

Brochure n° 3605 | Convention collective nationale

IDCC : 7013 | **ÉTABLISSEMENTS D'ENTRAÎNEMENT DE CHEVAUX
DE COURSES AU TROT**

Brochure n° 3615 | Convention collective nationale

IDCC : 7014 | **ÉTABLISSEMENTS D'ENTRAÎNEMENT DE CHEVAUX
DE COURSES AU GALOP**

Avenant n° 18 du 20 novembre 2019

NOR : AGRS2097168M

IDCC : 7013, 7014

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

Association des entraîneurs de galop ;

Syndicat national des entraîneurs, drivers et jockeys de chevaux de courses au trot en France,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Fédération générale agroalimentaire FGA CFDT ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes FGTA FO ;

Fédération CFTC Agri,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux signataires de l'accord national de prévoyance du 8 juin 1989, institué dans le cadre de la convention collective nationale des centres d'entraînement de chevaux de courses au galop, et de la convention collective nationale d'entraînement de chevaux de courses au trot, réunis en commission paritaire, décident d'apporter les modifications suivantes à l'accord national de prévoyance du 8 juin 1989 :

■ Mise en conformité du régime frais de santé, considérant :

- la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 qui acte la modification du cahier des charges du contrat responsable ;
- le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et le

- décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé ;
- la réforme dite « 100 % santé » qui entre en vigueur, pour les soins d'optique médicale et dentaire au 1^{er} janvier 2020 et pour les soins d'audiologie au 1^{er} janvier 2021.

■ Définition du TI au global de cotisation du régime de prévoyance en pourcentage de la masse salariale brute.

Article 1^{er} | Modification du régime frais de santé

L'intégralité des tableaux de garanties figurants à l'article 4.2 « Niveau des prestations santé » est substituée par les tableaux présentés ci-dessous afin de tenir compte :

De la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 qui acte la modification du cahier des charges du contrat responsable du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et du décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé.

Le détail des garanties à compter du 1^{er} janvier 2020 est repris ci-après.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la mutualité sociale agricole, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires :

(Voir page suivante.)

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D’HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		100 % BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100 % BR 100 % BR	
Chambre particulière		1 % du PMSS par jour	

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé MSA	100 % BR

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
↳ remboursés MSA		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100 % BR 100 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100 % BR 100 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100 % BR 100 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100 % BR 100 % BR
► non remboursés MSA		
Chiropractie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	30 € par acte limité à 4 actes par année civile	
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés MSA)	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés MSA	100 % BR	
Médicaments :		
► remboursés MSA	100 % BR	
Pharmacie (hors médicaments) :		
► remboursée MSA	100 % BR	
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	250 % BR	
Actes de prévention		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR	

Santé bucco-dentaire	
Campagne d'incitation à une consultation de prévention bucco-dentaire à des âges clés.	<p><u>Nature de l'action</u> : Examen bucco-dentaire de prévention à 35 ans et à 55 ans.</p> <p><u>Bénéficiaires</u> : Les personnes assurées au titre du présent régime (assuré principal et ayant-droit le cas échéant)</p> <p><u>Niveau de prise en charge</u> : selon conditions contractuelles prévues au poste dentaire du présent tableau de garantie.</p>
Actions en lien avec le traitement des cancers et la prévention de leurs récides	
Aide à la décision thérapeutique, notamment opératoire, d'un cancer (la pertinence médicale de cette aide est subordonnée à l'avis des médecins en charge du patient (oncologues ; chirurgien...)).	<p><u>Nature de l'action</u> : prise en charge d'un forfait d'acte d'analyse aboutissant à la modélisation 3D des structures anatomiques et pathologiques d'un patient visibles à partir de son image médicale 3D (Scanner ou IRM) pour un patient ayant une suspicion de cancer opérable.</p> <p><u>Bénéficiaires</u> : Les personnes assurées au titre du présent régime (assuré principal et ayant-droit le cas échéant)</p> <p><u>Niveau de prise en charge</u> : A hauteur de 650 € HT/acte.</p>
Prévention des récides de cancers	<p><u>Nature de l'action</u> : Programme d'accompagnement progressif et personnalisé de lutte contre les récides après un traitement de cancers à partir des interventions non médicamenteuses suivantes : activité physique adaptée, alimentation et engagement motivationnel.</p> <p>Accompagnement d'une durée de 3 à 12 mois selon un niveau d'intervention et de progression défini par les professionnels de santé du programme.</p> <p><u>Bénéficiaires</u> : Les personnes assurées au titre du présent régime (assuré principal et ayant-droit le cas échéant)</p> <p><u>Niveau de prise en charge</u> : prise en charge totale et directe du coût du programme.</p>
Bilans de prévention	
Bilan de prévention personnel	<p><u>Nature de l'action</u> : Accès à un bilan personnel de prévention en ligne permettant une analyse des habitudes de vie et des conseils personnalisés en prévention.</p> <p><u>Bénéficiaires</u> : Les personnes assurées au titre du présent régime (assuré principal et ayant-droit le cas échéant)</p> <p><u>Niveau de prise en charge</u> : prise en charge totale et directe du coût du programme.</p>

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées MSA :		
Aides auditives	250 % BR	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés MSA ⁽¹⁾	100 % BR	

A COMPTER DU 01.01.2021 :	
Equipements 100 % Santé ^(**) :	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	RMSA + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la MSA, dans la limite des PLV ^(***)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	
Equipements libres ^(****) :	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	250 % BR ^(***)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	120 % BR ^(****)
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés MSA ^(*)	100 % BR

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(****) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RMSA inclus au 01.01.2021)

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé ^(*)		
Inlay core	RMSA + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la MSA, dans la limite des HLF	
Autres appareillages prothétiques dentaires		
Prothèses		
► Panier maîtrisé ^(**)		
Inlay, onlay ^(****)	420% BR dans la limite des HLF	
Inlay core ^(****)	420% BR dans la limite des HLF	
Autres appareillages prothétiques dentaires ^(†)	420% BR dans la limite des HLF	
► Panier libre ^(***)		
Inlay, onlay ^(****)	420% BR	
Inlay core ^(****)	420% BR	
Autres appareillages prothétiques dentaires ^(****)	420% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention ^(****)	420% BR	
Autres actes dentaires remboursés MSA		
Orthodontie remboursée SS ^(****)	420% BR	

(*) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement : à compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.

(**) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(***) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

(****) Lorsque le régime de base de la MSA effectue des remboursements au titre du risque « accident du travail » le taux de prise en charge est limité à 400% BR.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	RMSA + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la MSA, dans la limite des PLV	
Monture de classe A : Enfant - de 16 ans (**)		
Verres de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)		
Verres de classe A : Enfant - de 16 ans (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RMSA + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la MSA, dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RMSA + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la MSA, dans la limite des PLV	
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	100€	
Monture de classe B : Enfant - de 16 ans (**)	100€	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci- après, en fonction du type de verres	
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans (**)		
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien- lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100% BR dans la limite des PLV	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien- lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la MSA	100% BR + 3% du PMSS par année civile	
Lentilles refusées par la MSA (y compris lentilles jetables)	3 % du PMSS par année civile	

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;

- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.
La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin.
- Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RMSA inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	45€	45€
		SPH < à -6 ou > à + 6	90€	62.50€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	45€	45€
		SPH > 0 et S ≤ + 6	45€	45€
		SPH > 0 et S > + 6	105€	65€
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	105€	65€
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	105€	65€
MULTIFOCAUX ET PROGRESSIFS	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	120€	120€
		SPH < à -4 ou > à + 4	135€	135€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	120€	120€
		SPH > 0 et S ≤ + 8	120€	120€
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	135€	135€
		SPH > 0 et S > + 8	135€	135€
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	135€	135€

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermique remboursée MSA :	
Frais de traitement et honoraires	100% BR

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

ABREVIATIONS :

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

RMSA : Remboursement Mutualité Sociale Agricole = montant remboursé et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

Article 2 | Révision de l'article 5 « Cotisation »

L'article 5 « Cotisation » est modifié comme suit :

« Santé : le financement de la garantie santé est assuré par une cotisation à la charge de l'employeur et du salarié à hauteur de 50 % chacun.

Catégorie	Cotisation en euros au 1 ^{er} janvier 2020
Salarié non-cadre	42,42 €

L'évolution de cette cotisation sera automatiquement indexée au 1^{er} de chaque année en fonction de l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Prévoyance

Le taux global de cotisation du régime de prévoyance est exprimé en pourcentage de la masse salariale brute :

■ Tranches A et B pour l'ensemble du personnel salarié occupé à titre principal à l'entraînement des chevaux de courses au trot et au galop et ne relevant pas de la convention collective nationale du 2 avril 1952 concernant les ingénieurs et cadres des exploitations et entreprises agricoles.

Le financement du régime de prévoyance complémentaire (incapacité/invalidité/décès) est assuré par une cotisation à la charge de l'employeur à hauteur de 22,6 % et, de 77,4 % à la charge du salarié.

Il est précisé que :

- les cotisations destinées à la couverture des dépenses consécutives aux accidents du travail et maladies professionnelles, celles résultant de l'extension à l'agriculture de l'accord de mensualisation et celles destinées au financement des charges patronales dues par les indemnités complémentaires sont à la charge exclusive de l'employeur ;
- dans le cadre de sa quote-part, et sous réserve de ce qui est indiqué ci-dessus en termes de financement de la garantie accidents de travail et maladies professionnelles, le salarié finance intégralement la garantie incapacité de travail. »

Article 3 | Dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés

Suivant les dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires n'ont pas retenu de dispositions spécifiques telles que visées par l'article L. 2232-10-1 du code du travail à l'attention des entreprises de moins de 50 salariés dès lors que le présent avenant vise

à modifier le régime collectif obligatoire de frais de santé dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective et ce quel que soit leur effectif.

Article 4 | *Date d'entrée en vigueur*

Les dispositions du présent avenant prennent effet au 1^{er} janvier 2020.

En tout état de cause, l'ensemble des dispositions prévues par le présent avenant prévalent sur l'avenant précédemment signé (avenant n° 17 du 15 décembre 2016).

Article 5 | *Dépôt et extension du présent avenant*

Le présent avenant est fait en nombre suffisant d'exemplaires originaux pour remise à chacune des parties signataires et dépôt dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6 ; L. 2261-1 ; L. 2262-8 et D. 2231-2 du code du travail.

L'extension du présent avenant sera demandée en application des articles L. 2261-15 ; L. 2261-24 et L. 2261-25 du code du travail.

Fait à Paris, le 20 novembre 2019.

(Suivent les signatures.)