

Avenant n° 99 du 13 novembre 2020

NOR : AGRS2197036M

IDCC : 7012

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

GHN ;

SEDJ ;

AEDG,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFTC Agri ;

FGA CFDT ;

SNCEA CFE-CGC ;

FGTA FO ;

FNAF CGT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les organisations syndicales d'employeurs et de salariés ont conclu le 15 octobre 2015 un accord relatif à la mise en place d'un régime complémentaire de remboursement de frais de santé obligatoire qui, sans remettre en cause les régimes d'entreprise plus favorables, met à la charge de tous les employeurs entrant dans son champ d'application l'obligation de faire bénéficier leurs salariés non affiliés à l'AGIRC d'une couverture au moins aussi favorable dans les conditions prévues par l'accord précité.

Le régime complémentaire de frais de santé précité a notamment été modifié par l'avenant n° 97 du 5 novembre 2019 à la convention collective nationale du personnel des centres équestres du 11 juillet 1975, afin d'être mis en conformité avec les dispositions du décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés et 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 à adapter le contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

Il a été décidé de modifier l'annexe portant sur les garanties frais de santé.

L'annexe est supprimée et modifiée comme suit :

« Tableau des prestations santé hors Alsace-Moselle, à compter du 1^{er} janvier 2021

Les présentes garanties sont prises en charge conformément aux dispositions relatives aux contrats dits "responsables" telles que définies à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et à la couverture minimale prévue à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que par leurs décrets d'application.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier "100 % santé".

Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous s'entendent "en complément des prestations versées par le régime obligatoire (RO)", c'est-à-dire que la prestation s'additionne à celle du régime obligatoire à l'exclusion des garanties monture et verres.



Les prestations du niveau de "Garanties optionnelles" définies ci-après, s'entendent en complément des prestations accordées au titre du niveau "Garanties conventionnelles obligatoires".

Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge.

Les garanties exprimées avec une limitation "par an et par bénéficiaire" sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Dans tous les cas, le total des remboursements du régime obligatoire, de l'institution, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS				
	A titre indicatif, remboursement du régime de base (RO)	GARANTIES CONVENTIONNELLES OBLIGATOIRES		GARANTIES OPTIONNELLES	
			Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)
HOSPITALISATION (y compris maternité)					
Forfait journalier hospitalier	/	100 % FR		/	
Frais de séjour	80 % BR à 100 % BR	200 % BR		/	
Honoraires (consultations et actes)	80 % BR à 100 % BR	200 % BR	100 % BR	/	/
Chambre particulière non remboursée par le RO					
- Hors ambulatoire	/	50 € par jour		/	
- En ambulatoire	/	20 € par jour		/	
Frais d'accompagnement d'un <u>bénéficiaire âgé de moins de 16 ans ou d'un ascendant non remboursés par le RO</u>	/	30 € par jour		/	
SOINS COURANTS (y compris maternité)					
		Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
Honoraires médicaux					
- Consultations et visites de généraliste	70 % BR	100 % TM		/	
- Consultations et visites de spécialiste	70 % BR	80 % BR	60 % BR	+ 70 % BR	+ 40 % BR
- Actes techniques médicaux	70 % BR	80 % BR	60 % BR	/	/
- Actes d'imagerie médicale	70 % BR	100 % TM		/	
Honoraires paramédicaux	60 % BR	100 % TM		/	

Analyses et examens de laboratoire	60 % BR à 100 % BR	100 % TM	/
Médicaments			
- Médicaments <i>remboursés par le RO</i>	15 % BR à 100 % BR	100 % TM	/
Matériel médical (hors aides auditives)			
- Grand appareillage (2)	100 % BR	100 % BR	/
- Prothèses orthopédiques et autres prothèses	60 % BR	150 % BR	/
AIDES AUDITIVES			
		<i>Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite prend effet le 1er janvier 2021 en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée</i>	
Equipement « 100% SANTE » *	60 % BR	 100% FR *	
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	60 % BR	500 € par oreille appareillée, minimum 100% TM limité à 1700€ par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement RO	L
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	60 % BR	150 % BR	/
OPTIQUE			
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO			
		<i>Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exceptions réglementaires. (3) Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées</i>	
Equipement « 100% SANTE » * Monture, verres, prestations d'appareillage, prestations d'adaptation et filtres	60 % BR	 100% FR *	
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *			
- Monture : <u>Bénéficiaire de 16 ans ou plus</u>	60 % BR	80 € par monture	/
<u>Bénéficiaire de moins de 16 ans</u>	60 % BR	60 € par monture	/
- Verre : <u>Bénéficiaire de 16 ans ou plus</u>			
Par verre simple	60 % BR	92 €	
Par verre complexe	60 % BR	172 €	+ 34 €
Par verre hypercomplexe	60 % BR	207 €	+ 34 €
<u>Bénéficiaire de moins de 16 ans</u>			
Par verre simple	60 % BR	86 €	/
Par verre complexe	60 % BR	103 €	/
Par verre hypercomplexe	60 % BR	103 €	/
- Prestations d'adaptation	60 % BR	100 % TM	/
- Appareillage des verres	60 % BR	100 % TM	/
Lentilles correctrices			
- Remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	60 % BR	100 € par an et par bénéficiaire	/
- Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	/	100 € par an et par bénéficiaire	/
Autres prestations optiques			
- Chirurgie de l'œil par laser	/	Néant	+ 400 € par œil

DENTAIRE			
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (1)	70 % BR	100% FR *	
Soins Hors « 100% SANTE » *			
- Soins dentaires	70 % BR	100 % TM	/
- Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	70 % BR	60 % BR	/
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » *			
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre	70 % BR	270 % BR	+ 130 % BR
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	70 % BR	80 % BR	/
Orthodontie			
- Remboursée par le RO	70% BR à 100 % BR	130 % BR	+ 150 % BR
- Non remboursée par le RO	/	Néant	+ 100 % BRR
AUTRES GARANTIES			
Transport	65 % BR	100 % TM	/
Natalité (2)			
- Forfait naissance / adoption	/	Néant	+ 10 % PMSS, doublé en cas de naissance multiple
Cure thermique (2)			
- Remboursée par le RO	65 % BR à 80 % BR	Néant	+ 10 % PMSS par an et par bénéficiaire
Médecine douce (2)			
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étio-pathe	/	15 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire	+ 15 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage			
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	35 % BR à 100 % BR	100 % TM	/

ABREVIATIONS :

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, l'Institution applique le tarif d'autorité de cet organisme

BRR : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime Obligatoire s'il était intervenu

FR : Frais réels

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée **OPTAM-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. [Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur http://annuaire.sante.ameli.fr/](http://annuaire.sante.ameli.fr/)

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif pour 2020 égal à 3428 €)

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

TM : Ticket modérateur.

(*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100% Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100% Santé », la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif « Hors 100% Santé ».

(1) Entrée en vigueur progressive du dispositif « 100% Santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.

(2) Précisions sur les Garanties

Grand appareillage	Tel que défini par le Régime Obligatoire
Natalité	Sur présentation de l'extrait d'acte de naissance ou du jugement d'adoption plénière du ou des enfants. Les dépenses médicales remboursées par le Régime Obligatoire au titre de l'assurance maternité sont prises en charge dans les conditions fixées aux Garanties. Il n'est versé qu'un forfait par foyer.
Cure thermique	Remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (nuitée) à l'exclusion des frais de repas.
Médecine douce	Concerne des pratiques thérapeutiques non remboursées par le Régime Obligatoire ; seules sont remboursées par le régime les pratiques listées, dans la limite du forfait annuel indiqué qui s'applique pour chaque Bénéficiaire et pour l'ensemble des pratiques de la liste ; il peut être utilisé en une ou plusieurs fois sur l'année civile. Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés, dans sa spécialité ou ayant enregistré son diplôme dans les répertoires nationaux RPPS ou ADELI.

(3) Ces remboursements sont prévus dans la limite de l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de six (6) mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné ci-dessus s'applique.

Tableau des prestations santé Alsace-Moselle, à compter du 1^{er} janvier 2021

Les présentes garanties sont prises en charge conformément aux dispositions relatives aux contrats dits "responsables" telles que définies à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale et à la couverture minimale prévue à l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale, ainsi que par leurs décrets d'application.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier "100% santé".

Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous s'entendent "en complément des prestations versées par le régime obligatoire (RO)", c'est-à-dire que la prestation s'additionne à celle du régime obligatoire à l'exclusion des Garanties monture et verres.



Les prestations du niveau de "Garanties optionnelles" définies ci-après, s'entendent en complément des prestations accordées au titre du niveau "Garanties conventionnelles obligatoires".


Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge.

Les Garanties exprimées avec une limitation "par an et par bénéficiaire" sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Dans tous les cas, le total des remboursements du régime obligatoire, de l'Institution, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS				
	A titre indicatif, remboursement du régime de base (RO)	GARANTIES CONVENTIONNELLES OBLIGATOIRES		GARANTIES OPTIONNELLES	
		Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
HOSPITALISATION (y compris maternité)					
Forfait journalier hospitalier	20 € ou 15€	100 % FR		/	
Frais de séjour	100 % BR	200 % BR		/	
Honoraires (consultations et actes)	100 % BR	200 % BR	100 % BR	/	/
Chambre particulière non remboursée par le RO					
- Hors ambulatoire	/	50 € par jour		/	
- En ambulatoire	/	20 € par jour		/	
Frais d'accompagnement d'un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans ou d'un ascendant non remboursés par le RO	/	30 € par jour		/	
SOINS COURANTS (y compris maternité)					
		Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
Honoraires médicaux					
- Consultations et visites de généraliste	90 % BR	100 % TM		/	
- Consultations et visites de spécialiste	90 % BR	80 % BR	60 % BR	+ 70 % BR	+ 40 % BR
- Actes techniques médicaux	90 % BR	80 % BR	60 % BR	/	/
- Actes d'imagerie médicale	90 % BR	100 % TM		/	
Honoraires paramédicaux	90 % BR	100 % TM		/	

Analyses et examens de laboratoire	90 % BR à 100 % BR	100 % TM	/
Médicaments			
- Médicaments remboursés par le RO	15 % BR à 100 % BR	100 % TM	/
Matériel médical (hors aides auditives)			
- Grand appareillage (2)	100 % BR	100 % BR	/
- Prothèses orthopédiques et autres prothèses	90 % BR	150 % BR	/
AIDES AUDITIVES			
		Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite prend effet le 1 ^{er} janvier 2021 en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée	
Equipement « 100% SANTE » *	90 % BR	 100% FR *	
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	90 % BR	500 € par oreille appareillée, minimum 100% TM limité à 1700€ par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement RO	/
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	90 % BR	150 % BR	/
OPTIQUE Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO			
		Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exceptions réglementaires. (3) Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes	
Equipement « 100% SANTE » * Monture, verres, prestations d'appareillage, prestations d'adaptation et filtres	90 % BR	 100% FR *	
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *			
- Monture : Bénéficiaire de 16 ans ou plus	90 % BR	80 € par monture	/
Bénéficiaire de moins de 16 ans	90 % BR	60 € par monture	/
- Verre Bénéficiaire de 16 ans ou plus			
Par verre simple	90 % BR	92 €	
Par verre complexe	90 % BR	172 €	+ 34 €
Par verre hypercomplexe	90 % BR	207 €	+ 34 €
Bénéficiaire de moins de 16 ans			
Par verre simple	90 % BR	86 €	/
Par verre complexe	90 % BR	103 €	/
Par verre hypercomplexe	90 % BR	103 €	/
- Prestations d'adaptation	90 % BR	100 % TM	/
- Appareillage des verres	90 % BR	100 % TM	/
Lentilles correctrices			
- Remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	90 % BR	100 € par an et par bénéficiaire	/
- Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	/	100 € par an et par bénéficiaire	/
Autres prestations optiques			
- Chirurgie de l'œil par laser	/	Néant	+ 400 € par œil

DENTAIRE			
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTÉ » * : (1)	90 % BR	 100% FR *	
Soins Hors « 100% SANTÉ » *			
- Soins dentaires	90 % BR	100 % TM	/
- Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	90 % BR	60 % BR	/
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTÉ » *			
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre	90 % BR	270 % BR	+ 130 % BR
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	90 % BR	80 % BR	/
Orthodontie			
- Remboursée par le RO	90 % BR ou 100 % BR	130 % BR	+ 150 % BR
- Non remboursée par le RO	/	Néant	+ 100 % BRR
AUTRES GARANTIES			
Transport	100 % BR	100 % TM	/
Natalité (2)			
- Forfait naissance / adoption	/	Néant	+ 10 % PMSS, doublé en cas de naissance multiple
Cure thermique (2)			
- Remboursée par le RO	90 % BR	Néant	+ 10 % PMSS par an et par bénéficiaire
Médecine douce (2)			
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étio-pathe	/	15 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire	+ 15 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage			
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	90 % BR	100 % TM	/

ABREVIATIONS :

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, l'Institution applique le tarif d'autorité de cet organisme

BRR : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime Obligatoire s'il était intervenu

FR : Frais réels

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée **OPTAM-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. [Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur http://annuaire.sante.ameli.fr/](http://annuaire.sante.ameli.fr/)

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif pour 2020 égal à 3428 €)

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

TM : Ticket modérateur.

(*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100% Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100% Santé », la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif « Hors 100% Santé ».

(1) Entrée en vigueur progressive du dispositif « 100% Santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.

(2) Précisions sur les Garanties

Grand appareillage	Tel que défini par le Régime Obligatoire
Natalité	Sur présentation de l'extrait d'acte de naissance ou du jugement d'adoption plénière du ou des enfants. Les dépenses médicales remboursées par le Régime Obligatoire au titre de l'assurance maternité sont prises en charge dans les conditions fixées aux Garanties. Il n'est versé qu'un forfait par foyer.
Cure thermique	Remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (nuitée) à l'exclusion des frais de repas.
Médecine douce	Concerner des pratiques thérapeutiques non remboursées par le Régime Obligatoire ; seules sont remboursées par le régime les pratiques listées, dans la limite du forfait annuel indiqué qui s'applique pour chaque Bénéficiaire et pour l'ensemble des pratiques de la liste ; il peut être utilisé en une ou plusieurs fois sur l'année civile. Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés, dans sa spécialité ou ayant enregistré son diplôme dans les répertoires nationaux RPPS ou ADELI.

(3) Ces remboursements sont prévus dans la limite de l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de six (6) mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné ci-dessus s'applique.

Pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement n'est applicable pour les verres en cas d'évolution de la vue, définie réglementairement et objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation à ce qui précède, un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Article 2 | Entreprises de moins de 50 salariés

Les signataires conviennent que le contenu du présent accord ne justifie pas de prévoir pour les entreprises de moins de 50 salariés des dispositions spécifiques types telles que prévues à l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

Article 3 | Révision

Le présent accord peut être révisé conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article 4 | Date d'application

Les dispositions du présent accord entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2021 et ce pour une durée indéterminée.

Article 5 | Dépôt et publicité

Le présent accord fera l'objet de formalités de dépôt conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, auprès des services du ministre chargé du travail.

Fait à Paris, le 13 novembre 2020.

(Suivent les signatures.)