

**AVENANT RELATIF A LA PROTECTION SANTE DU 3 DECEMBRE 2015
PORTANT MODIFICATION DE CERTAINES DISPOSITIONS DE LA
CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES CABINETS OU ENTREPRISES
DE GEOMETRES-EXPERTS, GEOMETRES TOPOGRAPHES
PHOTOGRAMETRES, EXPERTS FONCIERS AINSI QUE CERTAINES
DISPOSITIONS DE L'ACCORD DU 13 OCTOBRE 2005.**

Les organisations syndicales désignées ci-après :

- **Chambre Syndicale nationale des géomètres-topographes (CSNGT)**
- **Union Nationale des géomètres-experts (UNGE)**
- **S.N.E.P.P.I.M (SNEPPIM)**

D'une part,

- **CFE-CGC – BTP SPABEIC**
- **BATI-MAT TP-CFTC**
- **FNCB-CFDT SYNATPAU**
- **FO-CONSTRUCTION**
- **FNSCBA CGT**

D'autre part,

Fait à Paris le 3 décembre 2015

Préambule :

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

Article 1

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 2 de l'accord de prévoyance, sont modifiées comme suit :

(les aménagements apportés figurent en grisé)

Garanties EN COMPLEMENT 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 MEDICALE, 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 séjours	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	80 €/jour	80 €/jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	80 €/jour	80 €/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 SS	30% PMSS/an/bénéficiaire avec minimum de 100 % TM	40% PMSS/an/bénéficiaire avec minimum de 100 % TM
Autre appareillage remboursé par la SS	TM + 65 %BR	TM + 215 %BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €	18 €
PHARMACIE		
Pharmacie remboursée par la SS	100 % TM	100 % TM
TRANSPORT		
Transport remboursé par la SS	100 % TM	100 % TM
FRAIS DENTAIRES		
Soins dentaires remboursés par la SS : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	TM + 70 %BR	TM + 220 %BR
Inlays-onlays remboursés par la SS	TM + 100 %BR	TM + 150 %BR

Prothèses dentaires remboursées par la SS : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	TM + 270 %BR dans la limite de 2859 €/an/bénéficiaire (au-delà du plafond 55%BR)	TM + 430 %BR dans la limite de 2859 €/an/bénéficiaire (au-delà du plafond 55%BR)
Prothèses dentaires non remboursées par la SS : - Couronnes et bridges - Prothèses dentaires provisoires - Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	270 € par dent dans la limite de 2859 €/an/bénéficiaire	430 € par dent dans la limite de 2859 €/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée ou non par la SS	150 % BR dans la limite de 1525 € /an /bénéficiaire (au-delà du plafond 25%BR)	300 % BR dans la limite de 1525 € /an /bénéficiaire (au-delà du plafond 25%BR)
Parodontologie non remboursée par la SS	4 % PMSS/an/bénéficiaire	6 % PMSS/an/bénéficiaire
Implants (implant + pilier implantaire)	20 % PMSS/an/bénéficiaire	40 % PMSS/an/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	120,00 €	150,00 €
Verre simple (2) par verre	50,00 €	110,00 €
Verre complexe (2) par verre	80,00 €	180,00 €
Verre très complexe (2) par verre	100,00 €	200,00 €
Lentilles remboursées ou non par la SS (y compris jetables)	4 % PMSS/an/bénéficiaire avec minimum de 100 % TM	5 % PMSS/an/bénéficiaire avec minimum de 100 % TM
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	11 % PMSS/œil	22 % PMSS/œil

MATERNITE ET ADOPTION

Allocation naissance ou adoption (doublée en cas de naissance ou d'adoption multiple)	10 % PMSS	15 % PMSS
---	-----------	-----------

PREVENTION ET AUTRES SOINS

Forfait pour cure thermale remboursée par la SS	125 €/an/bénéficiaire	305 €/an/bénéficiaire
Médecine douce (acupuncture, chiropractie, diététique, ergothérapie, homéopathie, méthode mezière, microkinésie, nutritionniste, ostéopathie, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricité, psychothérapie, réflexologie, sophrologie)	30 €/séance (maxi 8 séances/an/bénéficiaire)	45 €/séance (maxi 8 séances/an/bénéficiaire)
Pilules contraceptives non remboursées par la SS	1,5 % PMSS/an/bénéficiaire	2,5 % PMSS/an/bénéficiaire
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ⁽²⁾	Pris en charge	Pris en charge

⁽¹⁾ En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

⁽²⁾ Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est ≤ à +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 > à +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

⁽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.

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 1er janvier de l'année / SS : Sécurité Sociale

MB
FD

Article 2

Conformément à l'article R242-1-6 du code de la Sécurité social, 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 douze 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

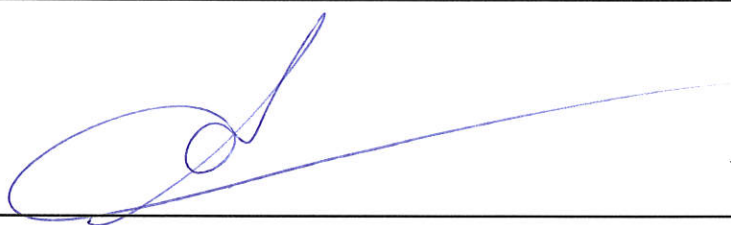
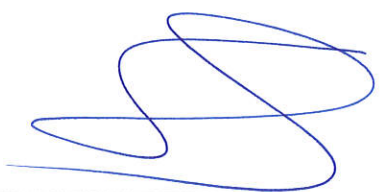
Le présent avenant prend effet au 1^{er} janvier 2016.

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

Pour l'UNGE		Alain PAPE
Pour le SNEPPIM		Fabrice BUNOUF
Pour la CSNGT		Dominique TROUILLOT
Pour la CFE-CGC BTP SPABEIC		Christian BAYLET
Pour la CFDT FNCB SYNATPAU		Fabrice DUVEAU
Pour BATI MAT TP CFTC		Noureddine BENYAMINA
Pour FO BTP		Franck SERRA
Pour la FNSCBA CGT		Laurent TABBAGH

