €	500 €
Racine et pilier implantaire - Par année et par bénéficiaire			
Orthodontie¹⁵		250% BR ¹⁵	250% BR ¹⁵
Au-delà de 25 ans : sur avis du chirurgien-dentiste consultant de l'organisme assureur - Par semestre de traitement et par bénéficiaire			

⁹ Après d'un professionnel conventionné ou non.

¹⁰ Application d'un Plafond prothèse dentaire hors équipement « 100% Santé » : trois (3) prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà de ce plafond, la prise en charge est limitée à 125% de la BR des frais de soins dentaires prothétiques (décret n° 2019-21 du 11/01/2019).

¹¹ Les dents du sourire correspondent aux dents n° 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44.

¹² Les dents de fond de bouche correspondent aux dents n° 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48.

¹³ Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés dans la limite des prix limités de vente (PLV) et à tarifs libres.

¹⁴ Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base de la codification de la Sécurité sociale indiquée pour l'orthodontie et sur la Base de Remboursement de l'acte indiqué sur la ligne correspondant aux soins et prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.

¹⁵ Dans ce cas, le remboursement opéré par l'organisme de complémentaire santé est réalisé par référence à la Base de Remboursement reconstruite de la cote « TO90 ».

AIDES AUDITIVES		BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2
Prothèses auditives – Deux (2) prothèses par année et par oreille		450 € Au minimum 100% BR	600 € Au minimum 100% BR	1000 € Au minimum 100% BR
OPTIQUE ¹⁶		BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2
Lunettes Monture + 2 verres ¹⁷ de Classe A	Équipement « 100% Santé » * (Y compris examen de la vue par l'opticien)	100% pris en charge	100% pris en charge	100% pris en charge
Lunettes Monture + 2 verres ¹⁷ de Classe B	Par verre	Voir tableau « Base conventionnelle »	Voir tableau « Base conventionnelle + Option 1 »	Voir tableau « Base conventionnelle + Option 2 »
	Par monture			
Actes NON remboursés par la Sécurité sociale				
Lentilles prescrites jetables ¹⁸ - Par année et par bénéficiaire		85 €	100 €	200 €
Actes NON remboursés par la Sécurité sociale				
Chirurgie optique réfractive - Par œil		600 €	700 €	750 €

* 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 réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale) et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

¹⁶ Renouvellement annuel en cas de renouvellement anticipé d'un équipement ou pour les enfants de moins de seize (16) ans révolus. Renouvellement tous les six (6) mois pour les enfants de moins de six (6) ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage. Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les deux (2) ans à compter du 16^e anniversaire (hors situation médicale particulière pour les verres).

¹⁷ Les verres sont définis par les codes « Liste des produits et prestations » (LPP) de la nomenclature de la Sécurité sociale (accessible sur le site www.ameli.fr).

¹⁸ Pour les lentilles jetables acceptées, au minimum remboursement du Ticket Modérateur (TM) qui est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur

VERRES DE « CLASSE B » ET MONTURES (Montant total de la garantie, Sécurité sociale incluse)	BASE CONVENTIONNELLE		BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1		BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2	
	Adulte	Enfant (- 16 ans)	Adulte	Enfant (- 16 ans)	Adulte	Enfant (- 16 ans)
	Par verre Unifocal, Sphérique					
Sphère de -6 à +6	70 €	40 €	80 €	50 €	90 €	60 €
Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	80 €	75 €	90 €	85 €	100 €	95 €
Sphère < -12 ou > +12	90 €	80 €	100 €	90 €	110 €	100 €
	Par verre Unifocal, Sphérique-cylindrique					
Cylindre ≤ +4, sphère de -6 à 0	80 €	50 €	90 €	60 €	100 €	70 €
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ +6	80 €	50 €	90 €	60 €	100 €	70 €
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +6	80 €	70 €	90 €	70 €	100 €	70 €
Cylindre ≤ +4, sphère < -6	90 €	80 €	100 €	90 €	110 €	100 €
Cylindre > +4, sphère de -6 à 0	100 €	90 €	110 €	100 €	120 €	110 €
Cylindre > +4, sphère < -6	110 €	100 €	120 €	110 €	130 €	120 €
	Par verre Multifocal ou progressif sphérique					
Sphère de -4 à +4	130 €	105 €	140 €	115 €	160 €	125 €
Sphère de < -4 ou > +4	140 €	115 €	150 €	125 €	170 €	135 €
	Par verre Multifocal ou Progressif Sphéro-cylindrique					
Cylindre ≤ +4, sphère de -8 à 0	150 €	125 €	160 €	135 €	180 €	145 €
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ +8	150 €	125 €	160 €	135 €	180 €	145 €
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +8	150 €	125 €	160 €	135 €	180 €	145 €
Cylindre > +4, sphère de -8 à 0	150 €	125 €	160 €	135 €	180 €	145 €
Sphère < -8	150 €	125 €	160 €	135 €	180 €	145 €

Article 3

Tableau des garanties relatives à l'aide auditive

À compter du 1^{er} janvier 2021, le tableau des garanties « Aide auditive » à l'annexe I de l'accord du 7 octobre 2015 modifié relatif à la complémentaire santé est remplacé de la manière suivante :

(Voir tableau page suivante)

AIDES AUDITIVES ¹⁹		BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2
Aides auditives de classe I ^{**} (Équipements « 100 % Santé » [*])		100 % pris en charge	100 % pris en charge	100 % pris en charge
Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité ²¹				
Aides auditives de classe II ^{** 20}		450 €	600 €	1 000 €
Bénéficiaire à compter du 21 ^e anniversaire				
Accessoires et fournitures		TM	TM	TM

^{*} 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 réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale) 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 réglementaire des options de la liste A et de la liste B.

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

TM = Ticket Modérateur : il s'agit de la 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).

¹⁹ Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre (4) ans dans les conditions précisées par la « Liste des produits et prestations » (LPP) de la nomenclature de la Sécurité sociale (accessible sur le site www.ameli.fr).

²⁰ Dans la limite de 1 700 € (hors accessoires) par aide auditive (Ticket Modérateur et remboursement par l'assurance maladie obligatoire compris). Au minimum, remboursement de 100 % BR.

²¹ La cécité se définit comme une acuité visuelle inférieure à 1/20^e après correction.

Article 4

Changement de dénomination de l'un des organismes assureurs recommandés

Au sein des articles 1^{er} et 2 de l'annexe II de l'accord du 7 octobre 2015 modifié relatif à la complémentaire santé, la dénomination « Malakoff Médéric Prévoyance » est remplacée par « Malakoff Humanis Prévoyance ».

Article 5

Durée et entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée, à compter du 1^{er} janvier 2020. Il s'incorpore à l'accord de branche du 7 octobre 2015 qu'il modifie. Il est donc régi par les mêmes modalités de suivi, révision et dénonciation.

Il est inséré à l'article 4.2 de l'accord du 7 octobre 2015 un dernier alinéa ainsi rédigé : « Le présent accord de branche s'impose aux accords d'entreprises, quelle que soit la date de leur conclusion, sauf si l'accord d'entreprise contient des garanties au moins équivalentes ».

Article 6

Formalités et extension

Le présent avenant est notifié et déposé dans les conditions prévues par le code du travail et fera l'objet d'une demande d'extension par la partie la plus diligente auprès du ministre du travail dans le cadre des dispositions légales et de la procédure d'extension spécifique mise en place par la direction générale du travail et la direction de la sécurité sociale pour l'extension des accords collectifs ayant pour objet la mise en conformité au nouveau cahier des charges des contrats solidaires et responsables.

Après avoir lu et paraphé chacune des pages précédentes et le cas échéant les annexes afférentes, les représentants signataires ont approuvé l'avenant au nom de leur organisation.

Fait à Paris, le 25 septembre 2019.

(Suivent les signatures.)