

Brochure n° 3205

Convention collective nationale

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

AVENANT DU 3 DÉCEMBRE 2015

À L'ACCORD DU 13 OCTOBRE 2005

RELATIF À LA PRÉVOYANCE

NOR : ASET1650165M

IDCC : 2543

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour objet de compléter, de préciser ou de modifier certaines dispositions de l'accord de prévoyance du 13 octobre 2005 comme suit.

Article 1^{er}

Les garanties du régime minimum obligatoire de l'article 6.4 « Tableau des garanties » et du régime optionnel prévu à l'article 6.5, figurant en annexe II de l'accord de prévoyance, sont modifiées comme suit :

(Les aménagements apportés figurent en grisé.)

GARANTIES en complément des remboursements de la sécurité sociale (sauf pour les garanties exprimées en % FR qui s'entendent y compris les remboursements de la sécurité sociale)	RÉGIME SOCLE Adhésion obligatoire	RÉGIME OPTIONNEL (y compris les garanties du socle) Adhésion facultative
Hospitalisation chirurgicale et médicale, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)		
Honoraires – Signataires CAS	100 % FR	100 % FR
Honoraires – Non signataires CAS	100 % FR et dans la limite de TM + 100 % BR	100 % FR et dans la limite de TM + 100 % BR
Honoraires – Secteur non conventionné	85 % FR avec minimum de 100 % TM et dans la limite de TM + 100 % BR	85 % FR avec minimum de 100 % TM et dans la limite de TM + 100 % BR
Frais de séjour	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	80 € par jour	80 € par jour

GARANTIES en complément des remboursements de la sécurité sociale (sauf pour les garanties exprimées en % FR qui s'entendent y compris les remboursements de la sécurité sociale)	RÉGIME SOCLE Adhésion obligatoire	RÉGIME OPTIONNEL (y compris les garanties du socle) Adhésion facultative
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	80 € par jour	80 € par jour
Forfait hospitalier	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €	18 €
Soins de ville (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)		
Consultations et visites généralistes et spécialistes – signataires CAS	TM + 70 % BR	TM + 220 % BR
Consultations et visites généralistes et spécialistes – non signataires CAS	TM + 50 % BR	TM + 100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité – Signataires CAS	TM + 70 % BR	TM + 220 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité – Non signataires CAS	TM + 50 % BR	TM + 100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – Signataires CAS	TM + 70 % BR	TM + 220 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – Non signataires CAS	TM + 50 % BR	TM + 100 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	TM + 60 % BR	TM + 210 % BR
Auxiliaires médicaux	TM + 60 % BR	TM + 210 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la sécurité sociale	30 % PMSS par an et par bénéficiaire avec minimum de 100 % TM	40 % PMSS par an et par bénéficiaire avec minimum de 100 % TM
Autre appareillage remboursé par la sécurité sociale	TM + 65 % BR	TM + 215 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €	18 €
Pharmacie		
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale	100 % TM	100 % TM
Transport		
Transport remboursé par la sécurité sociale	100 % TM	100 % TM
Frais dentaires		
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	TM + 70 % BR	TM + 220 % BR
Inlays-onlays remboursés par la sécurité sociale	TM + 100 % BR	TM + 150 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale :		
– couronnes, bridges et inter de bridges	TM + 270 % BR dans la limite de 2 859 € par an et par bénéficiaire (au-delà du plafond 55 % BR)	TM + 430 % BR dans la limite de 2 859 € par an et par bénéficiaire (au-delà du plafond 55 % BR)
– couronnes sur implants		
– prothèses dentaires amovibles		
– réparations sur prothèses		
– inlays-cores		

GARANTIES en complément des remboursements de la sécurité sociale (sauf pour les garanties exprimées en % FR qui s'entendent y compris les remboursements de la sécurité sociale)	RÉGIME SOCLE Adhésion obligatoire	RÉGIME OPTIONNEL (y compris les garanties du socle) Adhésion facultative
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale : – couronnes et bridges – prothèses dentaires provisoires – réparations (sauf les réparations à caractère esthétique) Orthodontie remboursée ou non par la sécurité sociale Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale Implants (implant + pilier implantaire)	270 € par dent dans la limite de 2 859 € par an et par bénéficiaire 150 % BR dans la limite de 1 525 € par an et par bénéficiaire (au-delà du plafond 25 % BR) 4 % PMSS par an et par bénéficiaire 20 % PMSS par an et par bénéficiaire	430 € par dent dans la limite de 2 859 € par an et par bénéficiaire 300 % BR dans la limite de 1 525 € par an et par bénéficiaire (au-delà du plafond 25 % BR) 6 % PMSS par an et par bénéficiaire 40 % PMSS par an et par bénéficiaire
Frais d'optique		
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans)		
Monture	120 €	150 €
Verre simple ⁽²⁾ par verre	50 €	110 €
Verre complexe ⁽²⁾ par verre	80 €	180 €
Verre très complexe ⁽²⁾ par verre	100 €	200 €
Lentilles remboursées ou non par la sécurité sociale (y compris jetables)	4 % PMSS par an et par bénéficiaire avec minimum de 100 % TM	5 % PMSS par an et par bénéficiaire avec minimum de 100 % TM
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	11 % PMSS/œil	22 % PMSS/œil
Maternité et adoption		
Allocation naissance ou adoption (doublée en cas de naissances ou d'adoptions multiples)	10 % PMSS	15 % PMSS
Prévention et autres soins		
Forfait pour cure thermale remboursée par la sécurité sociale	125 € par an et par bénéficiaire	305 € par an et par bénéficiaire
Médecine douce (acupuncture, chiropractie, diététique, ergothérapie, homéopathie, méthode Mézières, microkinésie, nutritionniste, ostéopathie, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricité, psychothérapie, réflexologie, sophrologie)	30 € par séance (maxi 8 séances par an et par bénéficiaire)	45 € par séance (maxi 8 séances par an et par bénéficiaire)
Pilules contraceptives non remboursées par la sécurité sociale	1,5 % PMSS par an et par bénéficiaire	2,5 % PMSS par an et par bénéficiaire

GARANTIES en complément des remboursements de la sécurité sociale (sauf pour les garanties exprimées en % FR qui s'entendent y compris les remboursements de la sécurité sociale)	RÉGIME SOCLE Adhésion obligatoire	RÉGIME OPTIONNEL (y compris les garanties du socle) Adhésion facultative
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ⁽²⁾	Pris en charge	Pris en charge
<p>(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.</p> <p>(2) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est ≤ + 4,00 dioptries. Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est > + 4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif. Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.</p> <p>(3) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.</p> <p>BR : base de remboursement de la sécurité sociale / CAS : contrat d'accès aux soins / FR : frais réels / MR : montant remboursé par la sécurité sociale. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année / SS : sécurité sociale.</p>		

Article 2

Conformément à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, le premier alinéa de l'article 6.1 de l'accord de prévoyance est modifié comme suit :

« Les salariés définis aux articles 2 et 3 du présent accord, ainsi que leurs familles bénéficient obligatoirement de cette couverture.

Les salariés placés dans les situations ci-après peuvent demander, par écrit, à l'employeur une dispense d'affiliation au régime frais de santé prévue au présent accord :

- les salariés et les apprentis dont le contrat à durée déterminée est au plus d'une durée de 12 mois ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Dans ces cas, la dispense doit être justifiée par tout document utile et joue jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- pour les couples travaillant dans la même entreprise, l'un des deux membres du couple peut être affilié en propre, l'autre pouvant l'être, dans ce cas, en tant qu'ayant droit. »

Article 3

L'article 6.2 B de l'accord de prévoyance est complété comme suit :

« En cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'entreprise ayant pour conséquence la résiliation du contrat d'assurance souscrit avec l'organisme assureur, les partenaires sociaux conviennent de la mise en place d'un fonds de mutualisation permettant le financement du maintien du régime aux anciens salariés au titre de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale au-delà de cette résiliation. »

Article 4

Le présent avenant prend effet au 1^{er} janvier 2016.

Article 5

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

Article 6

Les parties signataires conviennent d'une période d'ouverture à la signature jusqu'au 22 décembre.

Suivent les signatures des organisations syndicales ci-après :

Organisations patronales :

UNGE ;
SNEPPIM.

Syndicat de salariés :

FNCB SYNATPAU CFDT.