

Brochure n° 3205 | Convention collective nationale

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

Avenant du 16 mars 2022

à l'accord relatif à la mise en place d'un régime frais de santé
et portant sur les prestations en santé dans la branche FIIAC, filière ingénierie
de l'immobilier, de l'aménagement et de la construction

NOR : ASET2250664M

IDCC : 2543

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

UNGE ;

FENIGS,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFDT SYNATPAU,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche des métiers du géomètre ont souhaité améliorer les garanties optiques sur les verres et en particulier sur les verres complexes et très complexes afin d'homogénéiser le taux de couverture.

Les garanties sont modifiées conformément aux tableaux figurant à l'article 2 qui remplacent les précédents tableaux de garantie.

Article 1^{er} | Règles conventionnelles

Dans l'attente d'unicité des règles conventionnelles au sein de la branche FIIAC, les règles non traitées dans cet accord sont issues de la convention collective des cabinets ou entreprises de géomètres-experts, géomètres topographes, photogrammètres et experts fonciers (IDCC 2543).

Article 2 | Tableaux des garanties pour la convention collective IDCC 2543

Les remboursements indiqués s'entendent y compris remboursement de la sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

	Régime conventionnel	Régime surcomplémentaire
Hospitalisation^[1] – En établissement conventionné ou non		
Frais de séjour		
- en établissement conventionné	100 % DE	100 % DE
- en établissement non conventionné	100 % DE	100 % DE
Honoraires :		
– praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % DE	100 % DE
– praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
– praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	85 % DE avec au minimum le TM et un maximum de TM + 100 % BR	85 % DE avec au minimum le TM et un maximum de TM + 100 % BR
Forfait journalier hospitalier ^[2] – Non remboursé par la SS – sans limitation de durée	100 % DE	100 % DE
Chambre particulière ^[3] – Non remboursé par la SS		
- y compris la maternité – Par jour ou par nuitée	80 €	80 €
Lit d'accompagnant ^[3] – Non remboursé par la SS		
- bénéficiaire dont l'âge est < à 12 ans – Par nuitée	80 €	80 €
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques – limitée au montant de la participation forfaitaire réglementaire en vigueur	100 % DE	100 % DE
Allocation maternité ou adoption plénière – Par enfant	10 % PMSS	15 % PMSS
Dentaire		
Soins et prothèses « 100 % Santé ** »		
À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	Sans reste à payer ^[5]	Sans reste à payer ^[5]
Soins		
– soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	TM + 70 % BR	TM + 220 % BR
– inlay/onlay remboursés par la sécurité sociale	TM + 100 % BR	TM + 150 % BR
– parodontologie non remboursée par la SS – Par an et par bénéficiaire	4 % PMSS	6 % PMSS
Prothèses autre que « 10 % santé ** »		

	Régime conventionnel	Régime surcomplémentaire
– prothèses dentaires à tarifs libres et modérés remboursées par la sécurité sociale (couronnes transitoires, inlay-cores, couronnes définitives, bridges et inters de bridges, prothèses amovibles ou réparations). Dans la limite de 2 859 €/an/bénéficiaire (au-delà du plafond 55 % BR)	TM + 270 % BR	TM + 430 % BR
– prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale:	270 € par acte	430 € par acte
– couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes), réparations sur prothèses fixes. Dans la limite de 2 859 € par an et par bénéficiaire		
Implants (implant + pilier implantaire) – Par an et par bénéficiaire	20 % PMSS	40 % PMSS
Orthodontie – remboursée ou non par la SS Par semestre de traitement et par bénéficiaire. Dans la limite de 1 525 € /an /bénéficiaire (au-delà du plafond TM + 25 % BR)	150 % BR	300 % BR
Optique^[7] – Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter du 16^e anniversaire (hors situation médicale particulière définie dans les conditions générales)		
Équipement « 100 % santé ** » – Classe A***	Sans reste à payer ^[6]	Sans reste à payer ^[6]
– y compris prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	Sans reste à payer ^[6]	Sans reste à payer ^[6]
Y compris supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)	Sans reste à payer ^[6]	Sans reste à payer ^[6]
Équipement autre que « 100 % santé** » – Classe B*** ^[8]		
maximum 100 € y compris remboursement de la SS pour la monture		
– par verre simple – par bénéficiaire*****	70 €	110 €
– par verre complexe – par bénéficiaire*****	180 €	220 €
– par verre très complexe – par bénéficiaire*****	200 €	320 €
– par monture de lunettes – par bénéficiaire*****	100 €	100 €
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B ^[9] – dans la limite des PLV	100 % BR	100 % BR
Lentilles		
Lentilles prescrites remboursées par la sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la sécurité sociale – Par an par bénéficiaire	4 % PMSS avec un minimum de 100 % TM	5 % PMSS avec un minimum de 100 % TM
Chirurgie optique réfractive – par œil	11 % PMSS	22 % PMSS
Aides auditives ou équipement – par oreille		
Nature des actes indemnisés jusqu'au 31/12/2020		

	Régime conventionnel	Régime surcomplémentaire
Appareil auditif remboursé par la sécurité sociale – Par an et par bénéficiaire (forfait limité à 2 prothèses par an et par bénéficiaire) – avec minimum de 100 % TM	30 % PMSS	40 % PMSS
Nature des actes indemnisés à compter du 01/01/2021		
Renouvellement par appareil tous les 4 ans		
Équipement « 100 % santé** » – classe I****	Sans reste à payer ^[6]	Sans reste à payer ^[6]
Équipement autre que « 100 % santé** » – Classe II****	30 % PMSS	40 % PMSS
limité à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la sécurité sociale – par bénéficiaire – avec minimum de 100 % TM		
Accessoires et fournitures	100 % TM	100 % TM
Soins courants – auprès d'un professionnel conventionné ou non		
Honoraires médicaux		
Consultation / visite / consultation en ligne chez un généraliste ou un spécialiste :		
– adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 70 % BR	TM + 220 % BR
– adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 50 % BR	TM + 100 % BR
Actes techniques médicaux :		
– adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 70 % BR	TM + 220 % BR
– adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 50 % BR	TM + 100 % BR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques – limitée au montant de la participation forfaitaire réglementaire en vigueur.	100 % DE	100 % DE
Actes d'imagerie médicale :		
– adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 70 % BR	TM + 220 % BR
– adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 50 % BR	TM + 100 % BR
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux	TM + 60 % BR	TM + 210 % BR
Analyses et examens de laboratoire	TM + 60 % BR	TM + 210 % BR
Matériel médical		
Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	TM + 65 % BR	TM + 215 % BR
Frais de transport sanitaire		
Ambulance, taxi conventionné – hors SMUR ^[4]	100 % TM	100 % TM
Cures thermales – Remboursées par la SS		

	Régime conventionnel	Régime surcomplémentaire
Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale, forfait transport et hébergement thermal – Forfait global annuel par bénéficiaire	125 €	305 €
Médicaments		
– médicaments remboursés à 65 %	100 % TM	100 % TM
– médicaments remboursés à 30 %	100 % TM	100 % TM
– médicaments remboursés à 15 %	100 % TM	100 % TM
– contraception non remboursée par la sécurité sociale – Par an et par bénéficiaire. Sur prescription médicale.	1,5 % PMSS	2,5 % PMSS
Médecine additionnelle et de prévention Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel – Non remboursée par la sécurité sociale		
Acupuncture, chiropractie, diététique, ergothérapie, homéopathie, méthode Mézière, microkinésie, nutritionniste, ostéopathie, pédicure – podologue, psychologue, psychomotricité, psychothérapie, réflexologie, sophrologie – par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 8 séances par an.	30 €	45 €
Actes de prévention remboursés par la SS	100 % TM	100 % TM
Service		
Assistance	Incluse	Incluse
Tiers-Payant	Prévus	Prévus
<p>BR = Base de Remboursement de la sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). PMSS = Plafond mensuel de la sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2020 : 3 428 €). SS = sécurité sociale.</p> <p>* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.</p> <p>** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.</p> <p>*** Voir la liste réglementaire des options des listes A et des listes B dans les Conditions générales.</p> <p>**** Voir la liste réglementaire des options des listes I et des listes II dans les Conditions générales.</p> <p>***** Y compris le remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>***** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20° après correction.</p>		

	Régime conventionnel	Régime surcomplémentaire
<p>[1] En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique. En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.</p> <p>[2] Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>[3] La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.</p> <p>[4] SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.</p> <p>[5] Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.</p> <p>[6] Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.</p> <p>[7] Nous participons à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle. Pour les enfants de moins de 6 ans, renouvellement tous les 6 mois en cas d'adaptation de la monture à la morphologie du visage. La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par votre contrat. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part. la monture et d'autre part. les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1^{er} élément de l'équipement (monture ou verres). L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>[8] Verre simple : verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptrie, verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur.</p>		

Article 3 | Dispositions spécifiques TPE

La branche étant composée principalement d'entreprises de moins de cinquante salariés, il n'y a pas lieu de prévoir de stipulations spécifiques.

Il est rappelé que la branche des métiers du géomètre a mis en place des commissions paritaires régionales ayant pour vocation d'assurer le suivi de l'application de la convention collective et des accords.

Article 4 | Durée de l'accord, publicité, dépôt, extension, révision, dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée à compter du 1^{er} juillet 2022. Les parties signataires demanderont l'extension du présent accord conformément aux dispositions des articles L. 2261-16 et L. 2261-24 du code du travail.

Il est ouvert à la signature à compter du 21 mars 2022 jusqu'au 28 mars 2022 inclus.

Fait à Paris, le 16 mars 2022.

(Suivent les signatures.)