

ACCORD NATIONAL DU 7 OCTOBRE 2015

DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES BUREAUX D'ETUDES TECHNIQUES, CABINETS D'INGENIEURS-CONSEILS, SOCIETES DE CONSEIL DU 15 DECEMBRE 1987 RELATIF A LA MISE EN PLACE D'UNE COUVERTURE COLLECTIVE DE BRANCHE A ADHESION OBLIGATOIRE EN MATIERE DE REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES DES FRAIS OCCASIONNES PAR UNE MALADIE, UNE MATERNITE OU UN ACCIDENT (IDCC1486)

PREAMBULE

La loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi transpose, en les aménageant, les principales dispositions de l'Accord National Interprofessionnel (A.N.I.) du 11 janvier 2013.

L'article 1^{er} de cette loi consacre la généralisation de la complémentaire santé, pour tous les salariés du secteur privé, quelle que soit l'activité et la taille de l'entreprise, d'ici le 1^{er} janvier 2016.

Soucieuses d'améliorer le statut social des salariés qui ne disposent pas encore d'une couverture santé, tout en préservant les régimes de couverture préexistant dans les entreprises de la branche, les organisations professionnelles d'employeurs et les syndicats de salariés relevant de la convention collective nationale des bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs conseils, sociétés de conseil du 15 décembre 1987, instaurent, par le présent accord une couverture minimum de Branche, plus favorable que la couverture réglementaire, qui devra être assurée pour chaque salarié relevant de la convention collective, quel que soit le prestataire ou le régime qui le couvre.

Les partenaires sociaux de la Branche recommandent paritairement les prestataires qui proposeront un contrat de branche reprenant la couverture minimum de branche définie dans le présent accord, dans le respect de la procédure de mise en concurrence préalable imposée par la loi (article L.912-1 II du Code de la Sécurité sociale) et selon les modalités prévues par Décret n°2014-1498 du 11 décembre 2014 et le Décret n°2015-13 du 8 janvier 2015.

Les partenaires sociaux de la branche rappellent que l'adhésion des entreprises à l'un des organismes recommandés par la branche permet d'une part de mettre en œuvre une mutualisation entre tout ou partie des entreprises de la Branche et de bénéficier d'autre part d'une meilleure prise en compte des spécificités de la branche ainsi que des services associés à cette mutualisation (action sociale, réseau de soins, actions de prévention santé..).

Les partenaires sociaux de la branche invitent donc les entreprises à adhérer à l'un des organismes assureurs recommandés en rappelant, toutefois, que les entreprises de la Branche sont libres d'adhérer à l'organisme de leur choix.

ARTICLE 1 - PRINCIPES GENERAUX DE LA COUVERTURE MINIMUM DE BRANCHE DE REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES DES FRAIS OCCASIONNES PAR UNE MALADIE, UNE MATERNITE OU UN ACCIDENT

Article 1-1 Adhésion du salarié

Article 1.1.1 A Bénéficiaires de la couverture minimum de Branche en matière de remboursements complémentaires des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident

Sont bénéficiaires de la couverture minimum de Branche en matière de remboursements complémentaires des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisations tous les salariés inscrits à l'effectif d'une entreprise relevant dudit champ d'application. Cette couverture s'étend, aux enfants à charge du salarié au sens de la sécurité sociale.

Article 1.1.1 B Disposition transitoire

Dans l'attente de la publication du Décret « salariés à employeurs multiples et à temps très partiel » qui doit venir préciser, notamment, les modalités de financement de la couverture complémentaire santé, et si aucun régime de complémentaire santé spécifique n'est mis en place pour les couvrir, le personnel visé à l'annexe 4 (dite « annexe Enquêteurs ») de la CCN, et les autres salariés à temps très partiel et/ou à employeurs multiples des entreprises de la branche, auront accès au niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé précisé par le présent accord, au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

A défaut de régime complémentaire santé spécifique couvrant les personnels visés par le paragraphe précédent, ces mêmes garanties seront à titre exclusivement supplétif, prises en charge, jusqu'à la parution du Décret « salariés à employeurs multiples et à temps très partiel » par le fonds d'action sociale des organismes assureurs recommandés visé à l'article 1.3.4 du présent accord ou par les fonds d'action sociale des organismes assureurs non recommandés, dans les conditions du Décret du 11 décembre 2014 relatif aux garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Article 1.1.2 Dispenses d'adhésion à l'initiative du salarié

L'adhésion des salariés au régime de complémentaire santé est obligatoire.

Sauf si un acte juridique de l'entreprise prévoit des dispositions différentes, les salariés ont la faculté de refuser leur adhésion au régime de branche dans les conditions prévues aux articles D. 911-2, D. 911-3 et R.242-1-6 du Code de la sécurité sociale et rappelées ci-dessous :

1° Lorsque les garanties ont été mises en place par une décision unilatérale et que le dispositif prévoit que les salariés embauchés avant la mise en place des garanties peuvent en être dispensés ;

2° Lorsque les garanties ont été mises en place dans les conditions fixées à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale et que l'acte qui met en place ces garanties prévoit, quelle que soit leur date d'embauche, les cas de dispense :

a) Des salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

b) Des salariés bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;

c) Des salariés à temps partiel et apprentis n'ayant pas de couverture individuelle ou collective dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;

d) Des salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du Code de la sécurité sociale. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

e) Des salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

f) Des salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance santé complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre, dont notamment : le régime local d'assurance maladie du Haut Rhin, Bas Rhin, Moselle, les contrats d'assurance de groupe Madelin, à condition de le justifier chaque année.

Cependant, les apprentis qui ne seraient pas pris en charge en qualité d'ayant droit dans un autre régime ne peuvent pas faire l'objet de dispense.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire, chaque année, la demande de dispense accompagnée des justificatifs, des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

La mise en œuvre des cas de dispense prévus par le présent article s'entend sans préjudice de l'application aux salariés concernés qui le souhaitent, des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 faisant obstacle à ce que les salariés employés par l'entreprise lors de la mise en place par voie de décision unilatérale de l'employeur d'un système de garanties collectif couvrant les risques que ces dispositions mentionnent soient contraints de cotiser contre leur gré à ce système.

Article 1.1.3 Maintien de la couverture minimum de Branche en cas de suspension du contrat de travail

a) Les cas de maintien du bénéfice du régime

Les garanties sont maintenues aux salariés dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions légales et réglementaires suivantes :

Lorsque la suspension intervient pour cause de maternité, paternité, maladie ou accident du travail, accident de trajet ou toute autre cause ouvrant droit, soit à maintien (total ou partiel) de salaire par l'entreprise, soit à indemnités journalières de sécurité sociale et/ou complémentaires, le salarié bénéficie du maintien intégral de ses garanties.

Lorsque la suspension intervient pour cause d'invalidité d'origine professionnelle ou non, ouvrant droit au versement d'une pension d'invalidité au titre du régime de prévoyance, le salarié bénéficie du maintien de ses garanties pendant la durée de la suspension du contrat.

L'employeur et le salarié continuent de verser la même cotisation qu'avant la suspension du contrat de travail, pendant la durée de ladite suspension.

b) Les autres cas de suspension

Dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail, n'ouvrant pas ou plus droit à maintien de salaire ou indemnisation de la part de l'employeur (y compris versée par l'intermédiaire d'un tiers), l'obligation de cotiser et le versement des prestations sont également suspendus.

Les salariés pourront, sur simple demande écrite auprès de l'employeur, toutefois continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

Article 1.1.4 Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

La cessation de l'affiliation obligatoire des salariés et le maintien de la couverture minimum de branche mise en place par le présent accord de Branche dans le cadre de la portabilité, sont régis par les dispositions légales et réglementaires en vigueur, et en particulier par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

L'affiliation du salarié et le droit aux garanties cessent de produire ses effets :

- A) en cas de décès du salarié, dans le respect des dispositions légales et réglementaires ;
- B) à l'occasion de la rupture de son contrat de travail, sous réserve des dispositions visées ci-après ;

En cas de rupture de son contrat de travail, ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié bénéficie du maintien de la garantie de remboursement complémentaires des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident sans contrepartie de cotisation dans les conditions fixées à l'article L911-8 du Code de la sécurité sociale.

Le maintien de garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail, pendant une durée correspondant à celle du dernier contrat de travail, ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

Le maintien de garanties cesse à la date de reprise d'un autre emploi ou d'un arrêt de la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Pour l'application de cette mesure, l'entreprise signale le maintien des garanties dans le certificat de travail remis au salarié et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions pour bénéficier du maintien des garanties.

A l'issue de cette période, l'ancien salarié peut demander à l'organisme dans un délai de 6 mois, le maintien de la garantie conventionnelle obligatoire du salarié en vigueur à cette date. L'organisme met au point la procédure permettant d'évaluer la cotisation entièrement à la charge de l'intéressé, sans qu'elle puisse excéder les limites fixées par la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et ses décrets d'application.

L'ancien salarié titulaire d'une pension d'incapacité ou d'invalidité, participant de la couverture collective au jour de la rupture de son contrat de travail, peut demander à l'organisme dans les 6 mois qui suivent la rupture de son contrat de travail, le maintien de la garantie conventionnelle obligatoire du salarié en vigueur à cette date. La cotisation totale est alors entièrement à sa charge.

L'ancien salarié titulaire d'une pension de retraite, participant de la couverture collective au jour de la rupture définitive de son contrat de travail, peut demander à l'organisme dans les 6 mois qui suivent la rupture de son contrat de travail, le maintien de la garantie conventionnelle obligatoire du salarié en vigueur à cette date. L'organisme met au point la procédure permettant d'évaluer la cotisation entièrement à la charge de l'intéressé, sans qu'elle puisse excéder les limites fixées par la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et ses décrets d'application.

Article 1.1.5 Répartition de la cotisation entre employeur et salarié

Les cotisations au titre de la couverture minimum de branche obligatoire, sont réparties entre l'entreprise et le salarié selon des taux d'au moins de 50% à la charge de l'employeur et au plus 50% la charge du salarié.

La quote-part salariale de la cotisation de la couverture collective obligatoire est retenue mensuellement par précompte sur la rémunération brute du salarié et figure sur le bulletin de paye.

Article 1.1.6 Cotisation et répartition de la cotisation en cas de pluralité d'employeurs et de travail à temps très partiel

Il est renvoyé aux dispositions du futur décret.

Article 1.1.7 Adhésion optionnelle du salarié

Au-delà des garanties de base obligatoires de la branche, les entreprises doivent proposer des dispositifs optionnels financés par les salariés, pour étendre les garanties de base obligatoires de la branche au conjoint à charge, au sens de la sécurité sociale, du salarié ou pour améliorer la couverture conventionnelle des bénéficiaires du régime de branche.

Article 1-2. Choix des organismes assureurs.

Les partenaires sociaux souhaitent préserver la liberté de choix de l'employeur tout en permettant aux entreprises et aux salariés de bénéficier d'une couverture de remboursements complémentaires des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation, répondant à leurs besoins et aux conditions tarifaires définies par les partenaires sociaux.

A l'issue d'une procédure transparente de mise en concurrence prévue par les dispositions légales et réglementaires, plusieurs organismes assureurs seront recommandés par les partenaires sociaux dans le but de proposer un contrat de branche aux entreprises.

Ces recommandations n'ont aucune valeur contraignante ou pénalisante pour les entreprises.

Afin de garantir aux salariés et à leurs enfants à charge, une couverture frais de santé optimale et d'assurer la meilleure efficacité possible du régime de branche, les partenaires sociaux s'engagent à procéder à un nouvel appel d'offres tous les cinq ans, sauf si le régime présente un déséquilibre financier marqué et/ou des prestations liées aux garanties non conformes au cahier des charges, nécessitant dès lors un appel d'offres anticipé.

Par souci d'assurer au mieux l'équilibre financier du régime et de diviser les risques, les partenaires sociaux devront définir dans l'appel d'offres des dispositions permettant de répondre à cet objectif et prévoiront la désignation parmi les organismes assureurs recommandés, d'une société apéritrice, en charge de la gestion du contrat commun (Convention d'assurance), de la consolidation et de la sinistralité.

Article 1-3 Action sociale de branche

Les partenaires sociaux souhaitent mettre en place des garanties collectives présentant un haut degré de solidarité et comprenant, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif.

Article 1-3-1 Bénéficiaires de l'action sociale

L'action sociale est mise en œuvre au profit des bénéficiaires du régime complémentaire santé de Branche.

Article 1-3-2 Garanties de l'action sociale

L'action sociale mise en place par le présent accord peut concerner des actions collectives de prévention ainsi que des actions individuelles en cas de difficultés d'ordre social ou économique, notamment sous forme d'aides exceptionnelles sous conditions de ressources.

Article 1-3-3 Le Comité paritaire de surveillance

La politique d'action sociale de branche est confiée au comité paritaire de surveillance, composé d'un titulaire et d'un suppléant pour chaque organisation syndicale de salariés, et d'un nombre égal de représentants au titre des fédérations employeurs du présent accord.

Les organisations syndicales de salariés et fédérations employeurs, signataires du présent accord y siègent avec voix délibératives.

Les organisations syndicales de salariés et fédérations employeurs, non signataires du présent accord y siègent avec voix consultatives.

Le comité détermine les orientations des actions de prévention, les modalités d'attribution des prestations d'action sociale et contrôle les opérations administratives et financières liées à l'action sociale, sauf pour les fonds d'action sociale mis en place en interne par les entreprises ou groupes d'entreprises.

Le comité désigne en son sein, pour un an, un président et un vice-président choisi alternativement dans chacun des collèges salariés et employeurs formés d'organisations signataires de l'accord.

Le comité paritaire de surveillance se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président.

Article 1-3-4 Gouvernance du fonds d'action sociale des organismes assureurs recommandés

Dans le cadre du régime et sur la base des orientations politiques retenues par le Comité paritaire de surveillance, l'apérateur (ou société apéritrice) choisi parmi les assureurs recommandés pilote la gestion administrative et financière du fonds dédié à l'action sociale et assure le reporting administratif et financier auprès du comité paritaire de surveillance.

Article 1-3-5 Financement de l'action sociale

Conformément aux dispositions légales et réglementaires, 2% du montant de la prime ou de la cotisation globale acquittée par l'employeur et le salarié, sont affectés au financement des prestations servies dans le cadre de l'action sociale des organismes assureurs non recommandés ou par le fonds d'action sociale des organismes assureurs recommandés.

Le fonds d'action sociale des organismes assureurs recommandés bénéficie exclusivement aux salariés couverts par les organismes assureurs recommandés.

Article 1-4 Suivi de la couverture collective de Branche

Les organismes choisis fourniront semestriellement au comité paritaire de surveillance de la complémentaire santé de la Branche, un rapport établi conformément aux modalités définies dans les conventions de gestion conclues avec les organismes recommandés.

Conformément à l'article L.912-1 du Code de la Sécurité sociale, le ou les organismes ou institutions adressent annuellement au ministre chargé de la sécurité sociale, un rapport sur la mise en œuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre, dont le contenu est précisé par décret.

Article 1-5 Obligation d'information

Les parties considèrent qu'un niveau adapté d'information permanente des bénéficiaires est essentiel à la bonne compréhension de leurs droits et obligations et à la réalisation des objectifs du présent accord.

Dans ce cadre, les organismes assureurs devront prendre l'engagement :

- d'assurer auprès des entreprises concernées et de leur personnel une communication adaptée, sur la base d'une plaquette d'information établie en concertation avec les parties signataires de la convention collective, afin de faciliter la mise en place du régime ;

- d'établir une notice d'information dont l'objet est de détailler les garanties et leurs modalités d'application ; de la transmettre à chaque entreprise adhérente par tous moyens (notamment par la voie dématérialisée ce qui vaudra notification au sens de l'article L.932-6 du Code de la Sécurité sociale, L 141-4 du Code des assurances et L221-6 du Code de la mutualité) et de la mettre à jour en cas d'évolution des garanties. Toutefois, s'il s'agit de modifications entraînant des rectifications non significatives de la notice initiale, l'information pourra être faite par une fiche rectificative destinée à compléter ou mettre à jour la notice initiale. Les entreprises ont l'obligation de remettre cette notice à chaque membre du personnel en place et au moment de l'entrée en fonction.

En cas de rupture du contrat de travail, et au plus tard le dernier jour de la relation contractuelle, les entreprises doivent informer les salariés du maintien possible des garanties en application des dispositions légales et des conditions dans lesquelles ils peuvent en bénéficier.

ARTICLE 2 - GARANTIES

La couverture minimum de Branche a pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation considérés par les partenaires sociaux de la Branche comme devant obligatoirement être couverts pour l'ensemble des salariés travaillant dans les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective, et de leurs enfants à charge, et ce quel que soit le prestataire retenu par leur entreprise. Les garanties sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de la conclusion du présent accord.

Les partenaires sociaux affirment leur volonté d'améliorer les garanties réglementaires existantes au jour de la conclusion du présent accord relatives notamment aux frais dentaires et optiques. Sont couverts les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de sécurité sociale au titre de la législation maladie, accident du travail/maladie professionnelle et maternité.

Soucieux d'intervenir en amont afin de prévenir les risques en matière de santé, les partenaires sociaux ont décidé de mettre en avant plusieurs actions de prévention au travers des garanties proposées.

Les garanties respectent en toutes circonstances les exigences du contrat « responsable » en termes d'interdictions et d'obligations minimales et maximales de prise en charge, conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale.

Les tableaux de garanties seront annexés au présent accord simultanément aux recommandations établies par les partenaires sociaux à l'issue de la procédure d'appel d'offres.

ARTICLE 3- MISE EN ŒUVRE DE L'ACCORD DE BRANCHE

Article 3-1 Durée de l'accord.

Le présent accord est conclu pour une période à durée indéterminée.



Article 3-1-1 Révision et Dénonciation de l'accord.

Les dispositions du présent accord pourront être révisées ou dénoncées conformément aux dispositions des articles L.2261-7 à L.2261-12 du Code du travail.

Article 3-1-2 Suivi de l'accord

Les partenaires sociaux conviennent que la commission de suivi complémentaire santé se réunira au moins deux fois par an pour établir un bilan de l'année écoulée et proposer des pistes d'amélioration ou de modification.

Article 3-2 Entrée en vigueur et mise en œuvre de l'accord de Branche par les entreprises de la Branche

Les entreprises disposant déjà, d'une couverture de remboursements complémentaires pour leurs salariés et pour les enfants à charge de leurs salariés sont considérées comme satisfaisant à la couverture minimum de branche, à condition que la répartition des cotisations appelées au titre de la couverture minimum de branche telle que définie par le présent accord à l'article 2, corresponde à celle précisée à l'article 1.1.5 et que le niveau des garanties soit équivalent, selon la situation réelle du salarié, à celui de la couverture minimum de branche du salarié avec ou sans enfants à charge. Ces entreprises disposent d'un délai de 3 mois à compter de la publication de l'arrêté d'extension du présent accord, pour se mettre en conformité.

Les entreprises dépourvues de couverture de remboursements complémentaires des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation à la date de signature de l'accord sont tenues d'appliquer les garanties de la couverture minimum de Branche, auprès de l'un des organismes choisis par les partenaires sociaux ou auprès de tout autre organisme assureur de leur choix, au plus tard à compter du 1er janvier 2016.

Les entreprises en création disposent d'un délai de 3 mois pour satisfaire aux garanties prévues par la couverture minimum de Branche et ce auprès de tout organisme de leur choix.

Article 3-3 Modification du cadre législatif ou réglementaire

Les dispositions du présent accord ont été adoptées dans un cadre législatif et réglementaire en vigueur au moment de sa prise d'effet. Elles seront révisées sans délai, en tout ou partie, en cas de modification ou d'évolution des textes législatifs ou réglementaires.

Annexe 1

Tableaux des garanties

Remboursement total dans la limite des frais réels sous déduction de la Sécurité Sociale

Garanties (*)	Régime conventionnel	Option n°1	Option n°2
Frais d'hospitalisation			
Chirurgie - Hospitalisation Médecine, Psychiatrie, Chirurgie et Obstétrique			
Frais de séjour	175% BR	200% BR	200% BR
Honoraires (praticiens non CAS)	175% BR	200% BR	200% BR
Honoraires (praticiens CAS)	195% BR	220% BR	220% BR
Forfait actes lourds	couverture aux frais réels, actuellement : 18 €	couverture aux frais réels, actuellement : 18 €	couverture aux frais réels, actuellement : 18 €
Forfait hospitalier	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour en hôpital ou en clinique et 13,50 € par jour dans le service psychiatrique	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour en hôpital ou en clinique et 13,50 € par jour dans le service psychiatrique	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour en hôpital ou en clinique et 13,50 € par jour dans le service psychiatrique
Chambre particulière par jour			
Conventionnelle	100 % des frais réels dans la limite de 45 €	100 % des frais réels dans la limite de 60 €	100 % des frais réels dans la limite de 90 €
Personne accompagnante			
Conventionnelle	100 % des frais réels dans la limite de 45 € par jour	100 % des frais réels dans la limite de 60 € par jour	100 % des frais réels dans la limite de 90 € par jour
Frais médicaux			
Consultations - visites Généralistes (non CAS)	100% BR	130% BR	200% BR
Consultations - visites Généralistes (CAS)	100% BR	150% BR	220% BR
Consultations - visites Spécialistes (non CAS)	175% BR	200% BR	200% BR
Consultations - visites Spécialistes (CAS)	195% BR	220% BR	300% BR
Pharmacie	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) (non CAS)	130% BR	150% BR	150% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) (CAS)	150% BR	170% BR	170% BR
Imagerie médicale (non CAS)	100% BR	125% BR	150% BR
Imagerie médicale (CAS)	100% BR	145% BR	170% BR
Orthopédie et autres prothèses	175% BR	200% BR	200% BR
Prothèses Auditives	450 € par oreille; 2 prothèses par an max avec un minimum de 100% BR	600 € par oreille; 2 prothèses par an max avec un minimum de 100% BR	1 000 € par oreille; 2 prothèses par an max. avec un minimum de 100% BR
Transport accepté par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Distance limitée à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à celle du décret 2014-1023			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Soins dentaires avec dépassements (y compris Inlay / Onlay)	150% BR	200% BR	200% BR
Orthodontie			
Acceptée par la Sécurité sociale	250% BR	300% BR	350% BR
Refusée par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	non couverte	250% de la BR reconstituée sur base T090	250% de la BR reconstituée sur base T090
Prothèses dentaires			
Remboursées: dents du sourire	250% BR	300% BR	450% BR
Remboursées: dents de fond de bouche	175% BR	200% BR	350% BR
Inlays-couronnes	150% BR	200% BR	200% BR
Non remboursées par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire	150 €	200 €	300 €
Parodontologie non remboursée	non couverte	200 / an	300 / an
Implantologie par an et par bénéficiaire	500 €	500 €	500 €
Frais d'optique: les garanties s'entendent			
Adultes : un équipement tous les 2 ans, sauf en cas de changement d'acuité visuelle, avec un maximum d'un équipement annuel			
Enfants : un équipement annuel			
Verres			
Montures	Grille Régime Conventionnel	Grille Option N°1	Grille Option N°2
Lentilles	85 € / an / bénéficiaire (avec au minimum le remboursement du ticket modérateur pour les lentilles acceptées)	100 € / an / bénéficiaire (avec au minimum le remboursement du ticket modérateur pour les lentilles acceptées)	200 € / an / bénéficiaire (avec au minimum le remboursement du ticket modérateur pour les lentilles acceptées)
Prescrites : Acceptée, refusée, jetables			
Chirurgie réfractive (par œil)	600 €	700 €	750 €
Actes de Prévention			
Tous les actes des contrats responsables	oui au ticket modérateur	oui au ticket modérateur	oui au ticket modérateur
Autres			
Médecines douces : ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue.	non couverte	3 x 25 €/an	4 x 30 €/an
Patch anti-tabac	non couverte	non couverte	50€/an
Vaccin anti-grippe			Frais réels, limite 15 €
Contraception féminine			50€/an
Dietétique (prescription par un diététicien ou médecin non prise en charge par la Sécurité sociale)			60€/an
Ostéodensitométrie osseuse			50€/an
Vaccins Prévu non remboursés			90€/an
Assistance santé	oui	oui	oui

(*) Les praticiens ayant signé le contrat d'accès aux soins verront leurs remboursements augmentés de 20% BR conformément au décret 2014-1374 du 18 novembre 2014

(1) Au-delà de 25 ans la prise en charge des actes orthodontiques est soumise à l'avis du dentiste consultant de l'organisme assureur
BR : Base de remboursement Sécurité sociale



Régime conventionnel	Mineurs < 18 ans					Adultes					
	Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS (Régime Général)	Rbt Ass.	2 verres + 1 monture *	Code LPP	LPP >= 18 ans	Rbt SS (Régime Général)	Rbt Ass.	2 verres + 1 monture *
Verres Simple Foyer, Sphériques											
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874		12,04 €	7,22 €	40,00 €	140,00 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	70,00 €	220,00 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441		26,68 €	16,01 €	75,00 €	210,00 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	80,00 €	240,00 €
sphère < -10 ou >+10	2248320, 2273854		44,97 €	26,98 €	80,00 €	220,00 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	90,00 €	260,00 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques											
cylindre <= +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413		14,94 €	8,96 €	50,00 €	160,00 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	80,00 €	240,00 €
cylindre <= +4 sphère < -6 ou >+6	2219381, 2283953		36,28 €	21,77 €	80,00 €	220,00 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	90,00 €	260,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385		27,90 €	16,74 €	90,00 €	240,00 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	100,00 €	280,00 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	2206800, 2245036		46,50 €	27,90 €	100,00 €	260,00 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	110,00 €	300,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques											
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245		39,18 €	23,51 €	105,00 €	270,00 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	130,00 €	340,00 €
sphère < -4 ou >+4	2202452, 2238792		43,30 €	25,98 €	115,00 €	290,00 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	140,00 €	360,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques											
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221		43,60 €	26,16 €	125,00 €	310,00 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	150,00 €	380,00 €
sphère < -8 ou >+8	2234239, 2259660		66,62 €	39,97 €	135,00 €	330,00 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	160,00 €	400,00 €
Garantie	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS (Régime Général)	Rbt Ass.	1 monture	Code LPP	LPP >= 18 ans	Rbt SS (Régime Général)	Rbt Ass.	1 monture	
Garantie	2210546	30,49 €	18,29 €	60,00 €	60,00 €	2223342	2,84 €	1,70 €	80,00 €	80,00 €	

(*) 2 verres + 1 monture doivent s'entendre en complément de la base de remboursement de la Sécurité Sociale par période de 1 an pour les mineurs ou en cas de changement de correction, par période de 2 ans pour les adultes (sans changement de correction)

Option n°1	Mineurs < 18 ans					Adultes					
	Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS (Régime Général)	Rbt Ass.	2 verres + 1 monture *	Code LPP	LPP >= 18 ans	Rbt SS (Régime Général)	Rbt Ass.	2 verres + 1 monture *
Verres Simple Foyer, Sphériques											
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874		12,04 €	7,22 €	50,00 €	175,00 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	80,00 €	260,00 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441		26,68 €	16,01 €	85,00 €	245,00 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	90,00 €	280,00 €
sphère < -10 ou >+10	2248320, 2273854		44,97 €	26,98 €	90,00 €	255,00 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	100,00 €	300,00 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques											
cylindre <= +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413		14,94 €	8,96 €	60,00 €	195,00 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	90,00 €	280,00 €
cylindre <= +4 sphère < -6 ou >+6	2219381, 2283953		36,28 €	21,77 €	90,00 €	255,00 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	100,00 €	300,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385		27,90 €	16,74 €	100,00 €	275,00 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	110,00 €	320,00 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	2206800, 2245036		46,50 €	27,90 €	110,00 €	295,00 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	120,00 €	340,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques											
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245		39,18 €	23,51 €	115,00 €	305,00 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	140,00 €	380,00 €
sphère < -4 ou >+4	2202452, 2238792		43,30 €	25,98 €	125,00 €	325,00 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	150,00 €	400,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques											
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221		43,60 €	26,16 €	135,00 €	345,00 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	160,00 €	420,00 €
sphère < -8 ou >+8	2234239, 2259660		66,62 €	39,97 €	145,00 €	365,00 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	170,00 €	440,00 €
Garantie	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS (Régime Général)	Rbt Ass.	1 monture	Code LPP	LPP >= 18 ans	Rbt SS (Régime Général)	Rbt Ass.	1 monture	
Garantie	2210546	30,49 €	18,29 €	75,00 €	75,00 €	2223342	2,84 €	1,70 €	100,00 €	100,00 €	

(*) 2 verres + 1 monture doivent s'entendre en complément de la base de remboursement de la Sécurité Sociale par période de 1 an pour les mineurs ou en cas de changement de correction, par période de 2 ans pour les adultes (sans changement de correction)

Option n°2	Mineurs < 18 ans					Adultes					
	Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS (Régime Général)	Rbt Ass.	2 verres + 1 monture *	Code LPP	LPP >= 18 ans	Rbt SS (Régime Général)	Rbt Ass.	2 verres + 1 monture *
Verres Simple Foyer, Sphérique											
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	60,00 €	220,00 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	90,00 €	330,00 €	
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	95,00 €	290,00 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	100,00 €	350,00 €	
sphère < -10 ou >+10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	100,00 €	300,00 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	110,00 €	370,00 €	
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques											
cylindre <= +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	70,00 €	240,00 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	100,00 €	350,00 €	
cylindre <= +4 sphère < -6 ou >+6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	100,00 €	300,00 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	110,00 €	370,00 €	
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	110,00 €	320,00 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	120,00 €	390,00 €	
cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	120,00 €	340,00 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	130,00 €	410,00 €	
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques											
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	125,00 €	350,00 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	160,00 €	470,00 €	
sphère < -4 ou >+4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	135,00 €	370,00 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	170,00 €	490,00 €	
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques											
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	145,00 €	390,00 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	180,00 €	510,00 €	
sphère < -8 ou >+8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	155,00 €	410,00 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	190,00 €	530,00 €	
Garantie	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS (Régime Général)	Rbt Ass.	1 monture	Code LPP	LPP >= 18 ans	Rbt SS (Régime Général)	Rbt Ass.	1 monture	
Garantie	2210546	30,49 €	18,29 €	100,00 €	100,00 €	2223342	2,84 €	1,70 €	150,00 €	150,00 €	

(*) 2 verres + 1 monture doivent s'entendre en complément de la base de remboursement de la Sécurité Sociale par période de 1 an pour les mineurs ou en cas de changement de correction, par période de 2 ans pour les adultes (sans changement de correction)

ANNEXE 2

Choix des organismes assureurs recommandés et de la société apéritrice

Article 1 – Choix des organismes assureurs recommandés

La Commission Paritaire de la Convention Collective Nationale des Bureaux d'Etudes Techniques, Cabinets d'Ingénieurs Conseils et Sociétés de Conseils retient à l'issue de sa procédure de mise en concurrence des organismes assureurs dans le cadre de la recommandation prévue à l'article L.912-1 du Code de la Sécurité sociale, au titre de la Complémentaire frais de santé, les organismes assureurs suivants :

- Harmonie Mutuelle
- Humanis Prévoyance
- Malakoff Médéric Prévoyance

Article 2 – Société apéritrice

La Commission Paritaire de la Convention Collective Nationale des Bureaux d'Etudes Techniques, Cabinets d'Ingénieurs Conseils et Sociétés de Conseil choisit Malakoff Médéric Prévoyance en qualité de société apéritrice.

ANNEXE 3

Montants des cotisations

Article 1 – Régime de base conventionnel

La Commission Paritaire de la Convention Collective Nationale des Bureaux d'Etudes Techniques, Cabinets d'Ingénieurs Conseils et Sociétés de Conseils recommande pour les tableaux des garanties du régime de base conventionnel figurant à l'Annexe 1 du présent accord, un montant de cotisations mensuelles pour le régime de base obligatoire de 45 € pour l'année 2016 et de 47 € les années suivantes, sauf régime excédentaire.

Handwritten signature or initials in the bottom right corner of the page.

Article 2 – Tableau détaillé des cotisations de base et des montants des options 1 et 2

		Cotisations exprimées en euros, y compris la portabilité mutualisée					
		Socle de base		Option 1 (tarif additionnel)		Option 2 (tarif additionnel)	
		Général	Alsace - Moselle	Général	Alsace - Moselle	Général	Alsace - Moselle
Le régime							
Salariné + Enfant(s) à charge	Régime obligatoire	47,00 € appelés à 45 € en 2016	31,00 €	9,00 €	9,00 €	21,00 €	21,00 €
	Régime facultatif sur socle obligatoire	-	-	11,00 €	11,00 €	25,00 €	25,00 €
	Régime facultatif sur option 1 obligatoire	-	-	-	-	14,00 €	14,00 €
Conjoint	Régime facultatif	34,00 €	22,00 €	8,00 €	8,00 €	18,00 €	18,00 €

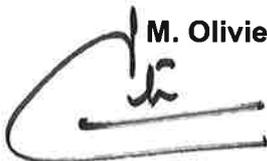
		Socle de base		Option 1 (tarif additionnel)		Option 2 (tarif additionnel)	
		Général	Alsace - Moselle	Général	Alsace - Moselle	Général	Alsace - Moselle
		Loi Evin Retraités					
	Adulte	47,00 € appelés à 45 € en 2016	31,00 €	9,00 €	9,00 €	21,00 €	21,00 €
	Enfant	23,50 € appelés à 22,50€ en 2016	15,50 €	4,50 €	4,50 €	10,50 €	10,50 €

		Socle de base		Option 1 (tarif additionnel)		Option 2 (tarif additionnel)	
		Général	Alsace - Moselle	Général	Alsace - Moselle	Général	Alsace - Moselle
		Loi Evin non Retraités					
	Adulte	42,30 € appelés à 40,50€ en 2016	27,90 €	8,10 €	8,10 €	18,90 €	18,90 €
	Enfant	23,50 € appelés à 22,50€ en 2016	15,50 €	4,50 €	4,50 €	10,50 €	10,50 €

Fait à Paris, le 07 octobre 2015

Fédération SYNTEC
148 boulevard Haussmann

75008 PARIS


M. Olivier SERTOUR

CFE/CGC/FIECI
35, rue du Fbg Poissonnière

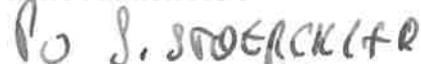
75009 PARIS

M. Michel DE LA FORCE

CFDT / F3C
47/49 avenue Simon Bolivar

75019 PARIS

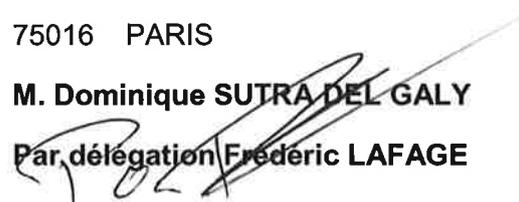
Mme Annick ROY



Fédération CGT des Sociétés d'Etudes
263, rue de Paris, Case 421 93514 MONTREUIL CEDEX
M. Noël LECHAT

Fédération CINOV
4, avenue du recteur Lucien Poincaré 75016 PARIS

75016 PARIS


M. Dominique SUTRA DEL GALY

Par délégation **Frédéric LAFAGE**

CGT-FO Fédération des Employés et Cadres
54 rue d'Hauteville

75010 PARIS

Mme Catherine SIMON

CFTC/ CSFV
34 quai de la Loire

75019 PARIS

Louis DUVAUX