

Brochure n° 3205

**Convention collective nationale**

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

AVENANT DU 25 JUIN 2014  
À L'ACCORD DU 13 OCTOBRE 2005  
RELATIF AU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1451000M

IDCC : 2543

**PRÉAMBULE**

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

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

*Régime minimum obligatoire*

La garantie optique et la garantie orthodontie du régime minimum obligatoire sont modifiées ; en conséquence, les tableaux des garanties de l'article 6.4 et du 2 de l'annexe I de l'accord conventionnel sont remplacés ci-après.

**Article 2**

*Régime optionnel*

La garantie optique et la garantie orthodontie du régime optionnel sont modifiées ; en conséquence, les tableaux des garanties de l'annexe II de l'accord conventionnel sont remplacés ci-après.

**Régime minimum obligatoire**

DÉSIGNATION DES ACTES	GARANTIES CONVENTIONNELLES (les remboursements exprimés en TM et/ou en BR s'entendent en complément de ceux de la sécurité sociale)
Hospitalisation chirurgicale et médicale	Etablissements conventionnés : 100 % des frais réels <sup>(1)</sup> Etablissements non conventionnés : 85 % des frais réels <sup>(1)</sup>
Frais d'accompagnement	100 % des frais réels dans la limite de 80 € par jour
Chambre particulière	100 % des frais réels dans la limite de 80 € par jour
Forfait hospitalier	100 % des frais réels

DÉSIGNATION DES ACTES	GARANTIES CONVENTIONNELLES (les remboursements exprimés en TM et/ou en BR s'entendent en complément de ceux de la sécurité sociale)		
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, fécondation <i>in vitro</i> , chambre particulière, maternité et dépassements d'honoraire.	Frais réels dans la limite de 10 % du PMSS		
Consultations, visites : généraliste ou spécialiste	TM + 70 % BR		
Frais d'électroradiologie et de radiothérapie	TM + 70 % BR		
Analyses et auxiliaires médicaux	TM + 60 % BR		
Actes de spécialité, petite chirurgie	TM + 70 % BR		
Frais de déplacement	TM + 70 % BR		
Médecine douce : ostéopathie, acupuncture, étio-pathie, microkinésie, chiropractie, naturopathie (limitée à 8 séances par bénéficiaire et par an)	30 € par acte		
Prothèses diverses, orthopédie	TM + 65 % BR		
Prothèses auditives (forfait limité à 2 prothèses par an et par bénéficiaire)	30 % du PMSS		
Frais de transport	100 % TM		
Frais pharmaceutiques	100 % TM		
Soins dentaires	TM + 70 % BR		
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	Frais réels <sup>(1)</sup> dans la limite de TM + 270 % BR		
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale : prothèses sur dents vivantes et prothèses céramo-céramiques	Frais réels <sup>(2)</sup> dans la limite de 270 € par dent		
Orthodontie remboursée ou non par la sécurité sociale (enfant de moins de 16 ans)	Frais réels <sup>(1)</sup> dans la limite de 150 % BR		
Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale	Frais réels dans la limite de 4 % du PMSS par an et par bénéficiaire		
Implants dentaires	Frais réels dans la limite de 20 % du PMSS par an et par bénéficiaire		
Inlays	TM + 100 % BR		
Forfait monture (*)	Frais réels <sup>(1)</sup> dans la limite de 3,50 % du PMSS		
Forfait verres (*) (en fonction de la correction et du type de verre, simple ou progressif)	Dioptries	Type de verres	Forfait en % du PMSS
	De 0 à 4	Simple	2,50
		Progressifs	3,50
	De 4,25 à 5	Simple	3,50
		Progressifs	4,50
	De 5,25 à 7	Simple	4,50
		Progressifs	5,00
	> 7	Simple	5,50
		Progressifs	6,00

DÉSIGNATION DES ACTES	GARANTIES CONVENTIONNELLES (les remboursements exprimés en TM et/ou en BR s'entendent en complément de ceux de la sécurité sociale)
Forfait lentilles cornéennes prises en charge ou non par la sécurité sociale (y compris jetables)	Frais réels <sup>(1)</sup> dans la limite de 4 % du PMSS
Chirurgie réfractive laser	11 % du PMSS par œil
Actes de prévention : prise en charge de l'intégralité des actes de prévention instaurés dans le dispositif des « contrats responsables »	100 % TM
Cures thermales remboursées par la sécurité sociale (soins et hébergement)	Frais réels <sup>(1)</sup> dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à 125 €
Contraception : pilule et patch contraceptifs	1,5 % du PMSS par an et par bénéficiaire
<p>(*) Remboursement monture + verres limité à :  – pour les adultes et enfants de 18 ans et plus : un forfait tous les 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de changement de dioptrie de + / – 0,5 ;  – pour les enfants de moins de 18 ans : un forfait par an et par bénéficiaire.  BR : base de remboursement : tarif servant de base au remboursement de la sécurité sociale.  TM : ticket modérateur : différence entre la base de remboursement sécurité sociale (BR) et le remboursement effectué par cet organisme.  PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale : 3 129 € au 1<sup>er</sup> janvier 2014.  (1) Sous déduction des prestations réelles de la sécurité sociale.  (2) Sous déduction des prestations réelles ou reconstituées de la sécurité sociale.</p>	

### Régime optionnel

DÉSIGNATION DES ACTES	GARANTIES (y compris régime minimum obligatoire prévu par l'accord national de prévoyance de la branche professionnelle), les remboursements exprimés en TM et/ou en BR s'entendent en complément de ceux de la sécurité sociale
Hospitalisation chirurgicale et médicale	Etablissements conventionnés : 100 % des frais réels <sup>(1)</sup> Etablissements non conventionnés : 85 % des frais réels <sup>(1)</sup>
Frais d'accompagnement	100 % des frais réels dans la limite de 80 € par jour
Chambre particulière	100 % des 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, fécondation <i>in vitro</i> , chambre particulière, maternité et dépassements d'honoraires	Frais réels dans la limite de 15 % du PMSS
Consultations, visites : généraliste ou spécialiste	TM + 220 % BR
Frais d'électroradiologie et de radiothérapie	TM + 220 % BR
Analyses et auxiliaires médicaux	TM + 210 % BR
Actes de spécialité, petite chirurgie	TM + 220 % BR
Frais de déplacement	TM + 220 % BR

DÉSIGNATION DES ACTES	GARANTIES (y compris régime minimum obligatoire prévu par l'accord national de prévoyance de la branche professionnelle), les remboursements exprimés en TM et/ou en BR s'entendent en complément de ceux de la sécurité sociale		
Médecine douce : ostéopathie, acupuncture, étio-pathie, microkinésie, chiropractie, naturopathie (limitée à 8 séances par bénéficiaire et par an)	45 € par acte		
Prothèses diverses, orthopédie	TM + 215 % BR		
Prothèses auditives (forfait limité à 2 prothèses par an et par bénéficiaire)	40 % du PMSS		
Frais de transport	100 % TM		
Frais pharmaceutiques	100 % TM		
Soins dentaires	TM + 220 % BR		
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	Frais réels <sup>(1)</sup> dans la limite de TM + 430 % BR et de 2 859 € par an et par bénéficiaire		
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale : prothèses sur dents vivantes et prothèses céramo-céramiques	Frais réels <sup>(2)</sup> dans la limite de 430 € par dent et de 2 859 € par an et par bénéficiaire		
Orthodontie remboursée ou non par la sécurité sociale (enfant de moins de 16 ans)	Frais réels <sup>(1)</sup> dans la limite de 300 % BR et de 1 525 € par an et par bénéficiaire		
Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale	Frais réels dans la limite de 6 % du PMSS par an et par bénéficiaire		
Implants dentaires	Frais réels dans la limite de 40 % du PMSS par an et par bénéficiaire		
Inlays	TM + 150 % BR		
Forfait monture (*)	Frais réels <sup>(1)</sup> dans la limite de 4,50 % du PMSS		
Forfait verres (*) (en fonction de la correction et du type de verre, simple ou progressif)	Dioptries	Type de verres	Forfait en % du PMSS
	De 0 à 4	Simple	6
		Progressifs	8
	De 4,25 à 5	Simple	8
		Progressifs	10
	De 5,25 à 7	Simple	10
Progressifs		12	
> 7	Simple	12	
	Progressifs	13	
Forfait lentilles cornéennes prises en charge ou non par la sécurité sociale (y compris jetables)	Frais réels <sup>(1)</sup> dans la limite de 5 % du PMSS		
Chirurgie réfractive laser	22 % du PMSS par œil		
Actes de prévention : prise en charge de l'intégralité des actes de prévention instaurés dans le dispositif des « contrats responsables »	100 % TM		

DÉSIGNATION DES ACTES	GARANTIES (y compris régime minimum obligatoire prévu par l'accord national de prévoyance de la branche professionnelle), les remboursements exprimés en TM et/ou en BR s'entendent en complément de ceux de la sécurité sociale
Cures thermales remboursées par la sécurité sociale (soins et hébergement)	Frais réels <sup>(1)</sup> dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire égal à 305 €
Contraception : pilule et patch contraceptifs	2,5 % du PMSS par an et par bénéficiaire
(*) Remboursement monture + verres limité à : – pour les adultes et enfants de 18 ans et plus : – un forfait tous les 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de changement de dioptrie de + / – 0,5 ; – pour les enfants de moins de 18 ans : un forfait par an et par bénéficiaire. BR : base de remboursement : tarif servant de base au remboursement de la sécurité sociale. TM : ticket modérateur : différence entre la base de remboursement sécurité sociale BR et le remboursement effectué par cet organisme. PMSS : plafond mensuel sécurité sociale : 3 129 € au 1 <sup>er</sup> janvier 2014. (1) Sous déduction des prestations réelles de la sécurité sociale. (2) Sous déduction des prestations réelles ou reconstituées de la sécurité sociale.	

### Article 3

#### *Garanties optique (base et option)*

Un forfait global verres et monture s'applique tous les 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de changement de dioptrie de + / – 0,5 et pour les enfants de moins de 18 ans.

La périodicité des 2 ans s'applique par année civile à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014.

### Article 4

#### *Cotisations*

Les cotisations du personnel affilié et non affilié à l'AGIRC de la garantie frais de santé sont modifiées comme suit :

*(En pourcentage.)*

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	PART employeur	PART salarié	ENSEMBLE
	Salaire mensuel limité à 150 % du PMSS		
Régime minimum obligatoire hors Alsace-Moselle	1,29	0,86	2,15
Régime minimum obligatoire Alsace-Moselle	0,56	0,38	0,94
Régime optionnel hors Alsace-Moselle, cotisation supplémentaire	A définir dans l'entreprise		2,60
Régime optionnel Alsace-Moselle, cotisation supplémentaire	A définir dans l'entreprise		1,96

### Article 5

Le présent avenant entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2014 pour les cotisations et au 1<sup>er</sup> septembre 2014 pour les garanties.

### Article 6

Les parties signataires du présent avenant s'engagent à effectuer les formalités de dépôt et à en demander l'extension auprès du ministère compétent.

Fait à Paris, le 25 juin 2014.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

**Organisations patronales :**

CSNGT ;  
UNGE ;  
SNEPPIM.

**Syndicat de salariés :**

FNCB SYNATPAU CFDT.