

CATEGORIE DE TEXTE : convention collective nationale

DATE DE LA CONVENTION : 10 octobre 2008


ETENDUE PAR ARRETE DU : 16 mars 2009

PUBLIE AU JOURNAL OFFICIEL DU : 25 mars 2009

INTITULE : AVENANT N°8 du 7 septembre 2022 à l'accord national du régime collectif conventionnel de prévoyance, frais de santé et retraite supplémentaire des salariés du secteur du paysage relevant de l'Agirc du 15 juin 2012.

IDCC 7018


ENTRE :


L'Union Nationale des Entreprises du Paysage (Unep); 


D'une part,


ET :

~~La Fédération Nationale Agroalimentaire et Forestière (FNAF) CGT;~~

La Fédération Générale de l'agroalimentaire (FGA) CFDT; 

La Fédération Générale des Travailleurs de l'Agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes (FGTA) FO; 

La Fédération CFTC de l'Agriculture (CFTC-AGRI); 

Le Syndicat National des Cadres d'Entreprises Agricoles SNCEA - CFE/CGC. 

D'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

PREAMBULE

Conformément à l'article 3-2 « réexamen de la recommandation » de l'Accord national du régime collectif conventionnel de prévoyance, frais de santé et retraite supplémentaire des salariés du secteur du paysage relevant de l'AGIRC, les organisations syndicales représentatives des salariés ainsi que l'organisation patronale représentative au plan national ont décidé de procéder au réexamen de leur régime. Cette révision s'inscrit dans le cadre du réexamen de la clause de recommandation qui arrive à son échéance au 31 décembre 2022. Au terme d'une procédure de mise en concurrence respectant les principes de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats, CPCEA et l'OCIRP ont été recommandés pour une période de 5 ans à compter de la date d'effet du présent avenant.

A l'issue de ce réexamen, le présent avenant entérine les modifications suivantes des dispositions prévues par l'Accord national du régime collectif conventionnel de prévoyance, frais de santé et retraite supplémentaire des salariés du secteur du paysage relevant de l'AGIRC du 15 juin 2012 et ses annexes 1, 2 et 3 :

- Modification de l'expression des taux de cotisations du régime frais de santé,
- Evolution de certains postes frais de santé (pharmacie non remboursée, médecines douces, implantologie/parodontologie non remboursées par le régime de base),



- Mise à jour réglementaire des dispositions relatives au régime de prévoyance (prise en compte des revenus de remplacement pour la définition de l'assiette des cotisations et du salaire servant de base au calcul des prestations, ainsi qu'en cas de suspension de contrat de travail) et au régime frais de santé (Forfait Patient Urgences et dispositif MonPsy),
- Actualisation des dispositions relatives à la retraite supplémentaire au regard de la loi n°2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance des entreprises dite « loi PACTE » et de ses textes d'application.

Cet accord bénéficie de la période transitoire jusqu'au 31 décembre 2024 en application du Décret n°2021-1002 du 30 juillet 2021 relatif aux critères objectifs de définition des catégories de salariés bénéficiaires d'une couverture de protection sociale complémentaire collective. Les partenaires sociaux s'engagent à mener les négociations afférentes avant le 31 décembre 2024 afin de mettre en conformité les présentes dispositions avec les textes relatifs aux catégories objectives.

Il est précisé qu'en application de l'article L.2261-23-1 du code du travail, le présent accord ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, les entreprises de la branche sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de 50 salariés. Aussi, les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les entreprises de la branche, y compris les TPE de moins de 50 salariés, et ce afin de ne pas remettre en cause le régime social et fiscal de faveur attaché au présent régime.

ARTICLE 1 :

- **L'article 5.2 « Dispositions Générales » de l'accord du 15 juin 2012 est supprimé et remplacé comme suit :**

« Le droit à garanties est ouvert pour tout événement survenant pendant la durée du contrat de travail.

En cas de suspension du contrat de travail du salarié, les dispositions spécifiques suivantes sont prévues :

Suspension du contrat de travail indemnisée :

1- Le bénéfice des garanties de prévoyance et de santé prévues au Titre III et Titre IV du présent accord est maintenu **sans contrepartie de cotisations** pendant la période de suspension du contrat de travail :

- aux salariés en arrêt de travail pour maladie, maternité, accident du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle, pris en charge par les assurances sociales agricoles.

Le salarié et son employeur sont exonérés de toute cotisation de santé et de prévoyance dès le mois civil suivant celui au cours duquel s'est produit l'arrêt de travail et pour tout mois civil entier d'arrêt.

2- Le bénéfice des garanties de prévoyance et de santé prévues au Titre III et Titre IV du présent accord est également maintenu pendant la période de suspension du contrat de travail :

- aux salariés qui bénéficient d'un revenu de remplacement versé par leur entreprise, notamment en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée ou en cas de congé de reclassement ou de congé de mobilité.

Dans ces situations, le versement des cotisations santé et prévoyance doit être effectué par l'employeur et le salarié durant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisé.

Suspension du contrat de travail pour une autre cause :

Les salariés concernés par un cas de suspension de contrat de travail prévu par le Code du travail ou par convention collective (congé sans solde, congé parental, congé pour création d'entreprise...) peuvent demander le maintien de la garantie frais de santé visée au titre IV, moyennant le versement complet des parts patronales et salariales de la cotisation correspondante. Les cotisations sont appelées directement par l'organisme assureur par prélèvement sur le compte bancaire du salarié. »

➤ **L'article 8 « Définition du salaire de référence » de l'accord du 15 juin 2012 est annulé et remplacé comme suit :**

« Article 8-1-1 : Salaire de référence pour les garanties capital décès, rente de conjoint, rente orphelin et incapacité permanente

Le salaire de référence pris en compte pour le calcul des garanties de prévoyance (hors incapacité temporaire) est égal au total des rémunérations brutes ainsi que, le cas échéant, du revenu de remplacement versé et déclaré par l'entreprise, notamment dans le cadre de l'activité partielle, de l'activité partielle de longue durée, du congé de reclassement ou du congé de mobilité retenus pour le calcul des cotisations, qui sert de base au calcul et au paiement des prestations.

Il est déterminé à partir des éléments de rémunération et le cas échéant, des revenus de remplacement précités, versés par l'entreprise et retenus pour le calcul des cotisations des quatre trimestres civils précédant le premier arrêt de travail ou le décès s'il n'a pas été précédé d'un arrêt de travail.

Lorsque le salarié a moins de 4 trimestres civils d'activité dans l'entreprise, ses rémunérations sont reconstituées sur 4 trimestres civils comme si l'intéressé avait effectivement exercé son activité. Toutefois, lorsque l'activité du salarié est inférieure à 3 mois, ses rémunérations sont reconstituées dans la limite de 3 mois maximum.

Article 8-1-2 : Salaire de référence pour la garantie incapacité temporaire de travail

Concernant la garantie incapacité temporaire de travail, le salaire de référence correspond à la 91,25^{ème} partie du salaire brut habituel augmenté des rémunérations autres que le salaire mensuel (telles que, le cas échéant, le revenu de remplacement versé par l'entreprise, notamment en cas d'activité partielle, d'activité partielle de longue durée, de congé de reclassement ou de congé de mobilité) ayant donné lieu à cotisations perçu au cours des 3 mois précédents l'arrêt de travail. Il est également augmenté des rémunérations autres que le salaire mensuel (ex : 13^{ème} mois ou éléments de rémunération versés à périodicité différente du salaire) ayant donné lieu à cotisations et retenues prorata temporis. »

➤ **Dans l'article 10 « Rente éducation » de l'accord du 15 juin 2012, la valeur du point est actualisée :**

« A titre indicatif, il est précisé que la valeur du point rente éducation au 1^{er} janvier 2022 est de 0,3059 €. »

➤ **Le titre V « Retraite supplémentaire » de l'accord du 15 juin 2012 est supprimé et remplacé comme suit :**

« Les salariés définis à l'article 2 bénéficient d'un Plan d'Epargne Retraite (PER), relevant de la réglementation des régimes dits branche 26 (régimes en points).

Article 18 : Financement du Plan

Article 18.1 Assiette des cotisations

Les cotisations appelées en pourcentage de salaire sont calculées, pour l'ensemble des salariés visés à l'article 2, sur les éléments de rémunération entrant dans l'assiette des cotisations de Sécurité sociale, telle que définie à l'article L. 741-10 du Code rural et de la pêche maritime.

En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur, notamment en cas d'activité partielle ou d'activité partielle de longue durée, les cotisations sont appelées sur la base des sommes (éléments de rémunération et/ou indemnités d'activité partielle, notamment) déclarées par l'employeur à l'organisme assureur.

M/S
DR
Mu
J

Article 18.2 Versement des cotisations

Les cotisations sont versées à l'organisme assureur choisi par l'entreprise pour mettre en œuvre les garanties du présent plan.

Leur règlement est obligatoirement assuré par l'employeur et sous sa responsabilité.

Les cotisations salariales sont précomptées par l'employeur sur le salaire.

Article 19 : Caractéristiques du plan d'épargne retraite en points

En contrepartie des cotisations de retraite supplémentaire déterminées à l'article 18, les salariés visés à l'article 2 bénéficient d'un plan d'épargne retraite géré par capitalisation, exprimé en points.

Le plan a pour objet l'acquisition et la jouissance de droits viagers personnels ou le versement d'un capital, payables, au plus tôt, à compter de la date de liquidation de la pension au titre du régime obligatoire d'assurance vieillesse ou de l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2 du Code de la Sécurité sociale.

Article 19.1 Sources d'alimentation du plan d'épargne retraite

L'acquisition des droits personnels s'effectue par le biais de versements sur les compartiments suivants :

- ✓ **Compartiment 1 (C1)** : Versements volontaires en euros du salarié, sous la forme de versements libres ou programmés.
- ✓ **Compartiment 2 (C2)** : Versements résultant de l'intéressement et de la participation (hors abondement de l'employeur) ainsi que de la valorisation de droits inscrits au compte épargne temps (CET) ou de jours de repos non pris en l'absence de CET, dans la limite de 10 jours par an.

- Pour les entreprises qui ne disposent pas de compte épargne-temps :

Conformément aux dispositions de l'article L 3334-8 du Code du travail et selon les modalités et conditions prévues par ce texte, les salariés bénéficiaires visés à l'article 2 peuvent, dans la limite de 10 jours par an, faire contribuer les sommes correspondantes à des jours de repos non pris au financement du plan d'épargne retraite.

- Pour les entreprises qui disposent d'un compte épargne-temps :

Les bénéficiaires du plan d'épargne retraite visés à l'article 2 ont la possibilité, conformément aux dispositions de l'article L 3334-8 du Code du travail, de contribuer à son financement en versant les droits affectés sur leur compte épargne-temps, dans les conditions et selon les modalités prévues par l'acte instituant le compte épargne-temps.

La transmission de ces sommes à l'organisme assureur est de la seule responsabilité de l'entreprise.

- ✓ **Compartiment 3 (C3)** : Cotisations obligatoires de l'employeur et du salarié.

Ces trois compartiments constituent des sources d'alimentation du plan, étant précisé que l'intéressement et la participation (compartiment 2) ne peuvent constituer une source d'alimentation qu'à la condition que l'entreprise ait mis en place un plan d'épargne retraite bénéficiant à tous les salariés et qu'un comité de surveillance soit institué.

Les sommes versées dans ces 3 compartiments font l'objet d'une transformation en points retraite après prélèvement de frais sur cotisation et d'une inscription sur le compte individuel du salarié.

Les sommes issues des compartiments 1 et 2, font l'objet d'une transformation en points après prélèvement de frais sur versement et application d'un coefficient d'âge dépendant de l'âge du salarié au moment du versement. Ces points sont ensuite inscrits sur le compte individuel du salarié.

Ces droits sont versés sous réserve d'en faire la demande et d'avoir liquidé la retraite obligatoire. Le montant des droits dépend notamment de l'âge du retraité au moment de leur liquidation, apprécié au regard de l'âge pivot.

Au.
12/8/2009

Article 19.2 Attribution des points du plan d'épargne retraite

L'organisme assureur choisi par l'entreprise tient, pour chaque salarié bénéficiaire visé à l'article 2, un compte individuel de points de retraite acquis.

Article 19.2.1 Pour les cotisations obligatoires (C3)

S'agissant des cotisations obligatoires, le nombre de points acquis au titre d'un exercice s'exprime par la formule ci-dessous, à laquelle n'est affectée aucun coefficient d'âge afin d'assurer une solidarité entre l'ensemble des ressortissants du plan :

$$P = C / S$$

P représente le nombre de points acquis par le salarié au cours d'un exercice déterminé.

C représente les cotisations afférentes à cet exercice nettes de chargement de gestion.

S représente la valeur du salaire de référence pour le même exercice.

Article 19.2.2 Pour les versements volontaires / valorisations de jours de CET ou de jours de repos non pris / participation / intéressement (C1 et C2)

S'agissant des versements individuels et facultatifs, le nombre de points acquis au titre d'un exercice s'exprime par la formule ci-dessous, à laquelle est affectée un coefficient d'âge :

$$P = (V / S) \times \text{coeff d'âge}$$

P représente le nombre de points acquis par le salarié au cours d'un exercice déterminé.

V représente les versements afférents à cet exercice nets de frais de gestion.

S représente la valeur du salaire de référence pour le même exercice.

Coeff d'âge : le coefficient d'âge correspondant à l'âge du salarié au premier jour du mois au cours duquel est effectué le versement et permet de moduler la valeur d'acquisition (salaire de référence) du point en fonction de l'âge.

Article 19.2.3 Conditions communes

Le salaire de référence est fixé annuellement par l'organisme assureur choisi par l'entreprise pour assurer le plan d'épargne retraite.

Son montant fait l'objet d'une information aux salariés, conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Les exercices courent du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Toutefois, si la liquidation des droits prend effet avant la fixation du salaire de référence par l'organisme assureur, le nombre de points acquis est calculé sur la base du salaire de référence de l'exercice précédent.

Les points calculés dans les conditions fixées au présent article ne sont acquis que s'il y a eu versement effectif des cotisations dues au titre de la période correspondante.

Article 19.3 liquidation des droits

Article 19.3.1 Conditions de liquidation

La liquidation des droits constitués au titre du plan d'épargne retraite s'opère sur demande expresse du salarié formulée auprès de l'organisme assureur. La liquidation ne peut être opérée que si le salarié cesse ou a cessé toute activité et sous réserve d'avoir demandé la liquidation de sa retraite obligatoire.

En cas de reprise d'activité du salarié dans une entreprise adhérente, postérieurement à la liquidation de ses droits, le salarié acquiert de nouveaux droits, qui feront l'objet d'une seconde liquidation lors de la cessation de cette nouvelle activité.

M.S.
D.R.
N.L.
J.

Article 19.3.2 Modalités de liquidation

Au moment de la liquidation, le salarié a la possibilité de liquider les droits inscrits au compte individuel :

- **soit exclusivement sous forme de rente**, réversible, non réversible ou avec annuités garanties pour l'ensemble des droits correspondants inscrits au compte individuel (tous compartiments confondus) ;

- **soit sous forme de capital**, libéré en une fois ou de manière fractionnée pour les droits inscrits aux compartiments 1 et/ou 2.

• Choix de la rente

A la liquidation de ses droits, le salarié peut opter pour l'une des rentes suivantes :

- une rente viagère non réversible : cette rente s'éteint au décès du salarié,

- une rente viagère réversible à hauteur de 60% : au décès du salarié, la rente est servie au profit de son/ses reversataire(s) selon les règles définies à l'article 19-5,

- une rente viagère de 10 annuités garanties : cette rente s'éteint au décès du salarié, si le décès intervient au-delà de la période d'annuités garanties. Dans le cas contraire, le bénéficiaire désigné au moment de la liquidation des droits perçoit la rente jusqu'au terme de la période d'annuités garanties. La durée des annuités garanties ne peut être supérieure à l'espérance de vie du salarié diminuée de 5 années.

• Modalités de calcul

Selon le type de rente choisi, le montant annuel de celle-ci s'exprime par la formule suivante :

Rente non réversible :

$$R = P \times V \times \text{Coeff} \times \text{CoeffNonRev}(\text{âge})$$

Rente réversible à hauteur de 60% :

$$R = P \times V \times \text{Coeff} \times \text{CoeffRev}(\text{âge}, \text{écart d'âge})$$

Rentes avec 10 annuités garanties :

$$R = P \times V \times \text{Coeff} \times \text{CoeffRVAG}(\text{âge}).$$

Dans lesquelles :

R représente l'allocation de retraite d'un salarié

P représente le total des points de retraite acquis par le salarié

V représente la valeur du point retraite

Coeff : coefficient de majoration/minoration par rapport à l'âge pivot qui dépend de l'âge du salarié au moment de la liquidation.

CoeffNonRev(âge) : coefficient pour tenir compte du choix sans réversion. Coefficient basé sur les tables de mortalité selon l'âge du salarié au moment de la liquidation

CoeffRev(âge, écart d'âge) : coefficient pour tenir compte du choix de réversion.

Coefficient basé sur les tables de mortalité selon l'âge du salarié et l'écart d'âge avec le reversataire survivant (conjoint, concubin, PACS et ex-conjoint).

CoeffRVAG(âge) : coefficient pour tenir compte du choix d'une liquidation sans réversion « avec annuités garanties ». Coefficient basé sur les tables de mortalité selon l'âge du salarié au moment de la liquidation.

• Revalorisation

Les rentes en cours de service sont revalorisées, le cas échéant, chaque année en fonction des décisions prises par l'organe décisionnel de l'organisme assureur. Cette revalorisation est notamment fonction des résultats techniques et financiers.

Mu.
M. G.
J.R.

- **Versement en capital**

- Droits issus des compartiments 1 et 2 :

Les droits issus des compartiments 1 et/ou 2 peuvent, au choix du salarié, être liquidés sous la forme d'un capital unique, libéré en une ou plusieurs fois. Ce choix, qui s'effectue au moment de la demande de liquidation, est irrévocable.

Son montant s'exprime par la formule suivante :

PMT individuelle x (PTS/ PMT du dernier inventaire)

dans laquelle :

PMT représente la provision mathématique théorique

PTS représente la provision technique spéciale

Cette valeur peut être réduite du fait de l'existence de moins-values latentes, évaluées à la date du dernier inventaire, sur le portefeuille des actifs de placement en représentation des droits.

Cette réduction ne peut toutefois excéder 15% de la valeur des droits individuels du salarié.

- Retraite de faible montant :

Dans le cas où le nombre de points de retraite attribués au salarié conduit au versement d'une rente mensuelle dont le montant est inférieur ou égal à 100 euros, avec son accord, il est procédé à la liquidation des droits sous forme d'un versement unique en capital.

Le seuil de 100 euros est apprécié une fois que le salarié a opté pour son choix de rente :

- soit sur l'intégralité des compartiments ;
- soit sur une partie d'entre eux (hypothèse dans laquelle le salarié a décidé une sortie en capital sur le(s) compartiment(s) C1 et / ou C2).

Le montant du capital unique s'exprime par la formule :

$C = V \times P \times \text{Coeff} \times \text{Coeffmultiplicateur}$

dans laquelle :

C représente le montant du capital

V représente la valeur du point retraite

P représente le nombre de points acquis par le salarié

Coeff : coefficient dépendant notamment de l'âge du salarié au moment de la liquidation de sa retraite.

Coeffmultiplicateur : coefficient issu des tables de mortalité pour la transformation de la rente en capital à l'âge du salarié au moment de la liquidation.

Le versement du capital met fin aux obligations de l'organisme assureur.

Article 19.4 Maintien des droits acquis

Lorsque l'intéressé n'est plus salarié de l'entreprise ou ne fait plus partie de la catégorie de personnel au sens du présent accord, son compte individuel cesse d'être alimenté par les cotisations.

Le salarié bénéficiera de ses droits constitués à la liquidation de ceux-ci, dans les conditions prévues précédemment.

Article 19.5 Rachat exceptionnel en capital

Conformément à l'article L224-4 du Code monétaire et financier, le salarié a la faculté de procéder au rachat de ses droits constitués, dans les cas définis par la réglementation.

Mu .

0248

*

J

Article 19.6 Décès du salarié

Article 19.6.1 Décès du salarié avant la liquidation de ses droits

Lorsque le salarié décède avant la liquidation de ses droits constitués, le montant des droits inscrits sur son compte individuel est versé sous la forme d'un capital :

- au(x) bénéficiaire(s), personne(s) physique(s), expressément désigné(s) par le salarié,
- à défaut, à son conjoint survivant,
- à défaut, à son cocontractant d'un PACS,
- à défaut, à son concubin,
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître par parts égales,
- à défaut, à ses héritiers selon l'ordre successoral tel que défini aux articles 734 à 755 du Code civil.

Par concubin, il faut entendre la personne vivant en concubinage avec le salarié selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil. Par ailleurs, les concubins doivent justifier d'au moins deux ans de vie commune et être libres au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de PACS. Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'au moins un enfant est né de l'union.

Le montant du capital versé correspond à la formule suivante :

$$C = P \times S$$

dans laquelle :

C représente le montant du capital à verser

P représente le nombre de points acquis au jour du décès

S représente le salaire de référence en vigueur à la date du décès

Le versement du capital met fin aux obligations de l'organisme assureur.

Article 19.6.2 Décès du retraité en cas de réversion

Lorsqu'un salarié décède après la liquidation de sa retraite, et lorsqu'il a opté pour une rente réversible, une allocation de réversion est versée au conjoint survivant et/ou au(x) ex-conjoint(s) dans les mêmes conditions d'ouverture de droits que celles du régime unique AGIRC-ARRCO.

Dans la mesure où il n'existe pas de conjoint survivant et sous réserve de l'absence d'ex-conjoint(s) remplissant les conditions d'ouverture de droits visées au paragraphe précédent, l'allocation de réversion est versée, s'il y a lieu, au bénéficiaire du cocontractant d'un PACS survivant ou à défaut de son concubin. Dans ce cas, les conditions d'ouverture des droits prévues par le régime unique AGIRC-ARRCO pour la réversion s'applique à ce dernier.

Par concubin, il faut entendre la personne vivant en concubinage avec le salarié selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil. Par ailleurs, les concubins doivent justifier d'au moins deux ans de vie commune et être libres au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de PACS.

Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'au moins un enfant est né de l'union.

Cette allocation est versée sous forme de rente.

Le service de l'allocation est supprimé ou interrompu dans les mêmes conditions que celles prévues par le régime unique AGIRC-ARRCO.

Le service de l'allocation versée au cocontractant d'un PACS survivant ou au concubin est supprimé en cas de mariage ou de conclusion d'un nouveau PACS.

NS
Mu
J

- **Droits du conjoint survivant**

Lorsqu'un salarié décède après la liquidation de sa rente, le conjoint survivant a droit à une allocation de réversion calculée sur 60% du montant de la rente servie au salarié décédé, sous réserve des dispositions prévues au paragraphe ci-dessous relatif aux droits du conjoint divorcé non-remarié.

- **Droits du conjoint divorcé non remarié**

Lorsqu'un salarié décède après la liquidation de sa rente, le conjoint divorcé non remarié a droit à une allocation de réversion calculée sur 60% des points acquis par le salarié dans le cadre du présent plan au titre des fonctions qu'il a accomplies pendant la durée du mariage dissous par le divorce.

L'âge pris en compte pour le calcul de la rente est celui du conjoint divorcé non-remarié au moment de la liquidation.

En présence d'un conjoint survivant et d'un ou plusieurs conjoints divorcés non remariés, la pension de réversion de chaque conjoint est calculée en fonction de ses années de mariage avec le salarié décédé par rapport à la durée globale des mariages dudit salarié avec les ayants droit-concernés.

- **Droits du cocontractant d'un PACS survivant**

En l'absence de conjoint survivant ou d'ex-conjoint(s) ouvrant droit à une allocation de réversion, les droits du cocontractant d'un PACS sont définis comme suit.

Lorsqu'un salarié décède après la liquidation de sa rente, le cocontractant d'un PACS survivant a droit à une allocation de réversion calculée sur 60% du montant de la rente servie au salarié décédé.

- **Droits du concubin survivant**

En l'absence de conjoint survivant ou d'ex-conjoint(s) ouvrant droit à une allocation de réversion ou d'un cocontractant d'un PACS survivant, les droits du concubin sont définis comme suit.

Lorsqu'un salarié décède après la liquidation de sa rente, le concubin survivant a droit à une allocation de réversion calculée sur 60% du montant de la rente servie au salarié décédé.

Article 19.7 Information des salariés bénéficiaires

L'organisme assureur communique chaque année aux salariés bénéficiaires du présent accord une situation de compte individuel conforme à la réglementation en vigueur.

Article 19.8 Transférabilité

Tout salarié détenteur d'un régime de retraite supplémentaire visé à l'article L.224-40 du Code monétaire et financier peut demander, le transfert de ses droits antérieurement acquis vers le présent plan d'épargne retraite.

➤ **L'article 25 « Assiette » de l'accord du 15 juin 2012 est supprimé et remplacé comme suit :**

« Les cotisations appelées en pourcentage de salaire sont calculées, pour l'ensemble des salariés visés à l'article 2 du présent accord, sur les éléments de rémunération brute entrant dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale, telle que définie à l'article L 741-10 du Code rural et de la pêche maritime, ainsi que, le cas échéant, sur le revenu de remplacement versé et déclaré par l'entreprise, notamment dans le cadre de l'activité partielle, de l'activité partielle de longue durée, du congé de reclassement ou du congé de mobilité. »

➤ **L'article 28 « Garanties frais de santé » de l'accord du 15 juin 2012 est supprimé et remplacé comme suit :**

« La cotisation mensuelle frais de santé toutes taxes comprises, pour les entreprises du régime agricole, est égale à :
3,33 % du plafond mensuel des assurances sociales agricoles, prise en charge à 60 % par l'employeur et à 40 % par le salarié.

176
DR
J

Pour l'Alsace et la Moselle, cette cotisation est égale à 2,49 % du plafond mensuel des assurances sociales, prise en charge à 60 % par l'employeur et à 40 % par le salarié.

Ces taux de cotisations sont maintenus pendant une durée 2 ans à compter de la date de prise d'effet de l'avenant n°8 au présent accord.

Un taux d'appel peut être fixé chaque année par la Commission paritaire de suivi en fonction des résultats du régime. Pour 2023, le taux d'appel est fixé à 100%.

Toute nouvelle taxe, charge, contribution ou majoration de ces dernières qui entrerait en vigueur postérieurement à la date de signature du présent accord et dont la répercussion ne serait pas interdite, sera automatiquement répercutée sur les présentes cotisations après consultation et avis préalable de la Commission paritaire de suivi. »

AG
R
DR

- L'annexe I « Taux contractuels et ventilation des cotisations » de l'accord du 15 juin 2012 est supprimée et remplacée par l'annexe suivante :

Annexe I - Taux contractuels et ventilation des cotisations (en %)

	TA Tranche de salaire inférieure ou égale au plafond ASA			TB - TC Tranche de salaire comprise entre 1 et 8 fois le plafond ASA		
	Part employeur	Part Salarié	Total	Part employeur	Part Salarié	Total
Décès	0,99		0,99	0,495	0,495	0,99
Capital décès	0,32		0,32	0,16	0,16	0,32
Indemnité frais d'obsèques	0,01		0,01	0,005	0,005	0,01
Rente éducation	0,07		0,07	0,035	0,035	0,07
Rente de conjoint	0,59		0,59	0,295	0,295	0,59
Incapacité temporaire de travail	0,35	0,29	0,64	0,56	0,81	1,37
Mensualisation	0,35		0,35	0,56		0,56
Relais mensualisation		0,29	0,29		0,81	0,81
Incapacité permanente de travail	0,41		0,41	0,595	0,345	0,94
Incapacité permanente privée	0,36		0,36	0,495	0,345	0,84
Incapacité permanente professionnelle	0,05		0,05	0,10		0,10
TOTAL Prévoyance	1,75	0,29	2,04	1,65	1,65	3,30
<i>(Soit en répartition Employeur salarié)</i>	85,78	14,22	100	50,00	50,00	100

Frais de santé						
En % du PMSS*	1,998	1,332	3,33			

Frais de santé Régime Local Alsace Moselle						
En % du PMSS*	1,494	0,996	2,49			

* PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

Mu.
ng
sc
J

- **L'annexe II « Tableaux des garanties santé » de l'accord du 15 juin 2012 est supprimée et remplacée par l'annexe suivante :**

Annexe II – Tableaux des garanties santé

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables ».

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, notamment : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait patient urgences, du forfait « actes lourds », du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100% santé en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optiques et du plafond pour les aides auditives.

Le montant total des remboursements ne peut excéder les frais réellement engagés.

NG
M
J
JK

Tableau des prestations santé hors Alsace-Moselle

Nature des risques	Remboursements du régime de base (RO)	Remboursements complémentaires	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
Soins courants			
• Honoraires médicaux (y compris téléconsultation) :			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70% BR	100% FR - RO	100% FR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70% BR	130% BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70% BR	100% FR - RO	100% FR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70% BR	130% BR	200 % BR
• Honoraires paramédicaux ⁽²⁾	60% BR	100% FR - RO	100 % FR
• Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 8 séances / an	60% BR	40% BR	100% BR
• Analyses et examens de laboratoire			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	60% à 100% BR	100% FR - RO	100% FR
- Honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	60% à 100% BR	140% BR à 100% BR	200% BR
• Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie ⁽³⁾	70% BR	30% BR	100% BR
• Actes de prévention ⁽⁴⁾	35% à 70% BR	100% FR - RO	100% FR
• Honoraires de médecines douces (Cf liste ⁽⁵⁾)	-	35€/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	35€/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
• Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65% BR	35% BR	100% BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré"	30% BR	70% BR	100% BR
- Médicaments à service médical rendu "faible"	15% BR	85% BR	100% BR
• Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base (médicaments, pilules contraceptives, substituts nicotiniques)	-	100€/an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire
• Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	60% BR	100% FR - RO	100% FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	60% BR ou 100% BR	240% BR ou 200% BR	300% BR

ML.
NH
DR

Hospitalisation (Hors maternité et psychiatrie)				
• Frais de séjour	80% BR ou 100 % BR		20% BR ou 0% BR	100% BR
• Honoraires :				
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80% BR ou 100% BR		100% FR - RO	100% FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80% BR ou 100% BR		120% BR ou 100% BR	200 % BR
• Forfait actes lourds ⁽⁶⁾	-		100% FR	100% FR
• Forfait journalier hospitalier ⁽⁷⁾	-		100% FR	100% FR
• Forfait patient urgences ⁽⁸⁾	-		100% FR	100% FR
• Chambre particulière (y compris ambulatoire) ⁽⁹⁾ (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)	-		100% FR	100% FR
• Frais d'accompagnant (enfant - 16 ans) (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)	-		40€/jour	40€/jour
Maternité			*Plafond de 1 000€ / maternité pour les dépassements d'honoraires des médecins adhérents ou non aux DPTM et la chambre particulière (hors TM).	
• Frais de séjour	100% BR		-	100% BR
• Honoraires				
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM * ⁽¹⁾	100% BR		100% FR - RO	100% FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM * ⁽¹⁾	100% BR		100 % BR	200% BR
• Chambre particulière (par jour/bénéficiaire) *	-		100% FR	100% FR
• Prime de naissance ⁽¹⁰⁾ : maternité ou adoption	-		250€/enfant pour les 2 premiers (350€ à partir du 3 ^{ème})	250€/enfant pour les 2 premiers (350€ à partir du 3 ^{ème})
Psychiatrie				
• Frais de séjour	80% BR ou 100%BR		20% BR ou 0% BR	100% BR
• Honoraires :				
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % BR ou 100%BR		100% FR - RO	100% FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % BR ou 100%BR		120% BR ou 100% BR	200% BR
• Forfait journalier hospitalier ⁽⁷⁾	-		100% FR	100% FR
• Chambre particulière	-		1 000€/an/bénéficiaire	1 000€/an/bénéficiaire
Optique				
• Equipements 100% Santé (Classe A) ⁽¹²⁾			1 Equipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽¹¹⁾	1 Equipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽¹¹⁾
- Monture	60% BR		Frais réels - RO	Frais réels
- Verres	60% BR		Frais réels - RO	Frais réels

AG
Au-50
DR

- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Autres équipements (Classe B)			
Monture	60% BR	100€ - RO	100€
Verres			
-Verre unifocal simple ⁽¹³⁾	60% BR	160€ / verre - RO	160€
-Verre unifocal complexe ⁽¹³⁾	60% BR	220€ / verre - RO	220€
-Verre multifocal ou progressif complexe ⁽¹³⁾	60% BR	300€ / verre - RO	300€
-Verre multifocal ou progressif très complexe ⁽¹³⁾	60% BR	350€ / verre - RO	350€
• Prestation d'adaptation de la correction à la vue pour les verres de classe B ⁽¹²⁾	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Supplément pour verres avec filtre ⁽¹²⁾	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Autres suppléments optiques	60% BR	40% BR	100% BR
• Lentilles remboursées par le régime de base	60% BR	390% BR + 340€/an/bénéficiaire	450% BR + 340€/an/bénéficiaire
• Lentilles non remboursées par le régime de base	-	290€/an/bénéficiaire	290€/an/bénéficiaire
• Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	-	500€/œil/an/bénéficiaire	500€/œil/an/bénéficiaire
Dentaire			
• Soins et prothèses 100% Santé ⁽¹²⁾	70% BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Soins (hors 100% santé)	70% BR	100% FR - RO	100 % FR
• Inlay Onlay (hors 100% Santé) ⁽¹⁴⁾	70% BR	100% FR - RO	100 % FR
• Prothèses (hors 100% santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁴⁾	70% BR	410% BR	480% BR
- prothèses à honoraires libres	70% BR	410% BR	480% BR
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	-	215€/an/bénéficiaire	215€/an/bénéficiaire
• Orthodontie remboursée par le régime de base	70% BR ou 100% BR	300% BR	370% BR ou 400% BR
• Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	400€/an/bénéficiaire	400€/an/bénéficiaire
Implantologie (hors couronne implantoportée) / Parodontologie non remboursées par le régime de base	-	300€/an/bénéficiaire	300€/an/bénéficiaire
Aides auditives ⁽¹⁵⁾			
• Equipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1^{er} janvier 2020 ⁽¹²⁾	60% BR	Frais réels - 60% BR	Frais réels
• Aides auditives classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60% BR	1700 € - RO / oreille / bénéficiaire tous les 4 ans	1700 € / oreille / bénéficiaire tous les 4 ans
• Aides auditives classe II prise en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60% BR	1700 € - RO / oreille / bénéficiaire tous les 4 ans	1700 € / oreille / bénéficiaire tous les 4 ans
• Aides auditives non remboursées par le régime de base	-	385€/an/bénéficiaire	385€/an/bénéficiaire
• Piles et accessoires	60% BR	40% BR	100% BR

mg
 2
 ALG
 DR

Cures thermales				
• Frais remboursés par le régime de base : surveillance médicale ⁽³⁾	70% BR	30% BR	100% BR	
• Frais de soins et de séjour	65% BR ou 70% BR	35% BR ou 30% BR + 195€/an/bénéficiaire	100% BR + 195€/an/bénéficiaire	
Divers				
• Transports remboursés par le régime de base	65% BR ou 100% BR	135% BR ou 100% BR	200% BR	
• Assistance	-	Mutuaide	Mutuaide	
• Réseau de soins	-	Carte Blanche - réseau optique	Carte Blanche - réseau optique	

124 AL
SE DR

Tableau des prestations santé **Alsace-Moselle**

Nature des risques	Remboursements du régime de base (RO)	Remboursements complémentaires	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
Soins courants			
• Honoraires médicaux (y compris téléconsultation) :			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90% BR	100% FR - RO	100% FR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90% BR	110% BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90% BR	100% FR - RO	100% FR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	90% BR	110% BR	200 % BR
• Honoraires paramédicaux ⁽²⁾	90% BR	100% FR - RO	100 % FR
• Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 8 séances / an	90% BR	10% BR	100% BR
• Analyses et examens de laboratoire			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	de 90% à 100% BR	100% FR - RO	100% FR
- Honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	de 90% à 100% BR	110% BR à 100% BR	200% BR
• Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie ⁽³⁾	90% BR	10% BR	100% BR
• Actes de prévention ⁽⁴⁾	de 35% à 90% BR	100% FR - RO	100% FR
• Honoraires de médecines douces (Cf liste ⁽⁵⁾)	-	20€ /séance avec un maximum de 2 séances/an/ bénéficiaire	20€ /séance avec un maximum de 2 séances/an/ bénéficiaire
• Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	90% BR	10% BR	100% BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré"	80% BR	20% BR	100% BR
- Médicaments à service médical rendu "faible"	15% BR	85% BR	100% BR
• Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base (médicaments, pilules contraceptives, substituts nicotiniques)	-	100€/an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire
• Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	90% BR	100% FR - RO	100% FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	90% BR à 100% BR	210% BR ou 200% BR	300% BR

Al. mg J


Hospitalisation (Hors maternité et psychiatrie)				
• Frais de séjour	100% BR	-		100% BR
• Honoraires :				
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100% BR	100% FR - RO		100% FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100% BR	100% BR		200 % BR
• Forfait actes lourds ⁽⁶⁾	100% FR	-		100% FR
• Forfait journalier hospitalier ⁽⁷⁾	100% FR	-		100% FR
• Forfait patient urgences ⁽⁸⁾	100% FR	-		100% FR
• Chambre particulière (y compris ambulatoire) ⁽⁹⁾ (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)	-	100% FR		100% FR
• Frais d'accompagnant (enfant - 16 ans) (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)	-	40€/jour		40€/jour
Maternité		*Plafond de 1 000€ / maternité pour les dépassements d'honoraires des médecins adhérents ou non aux DPTM et la chambre particulière (hors TM).		
• Frais de séjour	100% BR	-		100% BR
• Honoraires				
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM * ⁽¹⁾	100% BR	100% FR - RO		100% FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM * ⁽¹⁾	100% BR	100 % BR		200% BR
• Chambre particulière (par jour/bénéficiaire) *	-	100% FR		100% FR
• Prime de naissance ⁽¹⁰⁾ : maternité ou adoption	-	250€/enfant pour les 2 premiers (350€ à partir du 3 ^{ème})		250€/enfant pour les 2 premiers (350€ à partir du 3 ^{ème})
Psychiatrie				
• Frais de séjour	100% BR			100% BR
• Honoraires :				
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100% BR	100% FR - RO		100% FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100% BR	100% BR		200% BR
• Forfait journalier hospitalier ⁽⁷⁾	100% FR	-		100% FR
• Chambre particulière	-	1 000€/an/bénéficiaire		1 000€/an/bénéficiaire
Optique				
• Equipements 100% Santé (Classe A) ⁽¹²⁾			1 Equipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽¹¹⁾	1 Equipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽¹¹⁾
- Monture	90% BR	Frais réels - RO		Frais réels
- Verres	90% BR	Frais réels - RO		Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	90% BR	Frais réels - RO		Frais réels
• Autres équipements (Classe B)				
Monture	90% BR	100€ - RO		100€

M. 074 6 9
DR

Verres			
-Verre unifocal simple ⁽¹³⁾	90% BR	160€ / verre - RO	160€
-Verre unifocal complexe ⁽¹³⁾	90% BR	220€ / verre - RO	220€
-Verre multifocal ou progressif complexe ⁽¹³⁾	90% BR	300€ / verre - RO	300€
-Verre multifocal ou progressif très complexe ⁽¹³⁾	90% BR	350€ / verre - RO	350€
• Prestation d'adaptation de la correction à la vue pour les verres de classe B ⁽¹²⁾	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Supplément pour verres avec filtre ⁽¹²⁾	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Autres suppléments optiques	90% BR	10% BR	100% BR
• Lentilles remboursées par le régime de base	90% BR	390% BR + 340€/an/bénéficiaire	480% BR + 340€/an/bénéficiaire
• Lentilles non remboursées par le régime de base	-	290€/an/bénéficiaire	290€/an/bénéficiaire
• Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	-	500€/œil/an/bénéficiaire	500€/œil/an/bénéficiaire
Dentaire			
• Soins et prothèses 100% Santé ⁽¹²⁾	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Soins (hors 100% santé)	90% BR	100% FR - RO	100 % FR
• Inlay Onlay (hors 100% Santé) ⁽¹⁴⁾	90% BR	100% FR - RO	100 % FR
• Prothèses (hors 100% santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁴⁾	90% BR	410% BR	500% BR
- prothèses à honoraires libres	90% BR	410% BR	500% BR
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	-	215€/an/bénéficiaire	215€/an/bénéficiaire
• Orthodontie remboursée par le régime de base	90% BR ou 100% BR	300% BR	390% BR ou 400% BR
• Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	400€/an/bénéficiaire	400€/an/bénéficiaire
Implantologie (hors couronne implantoportée) / Parodontologie non remboursées par le régime de base	-	300€/an/bénéficiaire	300€/an/bénéficiaire
Aides auditives ⁽¹⁵⁾			
• Equipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1^{er} janvier 2020 ⁽¹²⁾	90% BR	Frais réels - 60% BR	Frais réels
• Aides auditives classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	90% BR	1700 € - RO / oreille / bénéficiaire tous les 4 ans	1700 € / oreille / bénéficiaire tous les 4 ans
• Aides auditives classe II prise en charge par le régime de base à partir de 21 ans	90% BR	1700 € - RO / oreille / bénéficiaire tous les 4 ans	1700 € / oreille / bénéficiaire tous les 4 ans
• Aides auditives non remboursées par le régime de base	-	385€/an/bénéficiaire	385€/an/bénéficiaire
• Piles et accessoires	90% BR	10% BR	100% BR
Cures thermales			
• Frais remboursés par le régime de base : surveillance médicale ⁽³⁾	90% BR	10% BR	100% BR
• Frais de soins et de séjour	65% BR ou 90% BR	35% BR ou 10% BR + 195€/an/bénéficiaire	100% BR + 195€/an/bénéficiaire

Au. ms


Divers			
• Transports remboursés par le régime de base	100% BR	100% BR	200% BR
• Assistance	-	Mutuaide	Mutuaide
• Réseau de soins	-	Carte Blanche - réseau optique	Carte Blanche - réseau optique

- (1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM-CO).
- (2) Honoraires paramédicaux (non conventionnés) : 90% FR dans la limite de 300% BR du secteur conventionné.
- (3) En cas de dépassement d'honoraires se référer au poste soins courants "honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes".
- (4) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf. liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphthérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).
- (5) Chiropracteurs, ostéopathes, acupuncteurs, étioopathes, micro-kinésithérapeutes, sophrologues, diététiciens, nutritionnistes, micro-nutritionnistes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens.
- (6) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).
- (7) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.
- (8) Forfait patient urgences : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13- I du code de la sécurité sociale.
- (9) Pour les établissements non conventionnés : 90% FR limité à 60 jours/an/bénéficiaire
- (10) Prime de naissance maternité ou adoption : versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.
- (11) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.
- (12) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.
- (13) **verre unifocal simple Classe B**
 - verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
 - verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre \leq +4 dioptries
 - verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) \leq 6 dioptries
- verre unifocal complexe Classe B**
 - verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
 - verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre $>$ +4 dioptries
 - verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère $<$ -6 dioptries et cylindre \geq 0,25 dioptrie
 - verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $>$ 6 dioptries
- verre multifocal ou progressif complexe Classe B**
 - verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
 - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre \leq +4 dioptries
 - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) \leq 8 dioptries
- verre multifocal ou progressif très complexe Classe B**
 - verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
 - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre $>$ +4 dioptries
 - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère $<$ -8 dioptries et cylindre \geq 0,25 dioptrie
 - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S $>$ 8 dioptries
- (14) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour certaines prothèses et soins hors 100% Santé (prothèses à honoraires maîtrisés) entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire dès lors qu'ils ont pris effet.
- (15) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi. »

**En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire.
Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.**

M.
17950
JR

ARTICLE 2 : ENTREE EN VIGUEUR

Les dispositions du présent avenant entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2023.

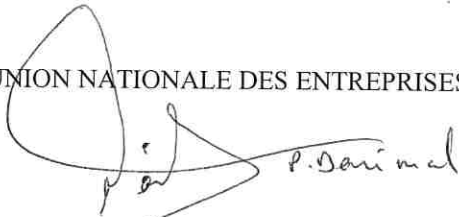
ARTICLE 3 : DEPOT ET EXTENSION

Le présent avenant est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Fait à Paris, le 7 septembre 2022

Suivent les signatures :

L'UNION NATIONALE DES ENTREPRISES DU PAYSAGE (UNEP)



P. Sarin

LA FEDERATION NATIONALE AGROALIMENTAIRE ET FORESTIERE (F.N.A.F.) C.G.T.

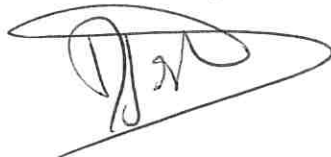
LA FEDERATION GENERALE DE L'AGROALIMENTAIRE (FGA) CFTD



LA FEDERATION GENERALE DES TRAVAILLEURS DE L'AGRICULTURE, DE L'ALIMENTATION ET DES
SECTEURS CONNEXES (FGTA) FO



LA FEDERATION CFTC DE L'AGRICULTURE (CFTC-AGRI)



LE SYNDICAT NATIONAL DES CADRES D'ENTREPRISES AGRICOLES SNCEA - CEE/CGC



