

**ACCORD REGIONAL RELATIF A LA COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE
DES OUVRIERS, ETAM, INGENIEURS ET ASSIMILES CADRES DU BATIMENT
ET DES TRAVAUX PUBLICS DE LA REUNION.
(IDCC 2389 – 627 – 771)**

APPLICABLE AU 1^{er} janvier 2026

ENTRE D'UNE PART,

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

ET D'AUTRE PART,

- Le Syndicat du Bâtiment et des Travaux Publics CFTD,
- La Fédération CGTR du Bâtiment et des Travaux Publics,
- La Confédération Générale du Travail Force Ouvrière (CGT-FO Réunion),
- La Confédération Française de l'Encadrement (CFE-CGC),

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

Préambule :

La loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi a transposé, en les aménageant, les principales dispositions de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013.

L'article 1^{er} de cette loi consacrait la généralisation de la complémentaire santé pour tous les salariés du secteur privé, quelles que soient l'activité et la taille de l'entreprise, à compter du 1^{er} janvier 2016.

Soucieuses d'améliorer le statut social des salariés qui ne disposaient 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 des conventions collectives des ouvriers, des ETAM (employés, techniciens et agents de maîtrise) et des cadres (IAC) du bâtiment et des travaux publics de La Réunion, avaient instauré, par l'accord conclu le 25 septembre 2015, une couverture minimum de branche, qui devait être assurée pour chaque salarié relevant des conventions collectives susmentionnées, quels que soient le prestataire ou le régime qui le couvre.

Ce régime mutualisé de frais de santé avait initialement prévu une clause de recommandation d'une durée de 2 ans, pour la période allant du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2017.

La clause de recommandation de ce régime conventionnel de frais de santé étant arrivé à échéance, les partenaires sociaux se sont réunis en exprimant leur volonté de réexaminer les précédentes modalités de la recommandation convenue.

Ce réexamen a été mené selon la procédure encadrée par les dispositions légales et réglementaires applicables.

Ainsi, les partenaires sociaux, réunis en commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI), ont convenu d'initier le réexamen de l'organisme recommandé par la mise en place d'une procédure de mise en concurrence, dans les conditions fixées par les articles D912-1 à D912-13 du Code de la Sécurité sociale relatif à la procédure de mise en concurrence des organismes dans le cadre de la recommandation prévue par l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité Sociale.

L'appel d'offres a été publié le 4 juillet 2025 et a pris fin, dans le respect des prescriptions du Code de la Sécurité Sociale, le 1^{er} septembre 2025.

Après un dépouillement paritaire, les candidatures recevables et éligibles ont été arrêtées. Ces candidatures ont ensuite fait l'objet d'une analyse par les partenaires sociaux assistés de leurs conseils lors d'une réunion paritaire qui s'est tenue le 15 septembre 2025.

La notation définitive et le choix de l'organisme recommandé a pu être arrêté par les partenaires sociaux.

Ces derniers, responsables du pilotage équilibré et pérenne du régime mutualisé de frais de santé, rappellent qu'ils veilleront naturellement à son évolution afin d'assurer la pérennité de l'accord et du principe de la recommandation.

Manifestant leur attachement à une gestion paritaire responsable des régimes de protection sociale complémentaire négociés au sein des conventions collectives, les partenaires sociaux, après avoir étudié toutes les hypothèses techniques ouvertes avec leurs conseils, ont convenu ce qui suit.

ARTICLE 1^{er} : Extinction de l'accord du 25 septembre 2015

Les partenaires sociaux sont en droit de conclure un avenant de révision d'un accord collectif de branche à durée indéterminée mettant fin à cet accord, dès lors que cette extinction prend effet à compter de l'entrée en vigueur d'un autre accord collectif dont le champ d'application couvre dans son intégralité le champ professionnel et géographique de l'accord abrogé par l'avenant de révision.

Ainsi les partenaires sociaux décident de l'extinction de l'accord du 25 septembre 2015 dans son intégralité au 31 décembre 2025, le présent accord entrant en application au 1^{er} janvier 2026 et couvrant dans son intégralité le champ professionnel et géographique de l'accord abrogé.

ARTICLE 2 : Principes généraux

Article 2.1. Champ d'application

Le présent accord régional est applicable sur l'Ile de la Réunion. Il s'applique à l'ensemble des employeurs et à leurs salariés (Ouvriers - ETAM - Cadres) dont l'activité relève du champ d'application des conventions collectives régionales suivantes :

- Convention collective des OUVRIERS - IDCC : 2389 - (13 mai 2004) (Étendue par arrêté du 13 décembre 2004, Journal officiel du 26 décembre 2004) ;
- Convention collective des ETAM IDCC : 0627 - (12 juillet 1971) (Étendue par arrêté du 23 août 1973, Journal officiel du 30 septembre 1973) ;
- Convention collective des IAC - IDCC : 0771 - (9 mai 1974) (Étendue par arrêté du 4 août 1975, Journal officiel du 15 août 1975).

P




IN

Vb
H

Article 2.2. Bénéficiaires

Sont bénéficiaires en matière de remboursements complémentaire frais de santé, obligatoirement tous les salariés inscrits à l'effectif d'une entreprise relevant du champ d'application cité à l'article 2.1, sauf cas de dispense.

L'affiliation des salariés entraîne obligatoirement celle de leurs ayants droit (sauf cas de dispense ou lorsque l'entreprise a retenu une structure de cotisation « tarif unique famille » telle que définie à l'article 8). Les ayants droit sont définis comme suit :

Est défini comme conjoint :

- la personne ayant un lien matrimonial en cours avec le salarié affilié ;
- à défaut, la personne liée au salarié affilié par un pacte civil de solidarité (Pacs), si elle ne bénéficie pas d'avantages de même nature de la part d'une couverture de protection sociale complémentaire au titre d'une autre personne que le salarié affilié ;
- à défaut, le concubin si les conditions suivantes sont remplies :
 - a) le concubinage est notoire et est justifié d'un domicile commun,
 - b) il n'existe aucun lien matrimonial ou de Pacs de part et d'autre,
 - c) le salarié affilié et son concubin ont domicilié leurs déclarations annuelles de revenus auprès de l'administration fiscale à la même adresse au cours de l'exercice précédent, ou bien ils ont un ou plusieurs enfants en commun (enfants nés de leur union ou adoptés, ou enfant à naître de leur union),
 - d) le concubin ne bénéficie pas d'avantages de même nature au titre d'une autre personne que le salarié affilié.

Sont considérés comme à charge les enfants ayants droit au sens de la législation de la Sécurité sociale.

Sont également considérés à charge les enfants nés du salarié affilié, ou adoptés par le salarié affilié, ou dont l'autorité parentale a été confiée à ce dernier par décision de justice :

- jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 18 ans ;
- âgés de moins de 25 ans, célibataires, s'ils sont dans l'une des situations suivantes :
 - a) apprentis ou en formation en alternance,
 - b) scolarisés dans un établissement du second degré ou étudiants (en France, dans un autre pays de l'Espace Économique Européen, en Suisse, au Canada, au Royaume-Uni ou aux États-Unis d'Amérique), sans être rémunérés au titre de leur activité principale.
 - c) en contrat de professionnalisation,
 - d) demandeurs d'emploi inscrits auprès de France Travail et non indemnisés par le régime d'assurance chômage, célibataires, n'exerçant pas d'activité régulière rémunérée ;
- sans limite d'âge, s'ils sont reconnus atteints, avant 21 ans et sans discontinuité depuis cet âge, d'une invalidité au taux de 80% ou plus au sens de la législation sociale. Dans ce cas, l'enfant doit être à charge fiscale du salarié affilié.

Sont également considérés comme enfants à charge :

- les enfants du conjoint, répondant aux critères ci-avant et à la charge fiscale du salarié affilié,
- les petits-enfants, lorsqu'ils sont ayants droit au sens de la Sécurité sociale d'un enfant lui-même à charge au titre du présent règlement.

11



 IN

Vb

r

Article 2.3. Dispense d'affiliation

Par dérogation au caractère obligatoire de l'affiliation des salariés, outre les cas de dispense d'ordre public visés aux articles L.911-7 III et D.911-2 et suivants du Code de la Sécurité sociale, tous les cas de dispenses d'adhésion prévues à l'article R.242-1-6 du Code de la Sécurité sociale, sont ouverts aux salariés dans le cadre du présent accord, à savoir :

- Les salariés déjà couverts par une complémentaire santé individuelle lors de la mise en place du régime ou lors de l'embauche.
- Les salariés bénéficiant de la couverture collective obligatoire de leur conjoint.
- Les salariés en CDD ou contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois.
- Les salariés en CDD ou contrat de mission d'au moins 12 mois, à condition de justifier d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.
- Les salariés à temps partiel ou apprentis dont la cotisation représenterait au moins 10 % de leur rémunération brute.
- Les salariés déjà couverts par un dispositif collectif obligatoire (régime complémentaire santé d'entreprise ou régime spécial).
- Les salariés bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le salarié qui souhaite se prévaloir d'un cas de dispense d'affiliation doit produire une déclaration sur l'honneur.

Cette déclaration, remise par écrit à son employeur, précise le cas de dispense invoqué ainsi que, l'organisme assureur lui permettant de solliciter la dispense ou la date de fin de droit. Elle comporte une mention expresse selon laquelle le salarié a été informé des conséquences de son choix et indique qu'il renonce aux garanties collectives de l'entreprise. Enfin la déclaration sur l'honneur devra être fournie chaque année.

Le salarié peut à tout moment revenir sur sa décision et solliciter par écrit son affiliation au régime collectif. La prise d'effet intervient le premier jour du mois suivant la réception de la demande par l'employeur, sauf disposition contraire prévue par l'acte de mise en place ou accord avec l'organisme assureur.

Le salarié est tenu d'informer son employeur de tout changement de situation ayant un impact sur sa dispense.

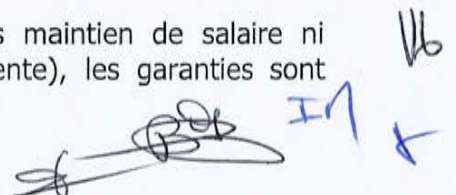
ARTICLE 3 : Maintien de la couverture

Article 3.1. En cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien de salaire (total ou partiel), ou perception d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'entreprise adhérente, les prestations sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant assuré aux mêmes conditions que celles qui s'appliquent aux salariés affiliés de la catégorie correspondante dans l'entreprise.

Il en est de même en cas de congé lié à une maternité, à une paternité ou à une adoption. En cas de suspension du contrat de travail avec versement par l'entreprise d'une indemnité d'activité partielle ou de tout autre revenu de remplacement, les prestations sont maintenues pendant toute la période de la suspension.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail (sans maintien de salaire ni versement d'un revenu de remplacement par l'entreprise adhérente), les garanties sont



maintenues sans contrepartie de cotisation pendant les 30 premiers jours de la suspension (dans la limite de 90 jours par exercice civil, toutes périodes de suspension confondues). Au-delà, les garanties sont interrompues.

Article 3.2. En cas de licenciement ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

En cas de cessation du contrat de travail – non consécutive à une faute lourde – ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, tout ancien salarié (ainsi que ses ayants droit, tels que définis dans le cadre du présent accord) bénéficie du maintien de ses garanties sans contrepartie de cotisations, selon les conditions suivantes :

- a) maintien au niveau en vigueur dans la dernière entreprise adhérente à la date de cessation du contrat de travail ;
- b) à compter de la date de fin du dernier contrat de travail, maintien dans la limite :
 - de la durée du dernier contrat de travail ou, si elle est plus favorable, de la durée (immédiatement avant la fin du dernier contrat de travail) d'affiliation continue au régime frais de santé conventionnel prévu par le présent accord, ces deux durées étant appréciées en mois, avec arrondi au nombre supérieur,
 - sans pouvoir excéder douze mois de date à date ;
- c) maintien aussi longtemps que l'ancien salarié atteste, depuis la rupture du dernier contrat de travail, d'une situation continue d'indemnisation par le régime d'assurance chômage. Pour l'application de cette disposition :
 - Sous réserve que le maintien de ses garanties ait été ininterrompu jusqu'alors, toute justification par l'ancien salarié de son indemnisation par le régime d'assurance chômage au cours d'un mois donné lui ouvre droit à prolongation de ses garanties de manière ferme :
 - jusqu'au dernier jour du troisième mois suivant,
 - et dans la limite de la durée maximale définie au b) ci-dessus.
 - Ne font pas obstacle au maintien des garanties les périodes qui correspondent aux différés d'indemnisation ou au délai de carence prévus par la convention d'assurance chômage.

La suspension des allocations par le régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

La mise en œuvre de ces dispositions ne peut conduire à l'octroi de garanties inférieures à celles prévues dans le cadre de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale.

Article 3.3. Au profit des ayants droit en cas de décès du salarié affilié

En cas de décès du salarié affilié, le maintien des garanties est accordé pour une durée de six mois, sans contrepartie de cotisations, à ses ayants droits tels que définis dans le cadre du présent accord.



16

IN

8

4

maintenues sans contrepartie de cotisation pendant les 30 premiers jours de la suspension (dans la limite de 90 jours par exercice civil, toutes périodes de suspension confondues). Au-delà, les garanties sont interrompues.

Article 3.2. En cas de licenciement ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

En cas de cessation du contrat de travail – non consécutive à une faute lourde – ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, tout ancien salarié (ainsi que ses ayants droit, tels que définis dans le cadre du présent accord) bénéficie du maintien de ses garanties sans contrepartie de cotisations, selon les conditions suivantes :

- a) maintien au niveau en vigueur dans la dernière entreprise adhérente à la date de cessation du contrat de travail ;
- b) à compter de la date de fin du dernier contrat de travail, maintien dans la limite :
 - de la durée du dernier contrat de travail ou, si elle est plus favorable, de la durée (immédiatement avant la fin du dernier contrat de travail) d'affiliation continue au régime frais de santé conventionnel prévu par le présent accord, ces deux durées étant appréciées en mois, avec arrondi au nombre supérieur,
 - sans pouvoir excéder douze mois de date à date ;
- c) maintien aussi longtemps que l'ancien salarié atteste, depuis la rupture du dernier contrat de travail, d'une situation continue d'indemnisation par le régime d'assurance chômage. Pour l'application de cette disposition :
 - Sous réserve que le maintien de ses garanties ait été ininterrompu jusqu'alors, toute justification par l'ancien salarié de son indemnisation par le régime d'assurance chômage au cours d'un mois donné lui ouvre droit à prolongation de ses garanties de manière ferme :
 - jusqu'au dernier jour du troisième mois suivant,
 - et dans la limite de la durée maximale définie au b) ci-dessus.
 - Ne font pas obstacle au maintien des garanties les périodes qui correspondent aux différés d'indemnisation ou au délai de carence prévus par la convention d'assurance chômage.

La suspension des allocations par le régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

La mise en œuvre de ces dispositions ne peut conduire à l'octroi de garanties inférieures à celles prévues dans le cadre de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale.

Article 3.3. Au profit des ayants droit en cas de décès du salarié affilié

En cas de décès du salarié affilié, le maintien des garanties est accordé pour une durée de six mois, sans contrepartie de cotisations, à ses ayants droits tels que définis dans le cadre du présent accord.



ARTICLE 4 – Adhésion facultative du salarié

Au-delà des prestations de base obligatoires, les entreprises doivent proposer des prestations facultatives complémentaires financées par les salariés pour améliorer la couverture de base obligatoire de frais de santé.

Ces prestations facultatives sont offertes sur une base volontaire et financées par les salariés qui choisissent d'y adhérer.

Elles peuvent être proposées dans le cadre du régime collectif de base ou sous forme d'options indépendantes, afin de permettre aux salariés de sélectionner librement le niveau de couverture adapté à leur situation personnelle et familiale.

Le salarié conserve la possibilité de souscrire ou de renoncer à ces prestations facultatives, selon les modalités définies par l'acte de mise en place ou l'accord conclu avec l'organisme assureur.

Ces prestations facultatives complémentaires destinées à améliorer la couverture de base obligatoire des salariés et de leurs ayants droit sont indissociables du régime de base obligatoire de frais de santé.

ARTICLE 5 – Clause de recommandation

Article 5.1. Choix de l'organisme assureur

En application des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux ont décidé de recommander un organisme assureur pour couvrir le régime frais de santé conventionnel.

C'est à l'issue d'une procédure de mise en concurrence ayant respecté les conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats que cette recommandation est intervenue.

Par conséquent en application du présent accord et compte-tenu de sa réponse à l'appel d'offres notamment vis-à-vis du principe de mutualisation, l'organisme assureur recommandé à l'unanimité des membres de la commission paritaire, à compter du 1^{er} janvier 2026 est :

BTP-PRÉVOYANCE : INSTITUTION DE PRÉVOYANCE DU BÂTIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS BTP-PRÉVOYANCE, institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, siégeant au 7 rue du Regard 75006 Paris • SIREN 784 621 468

Afin de garantir l'équilibre du présent régime, les entreprises sont invitées à adhérer à cette recommandation.

Article 5.2. Modalités de réexamen de la recommandation

Les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminées par les partenaires sociaux, conformément au respect de l'article L.912-2 du Code de la Sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent Accord, soit jusqu'au 31 décembre 2030.

En cas de non-respect des engagements de l'organisme recommandé ou en cas de déséquilibre financier, la recommandation pourra être réexaminée par les partenaires sociaux au cours de la période quinquennale.

   11 16

Article 5.3. Suivi du régime

Le régime sera suivi par la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation prévue par l'Accord du 25 novembre 2022.

Conformément aux dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour chaque exercice civil, l'organisme recommandé établit un rapport sur les résultats d'ensemble du régime des actifs correspondant aux activités consolidées de toutes les entreprises adhérentes au régime frais de santé défini par les dispositions du présent Accord.

ARTICLE 6 – Degré élevé de solidarité

Les partenaires sociaux souhaitent mettre en place des garanties collectives présentant un Degré Elevé de solidarité et comprenant, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif. Ces prestations peuvent notamment prendre la forme d'une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés ou anciens salariés, d'une politique de prévention ou de prestations d'action sociale.

Une part égale à 2% des cotisations acquittées au titre de la couverture obligatoire est affectée à la mise en œuvre des orientations précisées à l'alinéa précédent, dans le respect du 1^{er} alinéa de l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale.

Les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale sont déterminées par la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation qui contrôle la mise en œuvre de ces orientations par les organismes auprès desquels les entreprises organisent la couverture de leurs salariés.

ARTICLE 7 – Niveau minimal de garanties

La couverture minimum de Branche a pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais de santé 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 des conventions collectives et, le cas échéant, pour leurs enfants à charge et/ou leur conjoint.

Les partenaires sociaux affirment leur volonté d'améliorer les garanties réglementaires existantes au jour de la conclusion du présent accord. Sont notamment 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 la 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 sont exprimés en annexe au présent accord.

JP

[Signature]

[Signature] In 16

ARTICLE 8 – Cotisations

Les cotisations qui financent le présent régime sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Ces cotisations incluent les taxes et toute autre cotisation ou contribution fiscale ou sociale telle que la Taxe de solidarité additionnelle (TSA), applicables conformément à la législation en vigueur à la date du versement de la cotisation.

Elles garantissent les prestations décrites en Annexe et le financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité de l'article 6.

Elles comprennent également le financement du dispositif de portabilité tel que mentionné à l'article 3 du présent accord.

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

- Structure « tarif unique famille » (TUF) :

Le tarif proposé est identique quel que soit le nombre de bénéficiaires du contrat ; ou

- Structure assuré isolé/duo/famille :

Le tarif proposé est fonction de la composition familiale.

Sur chacune de ces deux structures, les cotisations afférentes à la couverture obligatoire du salarié et de ses éventuels ayants droit sont réparties entre l'entreprise et le salarié selon des taux d'au moins 50% à la charge de l'employeur et au plus 50% la charge du salarié.

Lorsque le salarié a prévu de souscrire des améliorations de prestations à titre facultatif, la cotisation finançant ces améliorations de prestations est, sauf accord contraire entre le salarié et l'entreprise, à la charge exclusive du salarié.

Les taux de cotisations sont exprimés en Annexe au présent Accord.

ARTICLE 9 - Versement santé

Les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission, peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'affiliation aux prestations de base obligatoire dans les conditions fixées à l'article L. 911-7, III, du Code de la Sécurité sociale, s'ils justifient bénéficier d'une couverture respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 du même Code.

Sous réserve de respecter les conditions précitées, les salariés susvisés peuvent obtenir, de la part de leur employeur, un financement dit « versement santé », afin de participer à la prise en charge de la couverture santé individuelle responsable qu'ils auront souscrite par ailleurs.

Le versement se substitue ainsi à la participation patronale versée dans le cadre du régime de base obligatoire (y compris la portabilité). Les modalités de calcul de ce versement sont fixées à l'article D. 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Ce versement santé n'est pas cumulable avec le bénéfice de la couverture santé solidaire, le bénéfice d'une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant-droit, ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

P

[Signature]

[Signature] *IN* *16* *8*

ARTICLE 10 – Mise en œuvre

Article 10.1 - Durée – Dénonciation – Révision – Adhésion

Le présent accord est conclu pour une période à durée indéterminée et prendra effet le 1^{er} janvier 2026.

Conformément à l'article L 2222-6 code du travail, il pourra être dénoncé en tout ou partie par l'une des organisations signataires après un préavis minimum de 6 mois. Cette dénonciation devra être notifiée à toutes les autres organisations signataires par lettre recommandée avec accusé de réception, et déposée auprès des services centraux du ministre chargé du travail.

Le présent Accord restera en vigueur pendant une durée de 1 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.

Toute modification, révision totale ou partielle, des dispositions ne peut être effectuée que par les organisations syndicales d'employeurs et de salariés du bâtiment et des travaux publics représentatives au plan régional. Les demandes de révision du présent accord doivent être effectuées dans les formes prévues pour la dénonciation, à l'exception du dépôt auprès des services centraux du ministre chargé du travail, et sont accompagnées, le cas échéant, d'un projet concernant les points dont la révision est demandée.

Conformément à l'article L. 2261-3 du Code du travail, cet accord reste ouvert à la signature des organisations qui souhaiteraient y adhérer dans les délais réglementaires en vigueur.

Article 10.2 - 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 complémentaire frais de santé pour leurs salariés sont réputées satisfaire à l'obligation de couverture minimale de branche, à condition que la répartition des cotisations corresponde à celle définie par le présent Accord et que le niveau global des garanties offertes à l'ensemble des salariés soit au moins équivalent à celui prévu par la couverture minimale de branche.

L'appréciation de l'équivalence des garanties s'effectue de manière collective, au regard du régime applicable à l'ensemble des salariés concernés.

Les entreprises disposent d'un délai de trois mois à compter de la publication de l'arrêté d'extension du présent Accord pour se mettre en conformité. Les entreprises nouvellement créées disposent du même délai pour satisfaire aux garanties prévues par la couverture minimum de branche.

Le présent Accord de branche s'impose aux accords d'entreprise, quelle que soit la date de leur conclusion, sauf si l'accord d'entreprise prévoit des garanties collectives au moins équivalentes.

Article 10.3 - 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.

Article 11 : Dépôt

Le présent accord sera déposé à la Direction Générale du Travail conformément aux dispositions légales en vigueur.

Article 12 : Extension

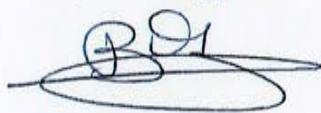
Le présent accord fera l'objet d'une demande d'extension auprès du Ministre du Travail, pour rendre son application obligatoire à l'ensemble des entreprises relevant du champ d'application des conventions collectives du Bâtiment et des Travaux Publics de La Réunion ou s'y rattachant.

ARTICLE 13 - Stipulations pour les entreprises de moins de cinquante (50) salariés

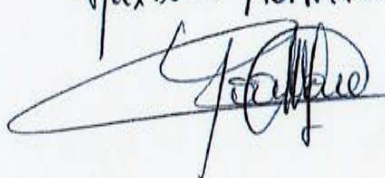
En application de l'article L.2261-23-1 du Code du travail, les signataires conviennent que le contenu du présent accord ne justifie pas de prévoir de dispositions spécifiques aux entreprises de moins de cinquante (50) salariés visés à l'article L.2232-10-1 du Code du travail, dans la mesure où l'accord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

Fait à Saint-Denis, le 2 décembre 2025,

Pour la CFDT-BTP

Me. Béatrice
MICHEL


Pour la CGTR-BTP

Maxime ROBERT


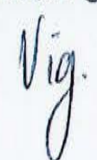
Pour la CAPEB Réunion



Pour la CGT-F0

Accoral


Pour la CFE-CGC

VIGNE Gerard
Vig.


Pour la FRBTP

S. ARHUT


BTP Santé La Réunion
Frais Médicaux Collectifs pour IDCC 627-771-2389
ANNEXES DES GARANTIES au 1^{er} janvier 2026

Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale Française
- Part de la Sécurité sociale comprise

Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale Française
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) :
 - des dépassements d'honoraires mentionnés au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale
 - de la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L. 1111-15 du code de la santé publique.

Les garanties évolueront en conformité avec les évolutions de la notion de contrat responsable et de la définition du 100 % Santé

		Base conventionnelle	Option 1	Option 2
Soins Courants	Honoraires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
	Consultations et visites généralistes		130% BR (150% BR si OPTAM)	180% BR (200% BR si OPTAM)
	Consultations et visites spécialistes		180% BR (200% BR si OPTAM)	200% BR (300% BR si OPTAM)
	Actes techniques médicaux effectués en externe		130% BR (150% BR si OPTAM)	180% BR (200% BR si OPTAM)
	Radiologie	100% BR	150% BR	200% BR
	Honoraires paramédicaux		100% BR	100% BR
	Auxiliaires médicaux, soins infirmiers		150% BR	200% BR
	Transport		100% BR	100% BR
	Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.		150% BR	200% BR
	Analyses et examens de laboratoires	100% BR	100% BR	100% BR
	Médicaments		100% BR	100% BR
	Pharmacie remboursées par la S.S.		100% BR	100% BR
	Matériel médical		100% BR	100% BR
Hospitalisation	Matériel médical 100% Santé ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autres Appareillages orthopédiques et autres prothèses	100% BR	150% BR	300% BR
	Honoraires	100% BR	180% (200% BR si OPTAM)	200% BR (400% BR si OPTAM)
	Frais de séjour ⁽²⁾			
	- en établissement conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	- en établissement Non conventionné	100% BR	80% Frais réels	90% Frais réels
	Chambre particulière ⁽³⁾ y compris ambulatoire	1% PMSS	2% PMSS	3% PMSS
	Lit accompagnant ⁽²⁾ par nuité avec repas du soir compris	1% PMSS	1,5% PMSS	2% PMSS
	Dépenses dans le cadre d'une hospitalisation ⁽²⁾⁽³⁾	15 €	20 €	20 €
	Actes médicaux supérieurs à 120 €	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Forfait journalier ⁽²⁾⁽³⁾ et Forfait urgences ⁽²⁾⁽³⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	en établissements hospitaliers	100% BR	200% BR	200% BR
	Hospitalisation à l'étranger ⁽⁴⁾			
Optique	Equipement optique 100% Santé ⁽⁷⁾⁽⁸⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Autre équipement optique ⁽⁹⁾ (verres et monture) hors 100% Santé			
	Monture ⁽⁹⁾	100 €	100 €	100 €
	Verres ⁽¹⁾ :			
	- 2 verres simples	160 €	250 €	300 €
	- 1 verre simple + 1 verre complexe	180 €	320 €	460 €
	- 1 verre simple + 1 verre très complexe	200 €	400 €	510 €
	- 2 verres complexes	200 €	440 €	600 €
	- 1 verre complexe + 1 verre très complexe	200 €	480 €	650 €
	- 2 verres très complexes	200 €	520 €	700 €
	Prestation diverses (appareillage, adaptation)	100% BR	100% BR	100% BR
	Lentilles prescrites			
Dentaire	Lentilles remboursées par la S.S. y compris jetables	100% BR	100% BR	100% BR
	Lentilles non remboursées ⁽¹⁰⁾ par la S.S. y compris jetables	100% BR Reconstituée	100% BR Reconstituée	100% BR Reconstituée
	Chirurgie réfractive de la vue ⁽¹¹⁾	300 €	540 €	700 €
	Soins et Prothèses dentaires 100% Santé ⁽¹²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Soins dentaires hors 100% Santé ⁽¹³⁾			
	Soins dentaires pris en charge par la S.S. ⁽¹³⁾	100% BR	150% BR	200% BR
	Inlay / onlay pris en charge par la S.S. (par acte)	100% BR	200% BR	450% BR
	Inlay-core pris en charge par la S.S.	125% BR	150% BR	450% BR
	Prothèses dentaires hors 100% Santé ⁽¹⁴⁾			
	Prothèses dentaires remboursées par la S.S.	150% BR	250% BR	450% BR
	Prothèses dentaires Non remboursées par la S.S. (par Prothèse)	100 €	200 €	300 €
	Orthodontie ⁽¹⁵⁾			
Aides auditives	Orthodontie acceptée par la S.S. (par semestre)	125% BR	200% BR	400% BR
	Orthodontie non prise en charge par la S.S. (par semestre)	100 €	200 €	400 €
	Implants (Forfait par implant et par bénéficiaire)	100 €	350 €	700 €
	Blanchiment dentaire par acte (acte réalisé par un médecin dentiste)	50 €	100 €	200 €
	Equipements auditifs 100% Santé ⁽¹⁶⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Prothèses auditives hors 100% Santé ⁽¹⁷⁾	100% BR	300% BR	425% BR
	Accessoires ⁽¹⁸⁾	100% BR	100% BR	100% BR
	Forfait naissance ou adoption (doublé en cas de naissance gémellaire)	100 €	250 €	500 €
	Médecines douces agréées ⁽¹⁹⁾ pour les praticiens inscrits sur la liste RPPS de la Réunion :			
	- Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncteurs, Diététiciens,	100€ / an / bénéficiaire	150€ / an / bénéficiaire	200€ / an / bénéficiaire
	- Etiopathe, Homéopathe, naturopathe,			
	- Pédiacre/Podologue non remboursés par la S.S.			
Prestations complémentaires	Cures thermales prises en charge par la S.S.	100% BR	200% BR	400% BR
	Allocation obsèques - Dans la limite des frais réels (salarié / conjoint / enfant de + 12 ans inscrit au contrat)	30% PMSS	50% PMSS	100% PMSS
	Tous les actes de prévention des contrats responsables	100% BR	100% BR	100% BR
	Prévention non prise en charge par le régime obligatoire (bilan sanguin en laboratoire d'analyses) :			
	- Bilan "Check up" (analyse complète incluant NFS, bilans hépatique et rénal, lipides, glycémie et CRP)			
	- Bilan "Diabète" (Mesure de la glycémie à jeun et de l'HbA1c pour évaluer le risque diabétique sur trois mois)	1 bilan au choix par famille et par an	2 bilans au choix par famille et par an	3 bilans au choix par famille et par an
	- Bilan "TMS" (Evaluation de l'inflammation et des lésions musculaires par VS, CRP, CK et bilan osseux)			
	- Bilan "NUTRITIONNEL" (Mesure NFS absence anémie, cholestérol, glycémie, triglycérides, albumine, acide urique, THS)			
	Assistance	Services d'assistance	Inclus	Inclus

Frais médicaux collectifs
ANNEXES DES GARANTIES au 1^{er} janvier 2026

Notes communes à l'ensemble des options

- (1) Matériel Médical compris dans la prise en charge "100% santé" sont les prothèses capillaires de classe II et les Véhicules pour Personnes Handicapées (VPH)
- (2) Forfait par jour. Sans limitation de durée et non limité en nombre pour le forfait urgences.
- (3) Forfait par jour. Prise en charge des frais TV, téléphone, internet, achat de journeaux sur le lieu d'hospitalisation.
- (4) Selon les modalités se rapportant "aux soins effectués à l'étranger" définies dans l'article 10.1 du règlement FMC la Réunion.
- (5) Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, en application de celui-ci les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge.
- (6) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.
- (7) Equipement 100% Santé "Classe A", pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 Décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13) portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation.
Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale).
Pour les équipements combinant des verres « 100% Santé » et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur.
- (8) Renouvellement :
 - pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,
 - pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement.Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).
- (9) Dans le respect des minimums prévus par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.
- (10) BR Reconstituée est égale à la BR prise en compte lors d'une prise en charge par la Sécurité sociale
- (11) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an.
- (12) Soins et prothèses dentaires relevant du "100% Santé", définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
- (13) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire
- (14) Prothèses hors "100% Santé", auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation.
Dans la limite des honoraires de facturation (HLF) fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.
- (15) Prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs.
- (16) Prothèses auditives relevant du "100% Santé", définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
Remboursement d'un équipement par période de quatre ans.
- (17) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- (18) S'entendent comme pris en charge par la Sécurité sociale, les accessoires suivants :
 - * Ecouteur
 - * Microphone
 - * Embout auriculaire pour :
 - bénéficiaire de moins 2 ans => 4 embouts / an / appareil
 - bénéficiaire de plus de 2 ans => 1 embout /an/appareil
 - * Pile sans mercure.
- (19) Les médecines douces agréées comprennent les spécialités suivantes :
 - Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC ;
 - Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;
 - Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministère chargé de la santé ;
 - Diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;
 - Pédiatures/Podologues titulaires d'un diplôme d'Etat de pédicure podologue.Les soins doivent être effectués en France.




IN
16

8

(a) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale correspond à 30% du Prix Limite de Vente (PLV)

(b) La Base de Remboursement de la Sécurité sociale est fixée à 0,05 € par verre et à 0,05 € pour la monture

OPTAM : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

BR SS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

S.S. : Sécurité sociale



IN

V6

r



Annexe : grille optique	
Verres simples	a) Dans les cas suivants :
	Par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ;
	Par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est $\leq$ à +4,00 dioptries ;
	Par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est $\leq$ à 6,00 dioptries.
Verres mixtes (simple + complexe)	b) Par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;
Verres complexes	c) Dans les cas suivants :
	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ;
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ;
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est $\leq$ à +4,00 dioptries ;
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;
Verres mixtes (simple + très complexe)	d) Par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f.
Verres mixtes (complexe + très complexe)	e) Par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f.
Verres très complexes	f) Dans les cas suivants :
	Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ;
	Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est $>$ à +4,00 dioptries ;
	Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est $<$ à -8,00 dioptries et dont le cylindre est $\geq$ à 0,25 dioptrie ;
	Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est $>$ à 8,00 dioptries.

IN

16

f

Cotisations en %PMSS	Base conventionnelle obligatoire	+ option 1 facultative*	+ option 2 facultative*	Option 1 obligatoire	+ option 2 facultative*	Option 2 obligatoire
Tarif unique	2,35%	+ 0,80%	+ 2,22%	3,08%	+ 1,23%	4,20%
Isolé	1,08%	+ 0,55%	+ 1,16%	1,58%	+ 0,52%	2,05%
Duo	1,95%	+ 1,18%	+ 2,16%	3,02%	+ 0,80%	3,75%
Famille	3,05%	+ 1,21%	+ 3,12%	4,15%	+ 1,65%	5,65%

* À additionner à la cotisation du niveau obligatoire.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale.



