

**ACCORD REGIONAL  
INSTITUANT UNE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE DE FRAIS  
DE SANTE DES OUVRIERS, ETAM ET CADRES  
DU BATIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS DE LA REUNION**

**ENTRE D'UNE PART,**

- La Confédération de l'Artisanat et des Petites Entreprises du Bâtiment (**CAPEB Réunion**),
- La Fédération Réunionnaise du Bâtiment et des Travaux Publics (**FRBTP**),

**ET D'AUTRE PART,**

- Le Syndicat du Bâtiment et des Travaux Publics **UIR.CFDT**,
- La Fédération **CGTR** du Bâtiment et des Travaux Publics,
- La Confédération Générale du Travail Force Ouvrière (**CGT-FO Réunion**),
- La Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (**CFTC Réunion**),
- La Confédération Française de l'Encadrement (**CFE-CGC**),

**PREAMBULE**

Afin que l'évolution du secteur du Bâtiment aille de pair avec la préservation de la santé de ses salariés et sous l'impulsion de l'accord interprofessionnel du 11 janvier 2013, légalisé par la loi du 14 juin 2013, les partenaires sociaux du BTP de la Réunion ont décidé d'améliorer leur protection sociale en créant une couverture collective obligatoire en matière de remboursement de frais de santé.

**IL EST CONVENU CE QUI SUIT :**

**Article 1<sup>er</sup> : OBJET**

La couverture régionale complémentaire de frais de santé du Bâtiment et des Travaux Publics de la Réunion définie par le présent accord garantit aux salariés du Bâtiment définis à l'article 2 des prestations de base fixées à l'article 4.

L'employeur souscrit à cet effet un contrat auprès d'un ou de plusieurs opérateurs (institution de prévoyance, mutuelle ou compagnie d'assurance). Faute d'avoir souscrit un tel contrat garantissant chacune des prestations fixées à l'article 4, l'employeur sera tenu de verser directement les prestations aux salariés bénéficiaires.

Les partenaires sociaux ont fait le choix de recommander pour les deux prochaines années la Caisse Réunionnaise de Prévoyance (CRP), institution de prévoyance du Groupe CRC aux structures adhérentes

**Article 2 : CHAMP D'APPLICATION**

**Entreprises concernées**

Le présent accord régional est applicable aux employeurs de la Région Réunion relevant respectivement :

- De la convention collective des ouvriers du BTP de la Réunion du 13 mai 2004
- De la convention collective des ETAM du BTP de la Réunion du 12 juillet 1971
- De la convention collective des IAC du BTP de la Réunion du 9 mai 1974

## Bénéficiaires concernés

Le présent accord s'applique à l'ensemble de leurs salariés (ouvriers, ETAM, cadres) dont l'activité relève d'une des activités énumérées dans le champ d'application de ces conventions collectives.

Sauf cas de dispense d'affiliation, tous les salariés des entreprises visées par le présent accord y sont soumis et bénéficient de cette couverture.

L'affiliation des salariés entraîne obligatoirement celle de ses ayants droit reconnus comme tel au sens de la législation de la sécurité sociale, sauf cas de dispense.

### **Article 3 : Dispenses d'affiliation**

Les salariés des entreprises entrant dans le champ du présent accord peuvent se prévaloir d'une dispense d'affiliation si :

- ils bénéficient d'une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou au moment de leur embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date d'échéance de leur contrat, une éventuelle tacite reconduction n'étant pas applicable,
- ils bénéficient d'une couverture de frais de santé obligatoire en tant qu'ayant droit dans le cadre d'un dispositif remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale. Ils justifient chaque année du bénéfice de cette couverture,
- ils bénéficient de la CMU-C ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, sous réserve de justification, la dispense joue jusqu'à l'échéance de cette couverture ou de cette aide,- ils sont titulaires d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat à durée déterminée, sans avoir à produire un justificatif si ce contrat est de moins de douze mois, et à condition d'apporter la preuve, chaque année, d'une couverture individuelle de frais de santé souscrite par ailleurs si le contrat est au moins égale à douze mois,
- ils sont titulaires d'un contrat de travail à temps partiel ou d'un contrat d'apprentissage et s'acquittent d'une cotisation supérieure ou égale à 10 % de leur rémunération brute. Ce seuil s'apprécie au regard de toutes les garanties de protection sociale complémentaire (santé et prévoyance).

Par ailleurs, l'entreprise qui entend rendre applicable l'un au moins des autres cas de dispense d'affiliation prévus à l'article L.911-7 II 3° alinéa 2 et à l'article R.242-1-6 du code de la sécurité sociale, fait figurer ce ou ces cas dans l'acte juridique mettant en place la couverture.

Le salarié qui ne fournit pas les pièces justificatives nécessaires est tenu d'adhérer et de cotiser à la couverture de frais de santé mise en place dans son entreprise.

Le salarié peut à tout moment revenir sur sa décision d'utiliser sa dispense et solliciter par écrit son employeur pour bénéficier de la couverture. Le salarié bénéficie alors de la couverture à effet du 1er jour du mois qui suit sa demande.

**Par dérogation à son caractère obligatoire, l'affiliation au présent régime de « frais de santé » présente un caractère facultatif pour les ayants droit bénéficiant d'un dispositif « frais de santé » complémentaire à caractère collectif et obligatoire selon les conditions mentionnées au 6<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.242-4 du code de la Sécurité Sociale.**

Le salarié ou le cas échéant l'ayant droit qui relève de l'un des cas de dispense d'affiliation prévus par le présent accord ou éventuellement retenus par l'entreprise peut s'en prévaloir en effectuant une demande écrite à son employeur. Cette demande indique le cas de dispense dont se prévaut le salarié, elle mentionne expressément qu'il a été informé des conséquences de son choix et est accompagnée des pièces justificatives nécessaires qui devront être fournies chaque année.

#### **Article 4 : Garanties**

Le présent accord met en place au profit des salariés du Bâtiment et des travaux publics une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais de santé.

Cette couverture comprendra :

- le « panier de soins », contenu minimal des garanties des contrats collectifs en complémentaire santé défini par Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014
- les dépenses de frais d'optique, de manière forfaitaire par période de deux ans, de 250 euros minimum pour les corrections complexes (la prise en charge dans la limite de ce forfait demeure toutefois annuelle pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue)
- Le remboursement des frais de spécialités médicales non remboursées par la sécurité sociale (podologue, tabacologue, psychomotricien, psychologues, ostéopathie, chiropractie, microkinésie, éthiopathie, acupuncture...) à hauteur de 150 euros par an.
- Un volet auditif renforcé avec un appareillage à hauteur de 400 euros par oreille et par an.
- Les dépenses des médicaments remboursés à 15% par la Sécurité Sociales

Les garanties sont établies sur la base des textes législatifs et réglementaires relatifs à l'assurance maladie et à l'assiette des cotisations sociales en vigueur à la date de signature de l'accord. En cas d'évolution législative ou réglementaire, les parties signataires conviennent de se réunir afin d'examiner le champ et le niveau des garanties.

Le cumul des prestations servies à un salarié au titre de la sécurité sociale et du régime complémentaire défini au présent accord ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés. Le régime respecte l'article L.911-7 II du code de la sécurité sociale pris en application de l'article 1 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 ainsi que la définition des contrats dits « solidaires et responsables », conformément à la législation et réglementation en vigueur à la date de signature du présent accord.

#### **Article 5 : Maintien des garanties (portabilité)**

Les garanties fixées à l'article 4 sont maintenues conformément à l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale.

#### **Article 6 : Financement des garanties**

Deux structures de cotisations sont possibles au choix de l'employeur :

- Structure « Tarif Unique Famille » - TUF :

Le tarif proposé est identique quelque soit le nombre de bénéficiaires du contrat

- Ou Structure Assuré Seul/ Duo / Famille

Le tarif proposé est fonction de la composition familiale.

Sur chacune de ses deux structures, le financement des garanties du régime de base obligatoire prévu à l'article 4 du présent accord doit être répartie comme suit :

- employeur : 50 %,

- salarié : 50 %.

Lorsque le salarié a prévu de souscrire des améliorations de garanties à titre facultatif, la cotisation finançant ces améliorations de garanties est, sauf accord contraire entre le salarié et l'entreprise, à la charge exclusive du salarié qui verse alors directement la part de financement des améliorations de garanties à l'assureur

### **Article 7 : Gestion de la couverture**

Les partenaires sociaux ont fait le choix de recommander pour les deux prochaines années, la Caisse Réunionnaise de Prévoyance (CRP), institution de prévoyance du Groupe CRC aux entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord.

Les entreprises auront donc le choix de se placer dans le cadre de cette recommandation ou de faire appel à un prestataire non recommandé parmi les organismes mentionnés à l'article 1er de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 à savoir :

- Institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale,
- Mutuelles relevant du code de la mutualité,
- Entreprises régies par le code des assurances.

Seul le niveau des garanties minimales de couverture des frais de santé telles que définies à l'article 4 s'imposent aux entreprises par cet avenant.

### **Article 8 : Date d'entrée en application**

Conclu à durée indéterminée, cet accord entrera en vigueur le 1er janvier 2016.

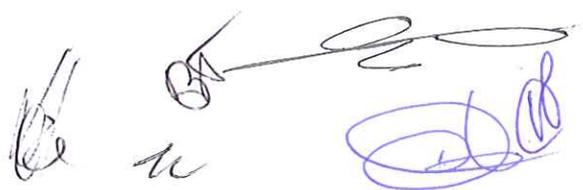
### **Article 9 : Portée de l'accord**

Dans les entreprises visées à l'article 2 du présent accord, les conventions ou accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant aux dispositions du présent accord sauf dispositions plus favorables.

### **Article 10 : Dénonciation**

Le présent accord régional pourra être dénoncé par l'une des organisations signataires après un préavis minimum de six mois. Cette dénonciation devra être notifiée à toutes les autres organisations signataires par lettre recommandée avec avis de réception ainsi qu'à la Direction Générale du Travail.

Le présent accord restera en vigueur pendant une durée d'un an à partir de l'expiration du délai de préavis ci-dessus, à moins qu'un nouveau texte ne l'ait remplacé avant cette date.



**Article 11 : Extension**

Les parties signataires demanderont l'extension du présent accord dans les conditions prévues aux articles L.2261-19 et suivants du code du travail.

Cet accord reste ouvert à la signature des organisations qui souhaiteraient y adhérer dans les délais réglementaires en vigueur.

Fait à Saint-Denis, le 25 septembre 2015

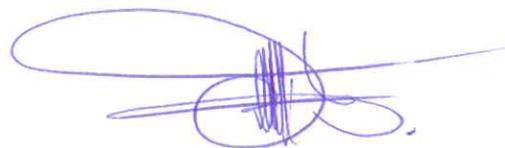
Pour la CFDT



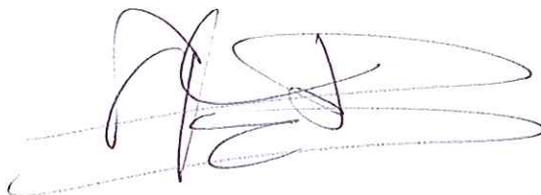
Pour la CGTR



Pour la CAPEB Réunion

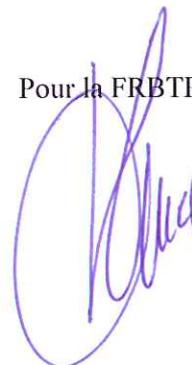


Pour la CFTC

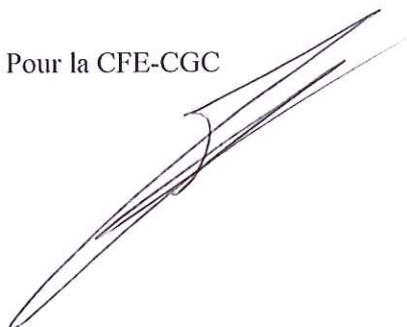


Pour la CGT-FO

Pour la FRBTP



Pour la CFE-CGC



TU 16  


## ANNEXES

## CONDITIONS TARIFAIRES DE LA RECOMMANDATION :

	Structure de cotisation 1	Structure de cotisation 2		
	TUF (TARIF UNIQUE FAMILLE)	ASSURE SEUL	DUO	FAMILLE
ANI BASE BTP	73 €	28 €	52 €	97 €

72

## GARANTIES BASE ANI BTP

		<b>BASE ANI BTP</b>	
<b>NATURE DES ACTES INDEMNISES</b>		<b>REMBOURSEMENT</b> Dans la limite des frais engagés	
		<b>Conventionné</b>	<b>Non conventionné</b>
<b>HOSPITALISATION</b>	<b>HOSPITALISATION y compris à l'étranger (MEDECINE - CHIRURGIE - OBSTETRIQUE - PSYCHIATRIE - MATERNITE) Hors chirurgie esthétique</b>		
	Frais de séjour		TM
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale dans le cadre du contrat d'accès aux soins (1)		TM
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale hors contrat d'accès aux soins (1)		TM
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)	100% de la participation forfaitaire	
	Chambre particulière de nuit	/	/
	Chambre particulière de jour (2)	/	/
	Forfait journalier hospitalier	100% du forfait	
	Actes techniques médicaux (effectués en externat) dans le cadre du contrat d'accès aux soins (1)		TM
	Actes techniques médicaux (effectués en externat) hors contrat d'accès aux soins (1)		TM
Allocation maternité y compris adoption plénière (par enfant)	/	/	
<b>DENTAIRE</b>			
<b>DENTAIRE</b>	<b>Soins dentaires</b>		TM
	Inlay/onlay sur la base d'une restauration 3 faces (3)		TM
	Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale (/an /bénéficiaire)		/
	<b>Orthodontie, prothèses et implants</b>		
	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale sur la base d'un T090 (3)		25% BR
	Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale sur la base d'un T090 (3)		/
	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale sur la base d'une prothèse de type couronne (3)		55% BR
	Supplément dents visibles (incisives, canines et premières prémolaires) pour les prothèses remboursées sur la base d'une prothèse de type couronne (3)		/
	Couronnes et prothèses dentaires transitoires non remboursées par la Sécurité sociale (/an /bénéficiaire)		/
	Inlay Core		55% BR
Implantologie (scanner, pose de l'implant, pilier implantaire)		/	

		<b>BASE ANI BTP</b>
<b>NATURE DES ACTES INDEMNISES</b>		<b>REMBOURSEMENT</b> Dans la limite des frais engagés
<b>OPTIQUE - PROTHESE</b>	<b>EQUIPEMENT VERRES - MONTURE - LENTILLE (5)</b>	
	<b>EQUIPEMENT VERRES - MONTURE (1 monture, 2 verres) tous les 2 ans (6)</b>	
	<b>Dans le réseau optique avec tiers payant</b>	
	Monture de lunettes	100 €
	Verre simple (forfait par verre) (5)	75 €
	Verre complexe (forfait par verre) (5)	75 €
	Verre hyper complexe (forfait par verre) (5)	75 €
	<b>Hors du réseau optique</b>	
	Monture de lunettes	40 €
	Verre simple (forfait par verre) (5)	30 €
	Verre complexe (forfait par verre) (5)	80 €
Verre hyper complexe (forfait par verre) (5)	80 €	
<b>Autres garanties optiques</b>		
Chirurgie optique réfractive	/	
Implants multifocaux	/	
Lentilles prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale (/an /bénéficiaire)	100 €	
<b>AUTRES PROTHESES</b>		
Appareillage et prothèses médicales	TM	
Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale	400€/an / bénéficiaire /oreille	
<b>FRAIS MEDICAUX</b>	<b>FRAIS MEDICAUX</b>	
	Consultations / visites de généralistes dans le cadre du contrat d'accès aux soins (1)	TM
	Consultations / visites de généralistes hors contrat d'accès aux soins (1)	TM
	Consultations / visites de spécialistes dans le cadre du contrat d'accès aux soins (1)	TM
	Consultations / visites de spécialistes hors contrat d'accès aux soins (1)	TM
	Auxiliaires médicaux remboursés par la Sécurité sociale (infirmiers, kinésithérapeutes ...)	TM
	Analyses - Actes de biologie	TM
	Imagerie médicale dans le cadre du contrat d'accès aux soins (1)	TM
	Imagerie médicale hors contrat d'accès aux soins (1)	TM
	<b>Pharmacie</b>	
	Pharmacie remboursée à 65% par la Sécurité sociale	TM
	Pharmacie remboursée à 30% par la Sécurité sociale	TM
	Pharmacie remboursée à 15% par la Sécurité sociale	TM
<b>Frais de transport</b>		
Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale	TM	
<b>PREVENTION</b>	<b>ACTES DE PREVENTION</b>	
	<b>Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale</b>	TM
	<b>Dépistage</b>	
	Dépistage du cancer du côlon non remboursé par la Sécurité sociale (dans le cadre de la généralisation du test)	/
	Dépistage du cancer du col de l'utérus non remboursé par la Sécurité sociale	/
Dépistage du cancer du sein : Echographie mammaire	TM	

		<b>BASE ANI BTP</b>
<b>NATURE DES ACTES INDEMNISES</b>		<b>REMBOURSEMENT</b> Dans la limite des frais engagés
<b>SERVICES</b>		
Tiers payant Réunion et métropole		OUI
Assistance Santé (0262 504 504) (7)		OUI
Action sociale (0262 900 100)		OUI
<b>PACK "BIEN-ETRE ET BIEN-VIEILLIR"</b>	<b>PACK "BIEN-ETRE ET BIEN-VIEILLIR"</b>	
	Montant du forfait global annuel (par bénéficiaire) à choisir parmi la liste ci-dessous.	<b>150 €</b>
	<b>Hospitalisation</b>	
	Lit d'accompagnant (moins de 14 ans ou plus de 70 ans)	50 €
	<b>Médecine alternative</b>	
	Spécialités médicales non remboursées par la Sécurité sociale (Ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue) (8)	150 €
	<b>Pharmacie</b>	
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (8). Vaccins préventifs (grippe, voyage) non remboursés Sécurité sociale. Forfait contraception (9).	50 €	
<b>Prévention</b>		
Sevrage tabagique (10). Remboursement du certificat médical non pris en charge par la Sécurité sociale pour la pratique d'un sport (à hauteur d'une consultation de généraliste conventionné de secteur 1)	50 €	
<b>Cure thermale</b>		
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale - forfait global annuel : honoraires, traitement thermal, hébergement et transport	50 €	

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire du contrat d'accès aux soins.

(2) Pour la chambre particulière de jour, il s'agit d'une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(3) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base des codifications de la Sécurité sociale indiquées entre parenthèses pour l'orthodontie et sur la base de remboursement de l'acte indiqué sur la ligne pour les soins et les prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.

(4) Les limitations annuelles pour la prothèse dentaire s'entendent y compris pour les suppléments dents visibles et l'implantologie. En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM est assurée.

(5) Nos remboursements sont exprimés par verre et monture mais respectent les critères de la couverture minimale pour un équipement optique prévus aux articles L911-7 et D911-1 du Code de la Sécurité sociale.

Verres simples correspondant aux codes LPP suivants de la nomenclature de la Sécurité sociale : 2203240, 2287916, 2259966, 2226412, 2261874, 2242457, 2200393, 2270413.

Verres complexes correspondant aux verres à dioptrie > 6 en valeur absolue, soit aux codes LPP suivants la nomenclature Sécurité sociale: 2280660, 2282793, 2263459, 2265330, 2235776, 2295896, 2284527, 2254868, 2212976, 2252668, 2288519, 2299523, 2290396, 2291183, 2227038, 2299180, 2243540, 2297441, 2243304, 2291088, 2273854, 2248320, 2283953, 2219381, 2238941, 2268385, 2245036, 2206800, 2259245, 2264045, 2240671, 2282221.

Verres hyper complexes correspondent aux codes LPP suivants de la nomenclature Sécurité sociale: 2245384, 2295198, 2202239, 2252042, 2238792, 2202452, 2234239, 2259660.

(6) Les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulatives. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées. Pour les adultes, un équipement tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel sur présentation d'une nouvelle ordonnance. Un équipement annuel pour les bénéficiaires de moins de 18 ans.

(7) Prestations d'assistance souscrites par la CRP auprès de GARANTIE ASSISTANCE, entreprise régie par le Code des Assurances et gérées par GROUPE AUSTRAL ASSISTANCE (cf. Conditions Générales n°1611 de la Convention d'Assistance Santé)

(8) Sur facture détaillée, hors sevrage tabagique qui fait l'objet d'une prise en charge spécifique.

(9) Remboursement sur facture des achats effectués en pharmacie et faisant partie de la liste suivante: pilule contraceptive, patch contraceptif, anneau vaginal, cape cervicale, diaphragme, préservatif masculin et féminin.

(10) Remboursement uniquement sur prescription médicale et sur factures.

#### GLOSSAIRE

TM= Ticket modérateur. Part des dépenses de santé restant à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité sociale sur la base de remboursement

BR=Base de remboursement de la Sécurité sociale

DE=Dépense= Frais réellement engagés pouvant être supérieurs ou égaux à la base de remboursement de la Sécurité sociale

#### FRAIS COUVERTS

Les remboursements indiqués s'entendent en complément de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

Les pénalités financières appliquées par la Sécurité sociale hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, conformément à l'article L-871-1 du Code de la Sécurité sociale, ne donnent pas lieu à remboursement complémentaire. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée à minima au TM. La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la Sécurité sociale.