



# LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ BUREAUX D'ETUDES

Décembre 2020



# Table des matières

<i>En guise d'introduction</i>	<b>4</b>
<i>Quelques éléments de contexte</i>	<b>5</b>
<i>Les problématiques</i>	<b>11</b>
<i>La négociation d'un nouvel « accord »</i>	<b>12</b>
<i>Annexe : Avenant n°4 du 03/11/2020 à l'accord du 07/10/2015 relatif à la complémentaire santé</i>	<b>16</b>

# En guise d'introduction

Comme pour la prévoyance dite lourde, la complémentaire santé a toujours été un dossier important à négocier dans les branches. C'est pourquoi, nous nous sommes investis dans la négociation dès le début, c'est-à-dire dès 2013. Notre objectif était d'avoir un haut niveau de protection sociale conjuguant prévoyance et complémentaire santé.

Nous savions que cette négociation ne serait pas facile. Pour autant, nous avons travaillé le dossier en profondeur à partir de nos revendications...avec comme seule obsession de nouvelles garanties sociales pour les salarié.e.s.

Derrière cette négociation, et c'est vrai pour toutes les négociations que nous menons dans la branche des bureaux d'études, demeure la question de la signature de la convention collective. Il ne s'agit nullement de la signer en l'état mais de multiplier la signature de bons accords ne serait-ce que pour transformer une convention collective qui n'en a que le nom.

Nous avons conscience qu'il reste un long, un très long chemin à parcourir. Mais nous le parcourons en construisant le rapport de force nécessaire.

Aujourd'hui, seule la CFDT est signataire de l'accord sur la complémentaire santé. La CGT, par et avec ses propositions, pour peu qu'elles soient entendues, pourrait, à son tour, signer l'accord. Une nouvelle négociation pourrait avoir lieu d'ici peu. La CGT s'y inscrira comme à son habitude pleinement, non seulement afin d'être écoutée, mais surtout entendue.

# Quelques éléments de contexte

La négociation d'un accord relatif à la complémentaire santé a débuté lors de la CPPNI du 20 mars 2013. L'ordre du jour de cette CPCCN stipulait en son point 3 : "complémentaire santé, ouverture des négociations". La CGT avait alors proposé un accord "clé en main". Elle s'en est expliquée lors de la réunion :

*"la CGT propose à la négociation un projet d'accord portant sur l'instauration d'un régime de remboursement complémentaire de frais de santé. Elle entend, en même temps, préciser un certain nombre d'éléments. C'est la Sécurité Sociale qui est le socle de la protection sociale. En ce sens, elle est porteuse de droits essentiels tels que les droits de bien vivre, bien travailler et bien vieillir.*

*Dès sa création, le patronat, n'a eu de cesse de vouloir l'affaiblir. Instrumentalisant la crise, tant les pouvoirs publics que le patronat continuent leur travail de sape de la Sécurité Sociale au profit de complémentaire santé... dont les assureurs sont friands. L'ANI du 11 janvier y contribue très largement, à la fois par le mécanisme de négociations qu'il instaure et par la mise à l'écart de clause de désignation, désavouant partiellement les signataires de l'ANI, en donnant la possibilité aux branches professionnelles de prévoir une clause de désignation alors que l'ANI ne prévoyait qu'une simple clause de recommandation de l'organisme assureur.*

*Nous restons convaincus que seule la Sécurité Sociale est apte à remplir ce rôle eu égard au principe de solidarité de branche, lequel nous ne dérogerons en aucune façon, tel que nous le précisons dans le préambule de notre projet. En même temps, nous soumettons à la négociation un tableau de prestations dont les garanties sont, bien entendu, supérieures à celles contenues dans l'ANI. Enfin, il ne sera pas question pour nous de solliciter, au travers de l'appel d'offres, des prestataires autres que des mutuelles ou des institutions de prévoyance paritaires. »*

Notre projet d'accord s'articulait en trois parties.

- La première partie porte sur la mise en œuvre du régime et précise notamment: les bénéficiaires, les cas de dispense d'affiliation, le maintien du régime en cas de suspension du contrat de travail, les ayants droit bénéficiaires de la prestation, la cotisation, la désignation de l'organisme assureur, le fonds social et le réexamen périodique des conditions de mise en œuvre,
- La deuxième partie définit les garanties du régime et prévoit une couverture facultative,
- La dernière partie concerne la mise en œuvre de l'accord, celle du régime pour les entreprises disposant d'une couverture « frais de santé » à la date de signature de l'accord et précise les obligations de l'organisme assureur.

La CGT avait insisté sur la nécessité d'une clause de désignation sans possibilité de dérogation et sur le choix d'un organisme à but non lucratif. A ce moment, la clause de désignation était encore possible. Cette clause permettrait de faciliter la portabilité et d'avoir une mutualisation plus large.

La CFDT avait aussi envoyé un projet. Le patronat voulait absolument passer par un accord de méthode. Celui-ci nous sera présenté à la CPCCN du 12 juin 2013 pour signature. Il a été débattu, modifié et signé dans la foulée.

Il fixe notamment l'objet, la date butoir et le cadre de la négociation. Il en détaille précisément le calendrier. En tout état de cause, l'accord serait applicable au plus tard le 30 juin 2014.

Ainsi, l'article 4 de cet accord stipulait :

*« A titre indicatif, le nombre des réunions (calendrier) défini par les partenaires sociaux signataires du présent accord de branche est le suivant :*

- *4 réunions seront consacrées :*
  - *à la détermination de la modalité de choix des organismes, comprenant notamment les conditions tarifaires et d'adhésion,*
  - *à la détermination de la couverture,*
  - *aux conditions de la portabilité des droits,*
- *1 réunion sera consacrée à l'élaboration de l'appel d'offre et la finalisation du cahier de charges associé,*
- *1 réunion sera consacrée au dépouillement des candidatures des organismes,*
- *1 réunion sera consacrée à l'audition des organismes répondants,*
- *1 réunion sera consacrée au choix du ou des organismes retenus.*

*Le projet d'accord sur la mise en place de la couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident sera soumis à la signature lors de la CPCCN du mois de février 2014 ».*

Et l'article 2 définissait les grandes lignes de l'accord :

"

- *La détermination de la couverture :*
  - *Champs d'application de la couverture,*
  - *Conditions et le délai de mise en œuvre de l'accord de branche par les entreprises,*
  - *Bénéficiaires,*
  - *Cas dans lesquels la situation de certains salariés justifie des dispenses d'affiliation,*
  - *Définition du contenu et du niveau des garanties,*

- Taux de cotisation,
- Assiette de la cotisation,
- Répartition de la cotisation entre l'employeur et le salarié,
- Conditions de la mutualisation.

- Les modalités de choix du ou des organismes.
- L'élaboration de l'appel d'offre et du cahier des charges associé, dans le respect des principes de transparence et de mise en concurrence préalable.
- Les conditions de la portabilité des droits."

C'est bien entendu ce que l'on trouvait dans le projet CGT en la matière. Rien de neuf par conséquent si ce n'est le début de la véritable négociation. Cet accord de méthode sera peu respecté quant au délai. La réunion de la CPCCN du 17 juillet concernant la complémentaire santé a tourné essentiellement autour de la clause de désignation.

La CGT a expliqué qu'elle avait comparé 64 conventions collectives qui avaient mis en place une complémentaire santé. Le projet CGT s'est construit en prenant en compte un certain nombre d'éléments de ces accords.

Sur la question de la clause de désignation, la CGT avait rappelé que la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013 a annulé les dispositions de l'article L912-1 du code de la Sécurité Sociale qui constituait le cadre juridique des clauses de désignation mais pas les clauses de désignation elles-mêmes.

La décision du conseil constitutionnel est antinomique avec le droit européen en la matière. Nous avons fait remarquer que l'article L912-1 du code de la Sécurité Sociale a effectivement été annulé, mais en aucun cas, l'article L912-2.

Une déclaration FO et CGT du 24 juillet a voulu cadrer la négociation pour plus d'efficacité :

*« L'ensemble des organisations a signé un accord de méthode concernant cette négociation. Lors de la réunion du 17 juillet 2013, il nous a été proposé de travailler sur les « bénéficiaires du dispositif » avec une problématique concernant les ayants droit, les besoins, et le ou les « choix des organismes assureurs ».*

*C'est dans ce cadre que nous vous précisons nos axes de travail :*

- Les projets proposés par CFDT, CGT et FEC-FO doivent constituer nos objectifs de négociation. Ceux-ci prennent en compte à la fois la spécificité de la Branche, de ses entreprises, des salariés et ce qui est pratiqué dans d'autres branches professionnelles. (64 d'entre elles ont une complémentaire santé).

- Conformément à l'accord de méthode, le choix du prestataire devra se faire en toute transparence après un processus intégrant l'appel d'offres et la sélection de l'organisme assureur.

- Il n'est pas question que nous puissions retenir d'autres prestataires que des mutuelles ou des institutions de prévoyance.

- Enfin, nous restons sur la position d'un seul organisme assureur pour la branche. En effet, en dépit de la décision du Conseil Constitutionnel, nous estimons qu'il est toujours possible de faire des clauses de désignations, synonyme de mutualisation et ce, bien entendu, dans le respect des exigences de la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE) et spécialement à condition que soit poursuivi un objectif de solidarité. L'accord de branche devra en définir les modalités.

Il n'y a en effet alors pas d'atteinte disproportionnée à la liberté contractuelle, ou à la liberté économique.

Cet accord, de par cette mutualisation, affichera un degré élevé de solidarité et permettra d'assurer la viabilité et la pérennité au niveau de la branche.

Nous poursuivrons ainsi notre objectif de solidarité en élevant la protection de la santé des salarié.e.s.

Corrélativement, l'assureur choisi sera acteur de cette solidarité. Pour nos organisations syndicales, cette mission d'intérêt général économique doit être comprise avant tout, dans l'intérêt des salarié.e.s et des employeurs de la branche. Nous sommes loin des préoccupations des acteurs de l'assurance collective, préoccupés comme chacun le sait, par la répartition des parts de marché et des profits associés. »

Si le patronat avait convenu de travailler à partir du projet CGT lors de la réunion de la CPCCN du 18 septembre 2013, c'était pour mieux proposer son propre texte lors de la réunion du 16 octobre 2013...quin'aenvéritépasgrand-choseàvoiravec le projet CGT. Aussi, des divergences commencent à apparaître entre nous et le patronat, d'abord sur la question du panier de soins réglementaire au regard de ce que nous proposons et d'une date d'application de l'accord repoussé au 1<sup>er</sup> janvier 2016, [CPCCN du 16 octobre 2013].

Il en sera de même concernant les dispenses d'affiliation et la désignation [CPCCN – 19 novembre 2013]. La réunion de la CPCCN du 11 décembre 2013 a porté sur un débat sur le projet d'accord patronal et la grille de prestations proposées. La comparaison des grilles CGT/patronat a été analysée... le patronat restant sur sa seule proposition.

La réunion de la CPCCN du 9 avril 2014 pointe les divergences qui semblent alors difficilement réconciliables sur :

- Les fonds collectifs
- La notion d'ayant droit
- Le calcul de la cotisation

Sur ces trois problématiques, la CGT est restée constante depuis le début de la négociation. Le Haut Degré de Solidarité doit être collecté par la branche par l'ensemble des entreprises. Les ayants droit à prendre en compte sont les enfants et les conjoints qui ne travaillent pas. Le calcul de la cotisation doit se faire en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

La réunion du 14 mai 2014 a été écourtée, les organisations syndicales ont noté un manque de volonté politique de négocier. Le patronat s'est vu obligé de faire une déclaration pour réaffirmer sa volonté de négocier. Mais ce n'est pas une déclaration qui suffit pour qu'une négociation sérieuse et loyale se déroule.

Le patronat propose à la CPCCN du 11 juin 2014 tout autre chose de ce qu'il avait jusqu'alors présenté. L'accord serait composé d'un régime de base, proche du panier de soin réglementaire et des régimes optionnels. Il propose tout simplement de créer un régime de prévoyance à plusieurs vitesses. La CPCCN du 16 septembre 2014 entérine cette prévoyance à plusieurs vitesses. Les négociations vont se poursuivre durant encore quelques mois sans que les lignes bougent vraiment.

Un sujet relativement important et qui avait été déjà abordé le 17 décembre refait surface le 20 janvier 2015. Il s'agit de la cotisation.

Dans toutes les négociations en la matière, on demande à une liste de prestataires de nous fournir un prix. Le choix de celui-ci est déterminé par ce prix... et d'autres considérations tout aussi importantes. SYNTEC et CINOV ont décidé d'inverser le process... en évaluant celle-ci au regard du coût et non des prestations : une logique de marchandisation de la santé.

Le 17 décembre, le patronat proposait un niveau global de cotisations se situant entre 30 et 35 euros. Le 20 janvier 2015, celle-ci passe à 40 euros avec quelques améliorations de garantie. Pourtant, la CGT avait évalué le montant de la cotisation entre 65 et 70 euros. Le 17 mars 2015, cette cotisation passe à 55 euros. Un amateurisme en la matière qui va avoir des conséquences néfastes dans les années à venir.

Mais c'est à partir du projet patronal que la CGC et la CFDT font une proposition commune incluant notamment la famille au sens de la Sécurité Sociale dans la cotisation.

Le 17 mars 2015 semble constituer un tournant. Aucun accord n'est trouvé. Le patronat baisse les bras alors que les organisations syndicales poussent pour continuer la négociation. Aussi, le 23 avril 2015, après quelques aménagements à la marge, la CFDT envisage de signer l'accord. Le 11 mai 2015, la CGT, la CGC et la CFTC font une déclaration commune les positionnant définitivement :

« Après deux ans de négociation pas toujours très efficaces, les choix du collègue employeur étant parfois très difficiles à comprendre, il semble que l'échec de cette négociation devient plausible. Et nous le regrettons.

En complément de la Sécurité Sociale qui assure les risques liés à la santé, la loi du 14 juin 2013 installe la possibilité de mettre en œuvre dans les branches professionnelles des régimes de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

C'est dans ce cadre que nous avons abordé cette négociation. La mise en place d'une protection sociale complémentaire de branche articulant prévoyance et complémentaire santé adossée à la Sécurité Sociale était et reste notre priorité.

D'où notre exigence d'un degré élevé de solidarité qui, pour nous, se concrétise par :

- Une mutualisation du fonds social dont la cotisation est acquittée par toutes les entreprises de la branche,

- La couverture du conjoint à charge au sens de la Sécurité Sociale dans le régime de base,

- Un ensemble de prise en charge de prévention dans le tableau de garanties.

Ce fonds mutualisé devra notamment permettre, outre le financement d'actions ou de prévention et de prestations d'actions sociales, la prise en charge totale ou partielle de la cotisation pour les salarié.e.s les plus précaires, notamment, les enquêteurs vacataires et certaines catégories de personnels des métiers de l'événement. La commission paritaire du régime aura alors la lourde charge d'en fixer les conditions, les critères...

Cette ambition de solidarité n'est pas à ce jour, partagée par le collègue employeur, ce qui dans une branche comme la nôtre, est révélateur de l'état du « dialogue social ».

Si le patronat devait rester sur ses positions, nous en prendrons acte, nous ne signerons pas cet accord, et tirerons toutes les conséquences de cet échec. »

Le projet transmis a ignoré purement et simplement nos quelques exigences. L'accord a été mis à signature le 20 mai 2015. Va suivre la grande épopée de la constitution du cahier des charges et l'appel d'offres. Seule la CFDT, parmi les organisations syndicales, a signé l'accord.

## Les problématiques

Depuis, lors des réunions des commissions de l'accord, nous avons uniquement géré les problématiques des comptes déficitaires.

Ces problèmes remontent à 2016.

Le Protocole Technique Financier (PTF) ne sera signé qu'en février 2020 du fait d'un désaccord entre les signataires CFDT, CINOV, SYNTEC et les organismes recommandés Malakoff Médéric, Humanis et Harmonie Mutuelle sur la loi Evin.

Cinq éléments concernant les comptes de la complémentaire santé sont restés en suspens au regard de différences notables entre les attendus de la Commission Paritaire Santé (CPS) et l'apérateur Malakoff Humanis (MH). Un travail supplémentaire a par conséquent été réclamé à l'actuaire pour obtenir ces éléments marquants.

Il s'agissait de :

- Démutualiser le régime Evin depuis 2016 : 170 K€ sur 4 ans,
- Débit des chargements sur les 2% affectés au Degré Elevé de Solidarité, non pas au titre du régime mais au titre du fonds dédié au Degré Elevé de Solidarité. L'impact estimé est de 250 K€ sur 5 ans (*exercices 2016 à 2020*).
- Créditer les résultats de l'option 2 et de l'option 3 au régime. L'impact financier est estimé pour le régime à 120 K€.
- Rémunération du fonds du Degré Elevé de Solidarité au taux de l'actif. L'impact financier pour le régime sur 5 ans est de 1 K€.
- Rémunération du fonds de suivi au taux de l'actif. L'impact financier est estimé sur 5 ans à 1 K€.

En prenant en compte l'ensemble de ces éléments, le résultat net comptable 2018 est positif, avec un S/P (*taux de sinistralité*) inférieur à 100%.

## La négociation d'un nouvel « accord »

Trois avenants à l'accord ont été signés concernant le 100% santé mi-2019. Il s'agissait de mettre l'accord en adéquation avec les nouvelles règles, de promouvoir les actions de prévention et une revalorisation du montant de la cotisation du.de la conjoint.e.

La négociation d'un nouvel accord a commencé lors de la CPPNI du 28 novembre 2019. Il ne s'est rien passé jusqu'au 25 février 2020, date à laquelle a été prévu un appel d'offre pour fin du 1<sup>er</sup> semestre 2020. En mars, la CGT a envoyé une note dans laquelle figurait ces propositions, à savoir :

- Une mutualisation du fonds social dont la cotisation est acquittée par toutes les entreprises de la branche,
- Les bénéficiaires des prestations du régime : le participant et ses enfants,
- La couverture du conjoint à charge au sens de la Sécurité Sociale dans le régime de base,
- Un ensemble de prise en charge de prévention dans le « tableau de garanties »,
- Les garanties doivent être en % du PMSS de même que la cotisation,

- Un seul régime de base avec des hauts niveaux de garanties respectant les exigences du « *contrat responsable* ».

Ces propositions s'articulent autour de la question du « *droit à la santé tout au long de sa vie* ». Pour la CGT, la santé est un droit fondamental qui doit être garanti à toutes et à tous.

La santé est un concept large, qui ne peut se réduire à une absence de maladie. Il est donc nécessaire d'avoir une approche globale de sa définition. Elle suppose d'obtenir les moyens de construire son bien-être physique, psychique et social.

Elle est un droit individuel et social et une dimension fondamentale de la qualité de vie. Pour y accéder, l'ensemble des droits fondamentaux doit être garanti. La santé n'est pas acquise une fois pour toute, mais doit être considérée dans une perspective dynamique. Une altération de la santé du fait de l'amointrissement des capacités physiques, psychiques ou physiologiques peut conduire à une situation de handicap et de perte d'autonomie.

Pour une politique globale du travail et de santé : le travail est plus que le moyen de gagner sa vie, il permet de se prendre en charge, de s'assumer, d'être relié aux autres et donc de s'épanouir et de développer sa santé. La prévention de la santé au travail est déterminante pour l'efficacité d'une politique de santé au niveau de la branche.

Dans ce cadre, les partenaires sociaux doivent impulser une politique de prévention, d'éducation et de promotion de la santé en travaillant sur des actions de prévention et de soins de qualité, pour cela, il faut bénéficier d'un environnement sain, d'un suivi médical régulier et accéder aux meilleurs soins.

Il est donc impératif que dans le cadre de l'appel d'offres et du cahier des charges soit intégrée la question de la solidarité de branche, incontournable à notre approche de mise en place d'un régime « *santé* » de branche.

Cela passe nécessairement par :

- La détermination des priorités de santé de branche,
- La mise en œuvre d'un DES avec des actions adaptées,
- La mutualisation du DES pour toutes les entreprises de la branche,
- L'organisation adaptée d'une utilisation des fonds.

Dans le cadre de l'appel d'offres, nous ne sélectionnerons qu'une mutuelle ou une Institution de Prévoyance. La cotisation sera calculée en pourcentage du PMSS. Enfin, la répartition de la cotisation sera la suivante : 60% employeur et 40% salarié.e.

Aussi, la CGT propose les niveaux de garanties suivants :

**Les niveaux de garanties.** Nous proposons un tableau de garanties suivant :

<b>Hospitalisation</b>	<b>En Ets conventionne</b>	<b>Base conventionnelle</b>
<i>Frais de séjour</i>		200% BR
<i>Honoraires</i>	Praticien adhérent DPTAM	220% BR
	Praticien non adhérent DPTAM	
<i>Forfait Journalier hospitalier</i>	Par journée ou nuitée	100% DE
<i>Chambre particulière par journée ou par nuitée</i>		60€
<i>Lit d'accompagnement par nuitée</i>		45€
<b>Soins courants</b>		<b>Base conventionnelle</b>
<i>Honoraires médicaux généralistes</i>	Praticien adhérent DPTAM	220 % BR
<i>Consultation, consultation en ligne, visite</i>	Praticien non adhérent DPTAM	De 100 % à 130% BR
<i>Honoraires médicaux spécialiste</i>	Praticien adhérent DPTAM	300 % BR
<i>Consultation, consultation en ligne, visite</i>	Praticien non adhérent DPTAM	De 175% à 200 % BR
<i>Actes techniques médicaux</i>	Praticien adhérent DPTAM	170% BR
	Praticien non adhérent DPTAM	130% à 150% BR
<i>Actes d'imagerie médicale + actes d'échographie</i>	Praticien adhérent	170% BR
	Praticien non adhérent DPTAM	100% à 125% BR
<i>Honoraires paramédicaux</i>	Infirmiers, masseurs kiné, orthophonistes	100 % BR
<i>Orthoptistes, prothésistes-orthésistes</i>		
<i>Analyses et examens de laboratoire</i>		100 % BR
<i>Matériel médical</i>	Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives)	200%BR
<i>Frais de transport sanitaires</i>	Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100% BR
<i>Médicaments</i>	Remboursés à 65%	100% BR
	Remboursés à 30%	100% BR
	Remboursés à 15 %	100% BR
	<b>Actes non remboursés par la SS</b>	
<i>Médecine douces</i>	Acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ostéopathe, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, tabacologue.	4 consultations à 30€
<i>Sevrage tabagique</i>		50€
<i>Vaccins anti gripal</i>		15 €
<i>Contraception féminine</i>		50€
<i>Équilibre alimentaire</i>		60€
<i>Ostéodensitométrie osseuse</i>		50€
<i>Autres vaccins</i>		90€

<b>Dentaire</b>		
<b>Soins et prothèses</b>		
<b>100 % santé</b>	Équipements 100% santé	100 % pris en charge
<b>Soins</b>	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire parodontologie (sans dépassement d'honoraire)	100% BR
	Soins conservateurs, endodontie prophylaxie bucco-dentaire	
	Parodontologie (avec dépassement d'honoraires)	150% BR
	Inlay/onlay	150% BR
<b>Prothèses</b>		
<b>Tarif maîtrisé</b>	Dents du sourire	300% BR
	Dents de fond de bouche	200% BR
	Inlays cores	200% BR
<b>Prothèses</b>		
<b>Tarif libre</b>	Dents du sourire	250% BR
	Dents de fond de bouche	175% BR
	Inlays cores	150 % BR
<b>Implantologie</b>	Couronne sur implant : dents du sourire	300% BR
	Couronne sur implant dents de fond de bouche	200 % BR
<b>Orthodontie</b>	Par semestre de traitement et par bénéficiaire	350 % BR
<b>Aides auditives</b>		
<b>Prothèses auditives</b>	Deux prothèses par année et par oreille	Entre 600€ et 1000€ Au minimum 100% BR
<b>Optique</b>		
<b>Lunettes</b>	Montures +2 verres de classe A équipement « 100% Santé »	100% prise en charge y compris examen de la vue par l'opticien
<b>Lunettes</b>	Montures +2 Verres de classe B Par verre et par monture	Voir tableau garanties base conv opt2
<b>Aides auditives à compter du 01/01/2021</b>		<b>Base conventionnelle</b>
<b>Aides auditives de classe I</b>	(Équipements « 100% Santé »)	100% pris en charge
<b>Aides auditives de classe II</b>	Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou cécité	Entre 600€ et 1000€
	Bénéficiaire à compter du 21 <sup>ème</sup> anniversaire	Entre 600€ et 1000€

# Annexe: Avenant n°4 du 03/11/2020 à l'accord du 07/10/2015 relatif à la complémentaire santé

## Préambule

Conformément à l'article L.912-1 du Code de la sécurité sociale (*et ses décrets d'application*) et à l'article 1-2 de l'accord de branche du 07/10/2015 modifié relatif à la complémentaire santé, les partenaires sociaux ont procédé à un réexamen des modalités d'organisation de la recommandation.

Aux termes d'une procédure de mise en concurrence préalable réalisée dans le respect des textes applicables, les partenaires sociaux ont recommandé plusieurs organismes assureurs.

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 07/10/2015 modifié relatif à la complémentaire santé :

## Article 1

Choix des organismes assureurs recommandés et de la société apéritrice

Les dispositions de l'annexe II de l'accord de branche du 07/10/2015 relatif à la complémentaire santé sont abrogées et remplacées par les stipulations suivantes :

« ANNEXE II

Choix des organismes assureurs recommandés et de la société apéritrice

Article 1 – Choix des organismes assureurs recommandés

La Commission Paritaire de la branche 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 :

- Aésio ;
- Harmonie Mutuelle ;
- Malakoff Humanis Prévoyance.

## Article 2 – Société apéritrice

La Commission Paritaire de la branche des Bureaux d'Etudes Techniques, Cabinets d'Ingénieurs Conseils et Sociétés de Conseils choisit Malakoff Humanis Prévoyance en qualité de société apéritrice pour une durée de trois (3) ans. Au terme de cette durée, l'apéritition pourra être reconduite à l'identique jusqu'au terme de la recommandation ou confiée à l'un des deux autres organismes recommandés cités à l'article 1er. »

Les partenaires sociaux ont souhaité améliorer les garanties, en prévoyant une option 3, en intégrant, dès la base conventionnelle, des garanties de type « médecine douce » et en créant une option destinée à couvrir le risque hospitalisation.

L'annexe I de l'accord du 07/10/2015 modifié relatif à la complémentaire santé est complété par l'ajout d'une colonne « base optionnelle + option 3 » et modifié en ce qui concerne le poste « médecine douce » de la manière suivante (les modifications et insertions figurent en italique gras, le reste du tableau est inchangé mais reproduit ci-après afin d'en faciliter la lisibilité :

« 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 règlementaires (tarif d'autorité), dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les actes opérés en secteur « conventionné ».

HOSPITALISATION EN ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ		BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2	BASE CONVENTIONNELLE OPTION 3*
Actes remboursés par la Sécurité sociale					
Frais de séjour		175% BR	200% BR	200% BR	300% BR
Honoraires	Praticien adhérent DPTAM *	195% BR	220% BR	220% BR	525% BR
	Praticien non adhérent DPTAM *	175% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Actes NON remboursés par la Sécurité sociale					
Forfait journalier hospitalier - Par journée ou par nuitée		100 % DE	100 % DE	100 % DE	100 % DE
Chambre particulière - Par journée ou par nuitée		45 €	60 €	90 €	130 €
Lit d'accompagnant - Par nuitée		45 €	60 €	90 €	130 €
Allocation maternité ou adoption	En cas de naissance ou adoption				400 €
	En cas de naissance gémellaire				800 €

\* DPTAM = Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées : en adhérent 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 [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.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).

SOINS COURANTS		BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE OPTION 2	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3
Actes remboursés par la Sécurité sociale					
Honoraires médicaux généraliste Consultation, consultation en ligne, visite	Praticien adhérent DPTAM *	100% BR	150% BR	220% BR	400% BR
	Praticien non adhérent DPTAM *	100% BR	130% BR	200% BR	200% BR
Honoraires médicaux spécialiste Consultation, consultation en ligne, visite	Praticien adhérent DPTAM *	195% BR	220% BR	300% BR	450% BR
	Praticien non adhérent DPTAM *	175% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Actes techniques médicaux	Praticien adhérent DPTAM *	150% BR	170% BR	170% BR	250% BR
	Praticien non adhérent DPTAM *	130% BR	150% BR	150% BR	200% BR
Actes d'imagerie médicale + actes d'échographie	Praticien adhérent DPTAM *	100% BR	145% BR	170% BR	350% BR
	Praticien non adhérent DPTAM *	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR

Honoraires paramédicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes.		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Matériel médical : appareillage et prothèses médicales (Hors aides auditives et optique)		175% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Frais de transport sanitaire : ambulance, taxi conventionné (Hors SMUR )		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments	Médicaments remboursés à 65%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
	Médicaments remboursés à 30%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
	Médicaments remboursés à 15%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Actes NON remboursés par la Sécurité sociale					
Médecines douces : Acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ostéopathe, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, tabacologue (Sur présentation d'une facture originale)		2 consultations plafonnées à 30 €	3 consultations plafonnées à 30 €	4 consultations plafonnées à 30 €	5 consultations plafonnées à 50 €
Sevrage tabagique 7 (Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)				50€	100€
Vaccin antigrippal 7 (Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)				Frais réels plafonnés à 15 €	Frais réels plafonnés à 70 €
Contraception féminine 7 (Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)				50 €	100 €
Équilibre alimentaire et produits diététiques 7 (Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)				60 €	60 €
Ostéodensitométrie osseuse 7 (Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)				50 €	100 €
Autres vaccins 7 (Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)				90 €	100 €
Assistance Santé		Oui	Oui	Oui	Oui
Après d'un professionnel conventionné ou non. 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. Par année civile et par bénéficiaire.					
DENTAIRE		BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3
Actes remboursés par la Sécurité sociale					
Soins et prothèses « 100% Santé »	Équipements « 100% santé » *	100% pris en charge			

Soins	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie (sans dépassement d'honoraire)	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR
	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie (avec dépassements d'honoraires)	150% BR	200% BR	200% BR	200% BR
	Inlay/onlay	150% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Prothèses maîtrisé Tarif	Dents du sourire	250% BR	300% BR	450% BR	550% BR
	Dents de fond de bouche	175% BR	200% BR	350% BR	450% BR
	Inlays cores	150% BR	200% BR	200% BR	250% BR
Prothèses 9 Tarif libre	Dents du sourire 10	250% BR	300% BR	450% BR	550% BR
	Dents de fond de bouche 11	175% BR	200% BR	350% BR	450% BR
	Inlays cores	150% BR	200% BR	200% BR	250% BR
Implantologie	Couronne sur implant : dents du sourire 10	250% BR	300% BR	450% BR	550% BR
	Couronne sur implant : dents de fond de bouche 11	175% BR	200% BR	350% BR	450% BR
Orthodontie - Par semestre de traitement et par bénéficiaire		250% BR	300% BR	350% BR	450% BR
Actes NON remboursés par la Sécurité sociale					
Parodontologie - Par an et par bénéficiaire			200 €	300 €	300 €
Prothèses	Couronne et pilier de bridge sur dents non délabrées (vivantes) - Par année et par bénéficiaire	150 €	200 €	300 €	300 €
Implantologie	Racine et pilier implantaire - Par année et par bénéficiaire	500 €	500 €	500 €	800 €
Orthodontie 14	Au-delà de 25 ans : sur avis du chirurgien-dentiste consultant de l'organisme assureur - Par semestre de traitement et par bénéficiaire		250% BR	250% BR 14	350% BR 15
<p>Auprès d'un professionnel conventionné ou non.  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).  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.  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.  Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés dans la limite des prix limites de vente (PLV) et à tarifs libres.  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.  Dans ce cas, le remboursement opéré par l'organisme de complémentaire santé est réalisé par référence à la Base de Remboursement reconstituée de la cote « T090 ».</p>					

AIDES AUDITIVES		BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3
Aides auditives de classe I ** (Équipements « 100 % Santé » *)		100% pris en charge	100% pris en charge	100% pris en charge	100% pris en charge
Aides auditives de classe II ** - Par oreille	Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité	450 €	600 €	1000 €	1000 €1
	Bénéficiaire à compter du 21ème anniversaire				
Accessoires et fournitures		TM	TM	TM	TM
<p>* 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.</p> <p>** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B.</p> <p>BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.</p> <p>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).</p>					

OPTIQUE		BASE CONVENTIONNELLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3
Actes remboursés par la Sécurité sociale					
Lunettes Monture + 2 verres 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	100% pris en charge
		100% pris en charge	100% pris en charge	100% pris en charge	
Lunettes Monture + 2 verres 19 de Classe B	Par verre	Voir tableau BASE CONVENTIONNELLE + OPTION	Voir tableau BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1	Voir tableau BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2	Voir tableau BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3
	Par monture				
Lentilles prescrites - Par année et par bénéficiaire		85 €	100 €	200 €	350 €
Actes NON remboursés par la Sécurité sociale					
Lentilles prescrites jetables - Par année et par bénéficiaire		85 €	100 €	200 €	350 €
Chirurgie optique réfractive - Par œil		600 €	700 €	750 €	1000 €
<p>* 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.</p>					

VERRES DE « CLASSE B » ET MONTURES (Montant total de la garantie, Sécurité sociale incluse)	BASE CONVENTIONNELLE		BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1		BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2		BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 3	
	Adulte	Enfant (- 16 ans)	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 €	115 €	75 €
Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	80 €	75 €	90 €	85 €	100 €	95 €	125 €	120 €
Sphère < -12 ou > +12	90 €	80 €	100 €	90 €	110 €	100 €	140 €	125 €

Par verre Unifocal, Sphérique-cylindrique								
Cylindre $\leq +4$ , sphère de $-6$ à $0$	80 €	50 €	90 €	60 €	100 €	70 €	125 €	90 €
Sphère $> 0$ et (Sphère + cylindre) $\leq +6$	80 €	50 €	90 €	60 €	100 €	70 €	125 €	90 €
Sphère $> 0$ et (Sphère + cylindre) $> +6$	80 €	70 €	90 €	70 €	100 €	70 €	125 €	90 €
Cylindre $\leq +4$ , sphère $< -6$	90 €	80 €	100 €	90 €	110 €	100 €	140 €	125 €
Cylindre $> +4$ , sphère de $-6$ à $0$	100 €	90 €	110 €	100 €	120 €	110 €	150 €	140 €
Cylindre $> +4$ , sphère $< -6$	110 €	100 €	120 €	110 €	130 €	120 €	165 €	150 €
Par verre Multifocal ou progressif sphérique								
Sphère de $-4$ à $+4$	130 €	105 €	140 €	115 €	160 €	125 €	200 €	155 €
Sphère de $< -4$ ou $> +4$	140 €	115 €	150 €	125 €	170 €	135 €	215 €	170 €
Par verre Multifocal ou Progressif Sphéro-cylindrique								
Cylindre $\leq +4$ , sphère de $-8$ à $0$	150 €	125 €	160 €	135 €	180 €	145 €	225 €	180 €
Sphère $> 0$ et (Sphère + cylindre) $\leq +8$								
Sphère $> 0$ et (Sphère + cylindre) $> +8$								
Cylindre $> +4$ , sphère de $-8$ à $0$								
Sphère $< -8$								
Par monture								
Monture	80 €	60 €	100 €	75 €	100 €	100 €	100 €	100 €

## Article 5

### Montant des cotisations

Les dispositions de l'annexe II de l'accord de branche du 07/10/2015 relatif à la complémentaire santé sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

L'annexe III de l'accord de branche du 07/10/2015 relatif à la complémentaire santé est modifié de la manière suivante :

« Annexe III

### Montant des cotisations

#### Article 1 - Régime de base conventionnel

« La commission paritaire de la branche des bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils et sociétés de conseils recommande pour les tableaux des garanties du régime de base conventionnel figurant à l'annexe I du présent accord un montant de cotisations pour le régime de base obligatoire (base conventionnelle) de 50 € par mois. Ce montant de cotisation s'appliquera à compter du 1er janvier 2021 et restera inchangé en 2022.

## Article 2

Tableaux détaillés des cotisations de base et des montants des options.

Actifs		Base conventionnelle		Option 1 (Tarif additionnel)	Option 2 (Tarif additionnel)	Option 3 (Tarif additionnel)
		Général	Alsace-Moselle	Général & Alsace-Moselle	Général & Alsace-Moselle	Général & Alsace-Moselle
Salarié + enfant(s) à charge	Régime obligatoire	50€	33€	10€	13,50€	25€
	Régime facultatif sur socle obligatoire	-	-	12€	15,50€	25€
	Régime facultatif sur option 1 obligatoire	-	-	-	15,50€	25€
	Régime facultatif sur option 2 obligatoire	-	-	-	-	25€
Conjoint	Régime facultatif	43,50€	29€	10,50€	13€	23€

Exemple : si une entreprise (hors Alsace-Moselle) choisit de rendre obligatoire l'option 3, alors le tarif est de 98,50€ (soit 50€ + 10€ + 13,50€ + 25€).

Loi Evin (retraités et non retraités) *	Base conventionnelle		Option 1 (Tarif additionnel)	Option 2 (Tarif additionnel)	Option 3 (Tarif additionnel)
	Général	Alsace-Moselle	Général & Alsace-Moselle	Général & Alsace-Moselle	Général & Alsace-Moselle
Adulte	52,79€	34,97€	11,31€	26,40€	55,19€
Enfant	20,91€	14,40€	4,46€	10,63€	22,62€

\* Hors périmètre de mutualisation du régime.

## Article 6

### Option facultative « renfort hospitalisation »

Une option facultative « renfort hospitalisation » est proposée :

Option « renfort hospitalisation »	Option « Non Responsable » * (en complément du Socle ou des options)
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique) En établissement conventionné ou non (En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur) ACTES REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE Honoraires (y compris la participation forfaitaire sur les actes lourds)	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	-
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	+ 200% BR

\*Hors périmètre de mutualisation du régime.

Cotisation :

Renfort hospitalisation	Général et Alsace-Moselle
Salariés + enfant(s) à charge	1,75€/mois
Conjoint	1,50€/mois

La cotisation est financée à 100% par le salarié.

## Article 7

Stipulations pour les entreprises de moins de cinquante (50) salariés  
En application de l'article L.2261-23-1 du code du travail, les signataires conviennent que le contenu du présent accord ne justifie pas de prévoir de dispositions spécifiques aux entreprises de moins de cinquante (50) salariés visées à l'article L.2232-10-1 du code du travail, dans la mesure où l'accord a vocation à s'appliquer uniformément à toutes les entreprises de la Branche quelle que soit leur taille.

## Article 8

Champ d'application- durée – entrée en vigueur - Formalités et extension

Le champ d'application du présent accord est celui défini à l'article 1 de la convention collective des bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils du 15/12/1987 (IDCC n°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 conseils, quel que soit leur effectif.

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il prend effet à compter du 01/01/2021. Il s'incorpore à l'accord de branche du 07/10/2015 qu'il modifie. Il est donc régi par les mêmes modalités de suivi, révision et dénonciation.

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.

Fait à Paris, le 29/10/2020.

[Suivent les signataires]

