

Brochure n° 3205

Convention collective nationale

IDCC : 2543. – **CABINETS OU ENTREPRISES
DE GÉOMÈTRES-EXPERTS, GÉOMÈTRES-TOPOGRAPHES,
PHOTOGRAMMÈTRES ET EXPERTS FONCIERS**

AVENANT DU 16 AVRIL 2009
PORTANT MODIFICATION DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE
NOR : *ASET0950643M*
IDCC : *2543*

Entre :
L'union nationale des géomètres-experts fonciers ;
Le syndicat national des entreprises de photogrammétrie et d'imagerie
métrique ;
La chambre syndicale nationale des géomètres topographes,
D'une part, et
La CFTC ;
Le SYNATPAU FCB-CFDT,
D'autre part,
il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Objet

Le présent avenant a pour objet de modifier le régime de prévoyance inscrit dans la convention collective nationale.

Article 2

Modification du dispositif de couverture des frais de santé

Le tableau des garanties frais de santé minimum obligatoire inscrit dans l'avenant du 24 avril 2008 est remplacé par le tableau suivant.

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ (couverture du salarié, de son conjoint et de ses enfants à charge)	RÉGIME MINIMUM OBLIGATOIRE
	Les remboursements exprimés en TM et/ou BR s'entendent en complément de ceux de la sécurité sociale
Hospitalisation chirurgicale et médicale	Etablissements conventionnés : 100 % des frais réels (1) Etablissements non conventionnés : 85 % des frais réels (1)
Frais d'accompagnement	Frais réels dans la limite de 80 € par jour
Chambre particulière	Frais réels dans la limite de 80 € par jour
Forfait hospitalier	100 % des frais réels
Soins médicaux et frais d'hospitalisation liés à la maternité dans la limite des frais réels justifiés non déjà remboursés sur les autres postes (y compris amniocentèse, FIV)	Frais réels dans la limite de 10 % du PMSS
Consultations, visites : généraliste ou spécia- liste	100 % TM + 70 % BR
Frais d'électroradiologie et radiothérapie	100 % TM + 70 % BR
Analyses et auxiliaires médicaux	100 % TM + 60 % BR
Actes de spécialité, petite chirurgie	100 % TM + 70 % BR
Frais de déplacement	100 % TM + 70 % BR
Médecine douce : ostéopathie, acupuncture, étiopathie, microkinésie (limitée à 5 séances par famille par an)	30 € par acte
Prothèses diverses, orthopédie	100 % TM + 65 % BR
Prothèses auditives (forfait limité à 2 prothèses par an et par bénéficiaire)	30 % PMSS
Frais de transport	100 % TM
Frais pharmaceutiques	100 % TM

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ (couverture du salarié, de son conjoint et de ses enfants à charge)	RÉGIME MINIMUM OBLIGATOIRE
Soins dentaires	100 % TM + 70 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	Frais réels (2) dans la limite de 100 % TM + 220 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale : prothèses sur dents vivantes et prothèses céramo-céramiques	Frais réels dans la limite de 270 € par dent
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	Frais réels (1) dans la limite de 100 % BR
Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale (par bénéficiaire et par an)	Frais réels dans la limite de 4 % PMSS
Implants dentaires (par bénéficiaire et par an)	Frais réels dans la limite de 20 % PMSS
Frais d'optique : verres, montures et lentilles cornéennes prises en charge ou non par la sécurité sociale (y compris jetables)	Frais réels (1) dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à 9 % PMSS
Chirurgie réfractive laser (par œil)	11 % PMSS
Cures thermales remboursées par la sécurité sociale (soins et hébergement)	Frais réels (1) dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à 125 €
<p>BR : base de remboursement = tarif servant de base au remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>TM : ticket modérateur = différence entre la base de remboursement BR et le montant du remboursement effectué par la sécurité sociale.</p> <p>(1) Sous déduction des prestations réelles de la sécurité sociale.</p> <p>(2) Sous déduction des prestations réelles ou reconstituées de la sécurité sociale.</p>	

Compte tenu de l'amélioration des garanties du régime minimum obligatoire, les garanties optionnelles inscrites dans l'avenant du 24 avril 2008 sont simplifiées par la suppression de l'option 1. Il en résulte un seul régime optionnel dont les prestations sont définies ci-dessous :

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ (couverture du salarié, de son conjoint et de ses enfants à charge)	RÉGIME MINIMUM obligatoire (rappel)	RÉGIME supplémentaire « Optionnel »
	Les remboursements exprimés en TM et/ou BR s'entendent en complément de ceux de la sécurité sociale	

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ (couverture du salarié, de son conjoint et de ses enfants à charge)	RÉGIME MINIMUM obligatoire (rappel)	RÉGIME supplémentaire « Optionnel »
Hospitalisation chirurgicale et médicale	Etablissements conventionnés : 100 % des frais réels (1) Etablissements non conventionnés : 85 % des frais réels (1)	
Frais d'accompagnement	Frais réels dans la limite de 80 € par jour	
Chambre particulière	Frais réels dans la limite de 80 € par jour	
Forfait hospitalier	100 % des frais réels	
Soins médicaux et frais d'hospitalisation liés à la maternité dans la limite des frais réels justifiés non déjà remboursés sur les autres postes (y compris amniocen- tèse, FIV)	Frais réels dans la limite de 10 % du PMSS	
Consultations, visites : généraliste ou spé- cialiste	100 % TM + 70 % BR	100 % TM + 220 % BR
Frais d'électroradiologie et radiothérapie	100 % TM + 70 % BR	100 % TM + 220 % BR
Analyses et auxiliaires médicaux	100 % TM + 60 % BR	100 % TM + 210 % BR
Actes de spécialité, petite chirurgie	100 % TM + 70 % BR	100 % TM + 220 % BR
Frais de déplacement	100 % TM + 70 % BR	100 % TM + 220 % BR
Médecine douce : ostéopathie, acupuncture, étiopathie, microkinésie (limitée à 5 séances par famille et par an)	30 €/acte	45 €/acte
Prothèses diverses, orthopédie	100 % TM + 65 % BR	100 % TM + 215 % BR
Prothèses auditives (forfait limité à 2 pro- thèses par an et par bénéficiaire)	30 % PMSS	40 % PMSS
Frais de transport	100 % TM	
Frais pharmaceutiques	100 % TM	

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ (couverture du salarié, de son conjoint et de ses enfants à charge)	RÉGIME MINIMUM obligatoire (rappel)	RÉGIME supplémentaire « Optionnel »
Soins dentaires	100 % TM + 70 % BR	100 % TM + 220 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	Frais réels (2) dans la limite de :	
	100 % TM + 220 % BR	100 % TM + 370 % BR (limité à 2 859 € par bénéficiaire par an)
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale : prothèses sur dents vivantes et prothèses céramo-céramiques	Frais réels dans la limite de :	
	270 € par dent	430 € par dent (limité à 2 859 € par bénéficiaire par an)
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	Frais réels (1) dans la limite de :	
	100 % BR	250 % BR (limité à 1 525 € par bénéficiaire par an)
Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale (par bénéficiaire et par an)	Frais réels dans la limite de 4 % PMSS	Frais réels dans la limite de 6 % PMSS
Implants dentaires (par bénéficiaire et par an)	Frais réels dans la limite de 20 % PMSS	Frais réels dans la limite de 40 % PMSS
Frais d'optique : verres, montures et lentilles cornéennes prises en charge ou non par la sécurité sociale (y compris jetables)	Frais réels (1) dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à :	
	9 % PMSS	16,5 % PMSS + forfait supplémentaire « verres »
Forfait optique supplémentaire « verres » (en fonction de la correction et du type de verre, simple ou progressif)	Dioptries	Type de verres
	de 0 à 4	simples progressifs
	de 4,25 à 5	simples progressifs
	de 5,25 à 7	simples progressifs
	plus de 7	simples progressif
		Forfait en % PMSS
		0 % 2 %
		2 % 4 %
		4 % 6 %
		6 % 7 %
Chirurgie réfractive laser (par œil)	11 % PMSS	22 % PMSS

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ (couverture du salarié, de son conjoint et de ses enfants à charge)	RÉGIME MINIMUM obligatoire (rappel)	RÉGIME supplémentaire « Optionnel »
Cures thermales remboursées par la sécurité sociale (soins et hébergement)	Frais réels (1) dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à :	
	125 €	305 €
BR : base de remboursement = tarif servant de base au remboursement de la sécurité sociale. TM : ticket modérateur = différence entre la base de remboursement BR et le montant du remboursement effectué par la sécurité sociale. (1) Sous déduction des prestations réelles de la sécurité sociale. (2) Sous déduction des prestations réelles ou reconstituées de la sécurité sociale.		

L'article 6.1 « Bénéficiaires » est modifié par les dispositions suivantes :

« Conformément à la circulaire DSS/5B/2009/32 du 30 janvier 2009, certains salariés ont, s'ils le souhaitent, la faculté de ne pas adhérer à la garantie frais de santé, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de leur employeur. A défaut d'une telle demande dans les conditions définies ci-après, ils seront obligatoirement affiliés au régime obligatoire. Les salariés concernés sont les suivants :

- salariés sous contrat à durée déterminée dont la durée est inférieure à 3 mois ;
- saisonniers ;
- salariés en couple travaillant dans la même entreprise : possibilité pour l'un des deux membres du couple de s'affilier en tant qu'ayant droit du deuxième ;
- salariés bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé jusqu'à l'échéance annuelle. La dispense d'affiliation ne vaut que jusqu'à l'échéance du contrat individuel (si l'intéressé ne peut pas le résilier par anticipation).

Les salariés ci-dessus mentionnés devront formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au régime, auprès de leur employeur, dans un délai de 1 mois à compter de la mise en place du régime dans l'entreprise, ou pour ceux embauchés postérieurement, dans un délai de 1 mois qui suit leur embauche.

En outre, ils seront tenus de communiquer à leur employeur, au moins une fois par an, les informations permettant de justifier de leur situation.

Ils pourront à tout moment revenir sur leur décision, et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion au régime. Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le premier jour du mois qui suit leur demande. Cette adhésion sera alors irrévocable.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser et d'adhérer au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

Enfin, la dérogation d'adhésion prévue au profit des salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle, par avenant du 24 avril 2008, est supprimée.

Conditions de prise en charge des prestations frais de santé :

Les remboursements mentionnés dans les tableaux de garantie intègrent les prestations de la sécurité sociale en fonction de ses conditions d'indemnisation en vigueur à la date du présent régime. Ainsi, l'éventuelle diminution ultérieure de l'indemnisation de la sécurité sociale ne sera pas compensée.

Le total des remboursements des organismes gestionnaires, de la sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières (définies aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale), la contribution forfaitaire (instaurée par l'article L. 322-2-II du code de la sécurité sociale) et les franchises médicales (instaurées par l'article L. 322-2-III du code de la sécurité sociale) ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins ou en cas de refus d'accès au dossier médical personnel, la contribution forfaitaire et les franchises médicales ne donnent pas lieu à remboursement.

Liste des actes pris en charge au titre du contrat responsable :

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, IONIS Prévoyance a choisi de prendre en charge au titre du régime de prévoyance les actes de prévention suivants :

- un détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum (SC12) ;
- un dépistage de l'hépatite B (code NABM 4713, 4714, 0323, 0351) ;
- un scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, une fois par dent et avant le 14^e anniversaire ;
- un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans ;
- un dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002) ;
- l'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans ;
- les vaccinations suivantes seules ou combinées :
 - diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - coqueluche : avant 14 ans ;
 - hépatite B : avant 14 ans ;
 - BCG : avant 6 ans ;
 - rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - *haemophilus influenzae* B ;

- vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

La cotisation concernant la garantie frais de santé conventionnelle hors Alsace-Moselle pour les salariés non cadres et cadres, mentionnée dans l'avenant du 24 avril 2008 est remplacée par la suivante :

RÉGIME MINIMUM (hors Alsace-Moselle)	PART employeur	PART salarié	ENSEMBLE
	Salaire mensuel limité à 150 % PMSS	Salaire mensuel limité à 150 % PMSS	Salaire mensuel limité à 150 % PMSS
Régime minimum obligatoire	1,60 %	1,07 %	2,67 %

La cotisation concernant la garantie frais de santé conventionnelle applicable aux salariés non cadres et cadres relevant du régime local Alsace-Moselle, mentionnée à l'avenant du 24 avril 2008, est remplacée par la suivante :

RÉGIME MINIMUM (Alsace-Moselle)	PART employeur	PART salarié	ENSEMBLE
	Salaire mensuel limité à 150 % PMSS	Salaire mensuel limité à 150 % PMSS	Salaire mensuel limité à 150 % PMSS
Régime minimum obligatoire	0,70 %	0,47 %	1,17 %

Les cotisations concernant la garantie frais de santé optionnelle « option 2 » hors Alsace-Moselle pour les salariés non cadres et cadres, mentionnée à l'avenant du 24 avril 2008, sont remplacées par les suivantes :

OPTION (Alsace-Moselle)	PART employeur	PART salarié	ENSEMBLE
	Salaire mensuel limité à 150 % PMSS	Salaire mensuel limité à 150 % PMSS	Salaire mensuel limité à 150 % PMSS
Régime minimum obligatoire (rappel)	1,60 %	1,07 %	2,67 %
Régime optionnel	A définir dans l'entreprise		+ 2,20 %
Total régime minimum + option			4,87 %

Les cotisations concernant la garantie frais de santé optionnelle « option 2 » applicable aux salariés non cadres et cadres relevant du régime local Alsace-Moselle, mentionnée à l'avenant du 24 avril 2008, sont remplacées par les suivantes :

OPTION (Alsace-Moselle)	PART employeur	PART salarié	ENSEMBLE
	Salaire mensuel limité à 150 % PMSS	Salaire mensuel limité à 150 % PMSS	Salaire mensuel limité à 150 % PMSS
Régime minimum obligatoire (rappel)	0,70 %	0,47 %	1,17 %
Régime optionnel	A définir dans l'entreprise		+ 1,75 %
Total régime minimum + option			2,92 %

Article 3

Modification des garanties prévues en cas de décès

Rente handicap :

L'article 4.1.4 « Garanties communes cadres et non-cadres » est complété par l'ajout d'une garantie « rente handicap ». Les dispositions suivantes sont insérées :

« D. – Rente handicap

Objet de la garantie :

La garantie handicap a pour objet, si un participant assuré décède, le service d'une rente handicap pour chacun de ses enfants handicapés bénéficiaires.

Prestation :

Il est constitué au profit des bénéficiaires une rente viagère dont le montant mensuel est de 500 € pour l'année 2009.

Le montant de cette prestation est indexé sur l'augmentation du montant de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). En cas de modification notable, ou bien de disparition de l'AAH, un avenant devra déterminer une autre allocation spécifique aux personnes handicapées afin d'indexer le montant de la rente prévue par la présente garantie.

Bénéficiaires :

Sont bénéficiaires au sens de la présente garantie le ou les enfants handicapés du salarié, reconnus à la date du décès, qu'ils soient légitimes, naturels ou adoptifs.

Les enfants handicapés sont ceux atteints d'une infirmité physique ou mentale qui les empêche soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit, s'ils sont âgés de moins de

18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal, tel que définit par l'article 199 *septies* du code général des impôts.

Reconnaissance de l'état de handicap :

Pour justifier du handicap du ou des bénéficiaires, doit être joint à la demande de liquidation des prestations, sous enveloppe cachetée destinée au médecin-conseil de l'OCIRP, un certificat médical attestant, à la date du décès du participant, de la nature de l'infirmité physique ou mentale dont est (sont) atteint(s) le (les) bénéficiaire(s) potentiel(s).

La reconnaissance du handicap est effectuée par le médecin-conseil de l'OCIRP. L'OCIRP se réserve le droit de demander toutes autres pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l'étude du dossier, notamment :

- un justificatif de taux d'incapacité reconnu par la COTOREP ou la CDES ;
- la preuve de l'attribution d'une prestation prévue par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- un certificat d'admission en établissement spécialisé.

Durée et paiement :

Les rentes sont payées trimestriellement à terme d'avance, sous condition de vie.

La rente prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant la date de décès du salarié. Si la déclaration est faite après un délai de 1 an, les prestations prendront effet à partir du premier jour du mois civil suivant la date de la demande de liquidation des prestations.

La rente cesse d'être due à compter du premier jour du mois suivant le décès du bénéficiaire.

Chaque rente est versée au bénéficiaire s'il a la capacité juridique ou à son représentant légal. »

Article 4

Modification des dispositions concernant les revalorisations

L'article 5 de l'accord « Revalorisation des prestations » est remplacé par le suivant :

« Les prestations périodiques sont revalorisées selon l'évolution de la valeur du point ARRCO au 1^{er} juillet de chaque exercice pour les garanties arrêt de travail et en fonction de celle du point OCIRP pour les rentes éducation, rente de conjoint et rente handicap.

En cas de changement d'organisme gestionnaire des garanties, la revalorisation des prestations prévues en cas d'arrêt de travail sera prise en charge par le nouvel organisme désigné, conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale.

Par dérogation à ce principe, en cas de changement d'organisme gestionnaire, la revalorisation des prestations rente éducation, rente de conjoint et rente handicap sera poursuivie par l'organisme assureur de ces garanties, mentionné à l'article 8 du présent accord. »

Article 5

Cotisations des garanties décès sous forme de rente

Les taux de cotisations des garanties « rente éducation ou rente temporaire de conjoint » prévus aux articles 13.3 et 13.4 sont ramenés à :

- salariés non cadres : 0,20 % tranches A et B, dont 0,01 % financé par l'employeur ;
- salariés cadres : 0,20 % tranches A et B, dont 0,01 % financé par l'employeur.

Les taux de cotisations « garantie rente handicap » ci-dessous sont insérés dans les tableaux de cotisations des salariés cadres et non cadres mentionnés aux articles 13.3 et 13.4 :

- salariés non cadres : 0,03 % tranches A et B, dont 0,01 % financé par l'employeur ;
- salarié cadres : 0,03 % tranches A et B, dont 0,01 % financé par l'employeur.

Article 6

Organisme assureur désigné pour la rente handicap

L'article 8.1 « Organisme gestionnaire », alinéa 3, est remplacé par le suivant :

« Pour ce qui concerne les garanties rente éducation, rente de conjoint et rente handicap, l'organisme assureur est l'OCIRP (organisme commun des institutions de rentes et de prévoyance, union d'institutions de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, 10, rue Cambacérès, 75008 Paris).

Concernant la gestion de cette garantie, l'OCIRP en délègue la charge à IONIS Prévoyance. »

Article 7

Date d'effet, dépôt, extension

Le présent avenant prend effet le 1^{er} avril 2009. Il sera établi en un nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires.

Par ailleurs, les parties conviennent de demander au ministère chargé du travail l'extension du présent avenant, afin de le rendre applicable à toutes les entreprises de géomètres-experts, topographes, photogrammètres et experts fonciers.

Fait à Paris, le 16 avril 2009.

(Suivent les signatures.)