

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES CABINETS OU  
ENTREPRISES DE GÉOMÈTRES-EXPERTS, GÉOMÈTRES  
TOPOGRAPHES PHOTOGRAMMETRES, EXPERTS-FONCIERS**

Avenant N° 1 à l'Accord de Prévoyance  
de la Convention Collective du 13 octobre 2005

**ENTRE LES SOUSSIGNÉS:**

- 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,

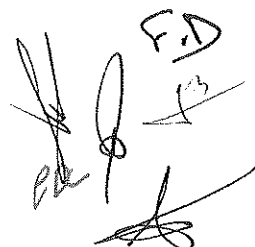
ET

Les Syndicats de salariés signataires suivants :

- BATI – MAT - TP – CFTC,
- FNCFB – CFDT – Synaptau,
- CFE – CGC, BTP,
- FO – BTP,
- CGT.

D'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :



## Article 1 : OBJET

Le présent avenant a pour objet :

- de préciser que le régime de prévoyance de la branche est conforme dans son application aux dispositions prévues par la réforme de l'assurance maladie née de la Loi du 13 août 2004, sur les contrats responsables, et ce depuis la date d'effet d'application de la Convention Collective des Cabinets ou Entreprises de Géomètres-Experts, Géomètres Topographes Photogrammetres, Experts Fonciers du 13 octobre 2005.
- la modification du tableau des garanties frais de santé notamment en raison de modifications intervenues dans les prises en charge du régime de base de la Sécurité Sociale.
- la définition du fonctionnement des options de garantie frais de santé conventionnelles lorsqu'elles sont retenues dans un cadre facultatif au sein de l'entreprise.
- La définition des exclusions de garantie.

## Article 2 : DISPOSITIONS PRISES SUITE A LA REFORME DE L'ASSURANCE MALADIE

Afin de maintenir le bénéfice de l'ensemble des avantages liés aux contrats collectifs à adhésion obligatoire, les partenaires sociaux conviennent de mettre en conformité le régime de prévoyance de la branche avec les dispositions prévues légalement concernant les contrats dit « responsables ».

Pour cela, il est nécessaire de cumuler le respect des conditions énumérées à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale reprises par le décret 2005-1226 du 29 septembre 2005, pour les contrats dits "responsables" et la règle de non prise en charge d'une participation forfaitaire de l'assuré.

Concernant l'accord de prévoyance de la branche, l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et le décret du 29 septembre 2005 s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2006, date de mise en application obligatoire du régime de prévoyance de la Convention Collective.

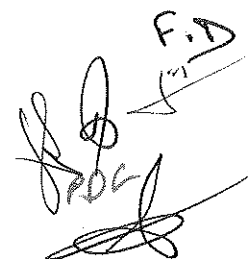
Dans ce cadre, le régime de prévoyance permet de bénéficier de :

- l'exonération des charges sociales sur les cotisations, pour l'employeur ;
- la déductibilité des cotisations du revenu net imposable, pour le salarié ;
- l'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance.

Au sens de l'article 57 de la Loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie, un contrat responsable doit respecter un cahier des charges connu et applicable dans son intégralité à compter du 1er juillet 2006 concernant les régimes obligatoires prévus dans le cadre d'une branche professionnelle.

Au jour de signature de cet avenant, la loi et les décrets parus imposent un certain nombre de règles :

- d'une part des interdictions de prise charge,
- d'autre part des obligations de prise en charge dans le cadre du parcours de soins.



### Les interdictions de prise en charge

La Sécurité Sociale a baissé son remboursement du montant de la participation forfaitaire (1€ en 2006) pour toute consultation ou acte médical réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste. Cette participation ne doit pas être remboursée par le régime complémentaire frais de santé.

La majoration de la participation de l'assuré hors du parcours de soins, visée à article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, ne pourra pas être remboursée par le régime complémentaire frais de santé ce qui entraîne :

- Absence totale de prise en charge de la majoration du ticket modérateur lorsque le participant n'a pas désigné de médecin traitant et/ou ne passe pas par lui. Le montant de cette majoration a été fixé par décret en date du 3 novembre 2005, dans une fourchette de 7,5% à 12,5% de la base de remboursement.
- Absence de prise en charge du dépassement d'honoraire autorisé en cas de non respect du parcours de soins sur les actes cliniques et techniques. Ce dépassement est limité au dépassement maximum sur les actes cliniques, fixée à ce jour à 17,5% de la base de remboursement de la consultation médicale.

A effet pour 2007, la « majoration de reste à charge » de l'assuré pour les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accès à son dossier médical personnel visée à l'article L. 161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale ne pourra pas être remboursée par le régime complémentaire frais de santé.

- Absence totale de prise en charge de la majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré refuse l'accès à son Dossier Médical Personnel (à effet du 1<sup>er</sup> juillet 2007).

### Les obligations de prise en charge dans le parcours de soins

Dans le cadre des consultations et prescriptions du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale et aux prescriptions de celui-ci, les contrats responsables doivent respecter les obligations suivantes :

- prise en charge de 30% du tarif opposable des consultations (tarif de base et majorations remboursables) qui s'ajoutent aux 70% remboursés actuellement par la Sécurité Sociale,
- prise en charge de 30% des prescriptions de médicament du médecin traitant sur les vignettes blanches qui s'ajoutent aux 65% actuellement remboursés par la Sécurité Sociale,
- prise en charge de 35% du tarif de base des frais d'analyse ou de laboratoire qui s'ajoutent aux 60 à 70% remboursés actuellement par la Sécurité Sociale (plafonné à 100%),
- prise en charge totale du ticket modérateur pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard des objectifs de santé publique. La liste de ces prestations a été fixée par décret.

Des décrets à paraître viendront préciser différents éléments d'application du contrat responsable et le régime complémentaire frais de santé de la branche sera adapté systématiquement afin de respecter ce cadre légal et de permettre de bénéficier des avantages précédemment listés.

### Article 3 : MODIFICATION DES TABLEAUX DE GARANTIES FRAIS DE SANTE

Compte tenu des modifications intervenues dans les modalités de remboursement du régime de base de l'assurance maladie, les tableaux de garanties frais de santé de l'accord de prévoyance du 15 octobre 2005 (base, option 1 et option 2) sont modifiés concernant les prestations mentionnées ci-après, sans modification des taux de cotisation.

#### Pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale :

100 % du Ticket Modérateur Conventionnel, quelle que soit la vignette (bleue, blanche, orange).

#### Modification de certaines garanties dentaires (les garanties soins dentaires et orthodontie ne sont pas modifiées)

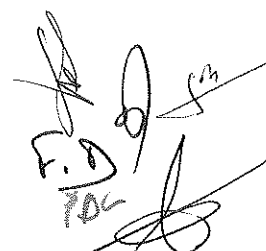
##### Régime général (hors Alsace Moselle)

Garanties	Régime minimum Obligatoire	Régime « Option 1 »	Régime « Option 2 »
Prothèses dentaires remboursées par la SS	100% des frais réels <sup>(1)</sup> dans la limite de :		
	75% BR	100% BR	250% BR limité à 1 525 € par ben. et par an
Prothèses dentaires non remboursées par la SS : prothèses sur dents vivantes et prothèses céramo-céramiques	100% des frais réels dans la limite de :		
	80,63 € par dent	107,50 € par dent	268,75 € par dent
Parodontologie non remboursée par la SS	100% des frais réels dans la limite de :		
	17,01 € par an	56,71 € par an	141,78 € par an
	75 % du BR	100% du BR	250% BR limité à 1 525 € par bénéficiaire et par an

##### Régime Alsace Moselle

Garanties	Régime minimum Obligatoire	Régime « Option 1 »	Régime « Option 2 »
Prothèses dentaires Remboursées par la SS	100% des frais réels <sup>(1)</sup> dans la limite de :		
	55% BR	80% BR	230% BR limité à 1 525 € par ben. et par an
Prothèses dentaires non remboursées par la SS :prothèses sur dents vivantes et prothèses céramo-céramiques	100% des frais réels dans la limite de :		
	59,13 € par dent	86 € par dent	247,25 € par dent
Parodontologie non remboursée par la SS	100% des frais réels dans la limite de :		
	5,67 € par an	45,37 € par an	130,43 € par an

(1) sous déduction des prestations réelles de la Sécurité Sociale



## Article 4 : DESCRIPTIF DETAILLE DU FONCTIONNEMENT DES OPTIONS DE GARANTIE SANTE FACULTATIVES

Le régime de prévoyance prévoit des options de garanties permettant d'améliorer les prestations des garanties santé du régime minimum. **Selon le choix opéré dans l'entreprise, les options peuvent être souscrites dans un cadre facultatif, soit en supplément du régime minimum de base, soit en supplément du régime « option 1 » lorsqu'il est rendu obligatoire.**

Aussi, afin d'assurer la pérennité de ces régimes frais de santé optionnels, les partenaires sociaux conviennent d'arrêter des règles précises concernant l'adhésion, le changement et la résiliation de ces options lorsque les salariés peuvent les souscrire dans un cadre facultatif (hors le cas de l'option 2 rendue obligatoire dans l'entreprise). Ces dispositions sont d'autant plus importantes que les partenaires sociaux ont obtenu de l'organisme désigné que les salariés puissent adhérer facultativement au(x) régime(s) optionnel(s) sans délai de carence et dans les mêmes conditions tarifaires que celles proposées dans le cadre d'une adhésion obligatoire au sein de l'entreprise.

### Adhésion et résiliation de l'option facultative

Le salarié peut adhérer à l'option de son choix dès sa date d'affiliation au régime conventionnel. Les ayants droit bénéficieront de l'option à la même date d'effet.

Pour l'application de ces dispositions facultatives, l'entreprise est tenue de souscrire le contrat collectif à titre facultatif.

Dans le cas d'une adhésion à l'une des options postérieurement à l'adhésion au régime conventionnel, les garanties optionnelles prendront effet pour le salarié et ses ayants droit le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'adhésion.

L'option pourra être résiliée par le participant **en adressant une nouvelle demande de renseignement au moins 1 mois avant la date 31 décembre de l'année.** La résiliation prendra alors effet à la date du 1<sup>er</sup> janvier suivant la demande.

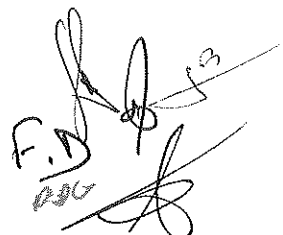
Toute résiliation de la part du salarié aura un caractère irrévocable pour une période de 5 années civiles, sauf dans les cas suivants :

- Changement de situation familiale du salarié (mariage, divorce, naissance, pacs...),
- Changement de situation professionnelle de son conjoint, concubin ou cocontractant d'un PACS, prouvée par tout moyen à l'organisme assureur.

Le changement d'option s'effectue dans les conditions prévues ci-dessous et n'est pas considéré comme une résiliation d'option.

L'organisme d'assurance désigné sera chargé du contrôle et de l'application des conditions mentionnées ci-dessus. L'organisme désigné est notamment en droit de décaler la date d'effet de la demande du salarié pour qu'elle corresponde le cas échéant aux durées minimales d'affiliation prévues ci-dessous.

L'adhésion, le changement d'option facultative ou sa résiliation s'effectuent sans autre formalité en remplissant une demande de renseignement frais de santé, signée par l'employeur, qui annule et remplace la précédente le cas échéant.



F.D.  
02/06  
3

## Changement d'option

Dans le cadre d'une adhésion facultative, les salariés qui sont bénéficiaires d'une option de garantie peuvent changer d'option dans les conditions suivantes :

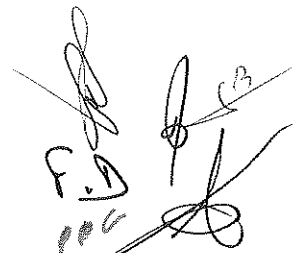
- Pour l'adhésion au niveau supérieur (option 2), à effet du 1<sup>er</sup> jour qui suit la réception de la demande.
- Pour l'adhésion au niveau inférieur (option 1), à effet du 1<sup>er</sup> janvier qui suit la date de réception de la demande. Tout changement vers l'option inférieure aura un caractère irrévocable pour une période de 5 années civiles, sauf en cas changement de situation de famille du salarié (mariage, divorce, veuvage, naissance d'enfant, majorité d'enfant) ou de changement dans la situation professionnelle de son conjoint, concubin ou cocontractant d'un PACS, prouvée par tout moyen à l'organisme assureur.

## Article 5 : DEFINITION DES EXCLUSIONS DE GARANTIE

Les exclusions concernant les garanties couvertes au titre du régime de prévoyance institué par Accord du 13 octobre 2005 annexé à la Convention Collective Nationale sont les suivantes :

1. Pour les garanties Frais de Santé, sont exclus de la garantie toutes les dépenses soins ou interventions non prise en charge par la Sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau des garanties.
2. Pour les garanties autres que Frais de Santé, l'organisme assureur ne garantit pas :
  - les conséquences directes ou indirectes des guerres civiles ou étrangères ;
  - les conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ;
  - les conséquences directes ou indirectes d'actes de terrorisme liés à l'utilisation de moyens nucléaires, biologiques ou chimiques.
3. Outre les exclusions énoncées ci-dessus, il est également exclu de la garantie décès :
  - le versement des prestations au bénéficiaire désigné lorsque le décès du participant a été provoqué volontairement par ce bénéficiaire et que celui-ci fait l'objet d'une condamnation pour meurtre, assassinat ou empoisonnement à ce titre. Dans ce cas, l'ensemble des prestations est versé aux autres bénéficiaires désignés et en l'absence d'autre bénéficiaire, selon l'ordre prévu à défaut dans l'accord de prévoyance. Toutes les dispositions pourront être prises par l'organisme assureur désigné afin que le bénéficiaire qui a fait l'objet d'une condamnation ne puisse pas percevoir, directement ou indirectement, les prestations prévues.

Les exclusions prévues par des contrats conservés auprès d'autres organismes assureurs que celui désigné dans l'Accord de prévoyance du 13 octobre 2005, et ce en application de l'article 8-3 du dit Accord, ne pourront en aucun cas être plus restrictives que celles mentionnées dans le présent article.



## Article 6 : DEPOT EXTENSION et ENTREE EN VIGUEUR

Le présent avenant est ouvert à la signature des partenaires jusqu'au 23 Février 2007 à l'APGTP  
8 rue du Chalet 75010 PARIS.

Le présent avenant sera établi en un nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires.

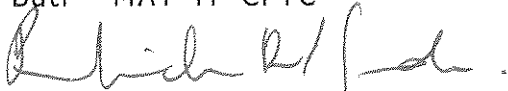
Les parties conviennent de demander l'extension du présent accord, afin de le rendre applicable à toutes les entreprises entrant dans le champ de la convention collective nationale des cabinets ou entreprises de géomètres-experts, topographes, photogrammètres et experts fonciers.

Il prendra effet à compter du premier jour de premier mois suivant la publication de son arrêté d'extension au Journal Officiel.

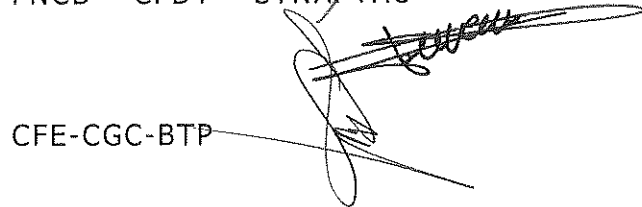
Fait à PARIS le 22. nov. 2007  
En 13 exemplaires originaux,

### Signataires :

Bati - MAT-TP-CFTC



FNCB - CFDT - SYNAPTAU



CFE-CGC-BTP

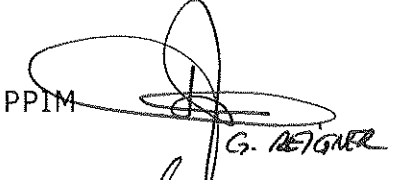
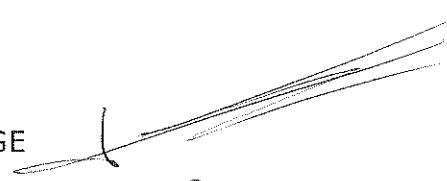
FO-BTP

CGT

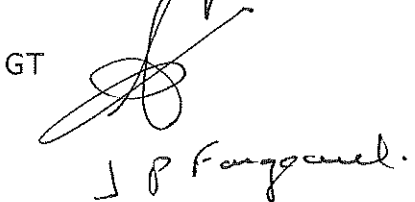
UNGE

SNEPPIM

CSNGT



G. REIGNER



J P Farguanel.

