

## Avenant n° 9 du 5 juin 2024

NOR : AGRS2597009M

IDCC : 7018

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

**Union nationale des entreprises du paysage (UNEP),**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**Fédération générale de l'agroalimentaire FGA CFTD ;**

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

**Fédération CFTC de l'agriculture CFTC Agri ;**

**Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles SNCEA CFE-CGC,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### Préambule

Afin de mettre en conformité, la définition des salariés cadres avec le 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 ont procédé à la modification des dispositions de la convention collective nationale des entreprises du paysage du 10 octobre 2008, pour les cadres, techniciens et agents de maîtrise.

Par agrément en date du 31 janvier 2024, la commission paritaire rattachée à l'APEC a validé :

- d'une part, le rattachement des cadres (niveau C à D) à l'article 2.1 de l'ANI du 17 novembre 2017 et des techniciens et agents de maîtrise de niveau de 4 (TAM 4) à l'article 2.2 ;
- d'autre part, l'assimilation des techniciens et agents de maîtrise de niveau de 1, 2 et 3 (TAM 1, 2 et 3) à la catégorie des cadres.

En conséquence :

- le présent avenant n° 9 met en conformité les dispositions relatives aux salariés bénéficiaires du présent accord avec les nouvelles dispositions de la convention collective nationale du 10 octobre 2008 ;
- le libellé de l'accord du 15 juin 2012 est modifié.

De plus, les tableaux de garanties santé sont mis à jour par le présent avenant conformément à la réglementation, sans changement sur le niveau des garanties.

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<sup>er</sup>

Le libellé de l'accord est modifié comme suit : « Accord national du régime collectif conventionnel de prévoyance, frais de santé et retraite supplémentaire des salariés cadres et TAM du secteur du paysage du 15 juin 2012 ».

## Article 2

Le contenu de l'article 2 « Salariés Bénéficiaires » de l'accord du 15 juin 2012 est supprimé et remplacé comme suit :

« Le régime de protection sociale complémentaire institué par le présent accord s'applique obligatoirement, sans condition d'ancienneté et quelle que soit la nature du contrat de travail, aux salariés techniciens, agents de maîtrise (TAM) ou cadres exerçant leur emploi pour le compte d'une entreprise de la convention collective nationale des entreprises du paysage et relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres ou ayant été assimilés à la catégorie des cadres par la commission paritaire rattachée à l'APEC. Les garanties définies dans le présent accord constituent le socle minimal de prévoyance, de frais de santé et de retraite supplémentaire des salariés définis ci-dessus relevant du secteur du paysage. »

## Article 3 | Définition des enfants à charge

Les mentions « Pôle emploi » présentes dans l'article 6.2 « Définition des enfants à charge du salarié » sont remplacées par « France Travail ».

## Article 4 | Rente de conjoint temporaire

L'article 11.2 « Rente de conjoint temporaire » est mis en conformité. Il est réécrit comme suit :

« Si le conjoint ou assimilé tel que défini à l'article 6.1 ne peut, au décès du salarié, bénéficier immédiatement et à taux plein de la pension de réversion du régime de retraite complémentaire Agirc-Arrco, il lui est versé une rente de conjoint temporaire. Celle-ci correspond à 5 % du salaire annuel de référence défini à l'article 8.1.1. Elle est versée au bénéficiaire jusqu'à l'âge normal prévu pour le paiement de la pension de réversion à taux plein du régime de retraite complémentaire Agirc-Arrco. La rente de conjoint est majorée de 10 % de son montant par enfant à charge tel que défini à l'article 6.2. »

*(Voir page suivante.)*

## Article 5 | **Garanties de prévoyance**

L'article 27 « Garanties de prévoyance » est mis à jour selon les modifications de taux apportées par l'avenant n° 8 à l'accord. Il est rédigé comme suit :

« En contrepartie des garanties fixées par le présent accord, le taux global de la cotisation prévoyance est fixé à :

- 2,04 % sur la tranche A (salaire limité au plafond des assurances sociales agricoles) ;  
et
- 3,30 % sur les tranches B et C (salaire compris entre 1 fois et 8 fois le plafond des assurances sociales agricoles).

Concernant le risque incapacité de travail temporaire :

- la garantie correspondant à l'obligation de mensualisation de l'employeur est à la charge exclusive de celui-ci et correspond à une cotisation de 0,35 % sur la tranche A et de 0,56 % sur les tranches B et C.

La garantie correspondant au relais mensualisation est quant à elle à la charge exclusive du salarié et correspond à une cotisation de 0,29 % sur la tranche A et de 0,81 % sur les tranches B et C ;

- un taux d'appel peut être fixé chaque année par la commission paritaire de suivi en fonction des résultats du régime.

La ventilation de la cotisation par risque est fixée dans le tableau annexé au présent accord.

## Article 6 | **Tableaux des garanties santé**

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.

*(Voir pages suivantes.)*

Nature des frais	Remboursement du régime de base hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
<b>SOINS COURANTS</b>			
• Honoraires médicaux (y compris téléconsultation) :			
- Dépassement d'honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Dépassement d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	130 % BR	200 % BR
• Honoraires paramédicaux y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti-grippale par les sages femmes par les sages femmes et infirmiers <sup>(2)</sup>	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 <sup>(1)</sup>	60 % BR à 100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	60 % BR à 100 % BR	140 % BR à 100 % BR	200 % BR
• Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie <sup>(3)</sup>	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention <sup>(4)</sup>	de 35 % à 70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
• Honoraires de médecines douces reconnus par le ministère de la Santé : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, micro-kinésithérapie, sophrologie, diététiciens, nutritionnistes, pédicures - podologues, ergothérapeutes, psychomotricien	-	35€/ séance limité à 2 séances/an/bénéficiaire	35€/ séance limité à 2 séances/an/bénéficiaire
• Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	65 % BR	35 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	30 % BR	70 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	85 % BR	100 % BR
- Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti-grippale	de 65 % à 100 % BR	de 35 % à 0 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base (médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiniques)	-	100 €/ an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
• Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100 % FR - 60 % BR	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
<b>HOSPITALISATION (hors maternité et psychiatrie)</b>			
• Frais de séjour	80 % BR ou 100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
• Honoraires :			
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % BR ou 100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % BR ou 100 % BR	120 % BR ou 100 % BR	200 % BR
• Participation du patient (Forfait actes lourds) <sup>(5)</sup>	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait journalier hospitalier <sup>(6)</sup>	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait patient urgences <sup>(7)</sup>	-	100 % FR	100 % FR
• Chambre particulière y compris en ambulatoire <sup>(8)</sup> (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)	-	100 % FR	100 % FR
• Frais d'accompagnant pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)	-	40 €/ jour	40 €/ jour
<b>MATERNITE</b>			
* plafond de 1000 € / maternité pour les dépassements d'honoraires des médecins adhérents ou non au DPTM et la chambre particulière (hors TM)			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires :			
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR	200 % BR
• Chambre particulière (par jour/bénéficiaire) *	-	100 % FR	100 % FR
• Prime de naissance <sup>(9)</sup> : Maternité ou adoption	-	250 €/ enfant pour les 2 premiers (350 € à partir du 3 <sup>ème</sup> )	250 €/ enfant pour les 2 premiers (350 € à partir du 3 <sup>ème</sup> )
<b>PSYCHIATRIE</b>			
• Frais de séjour	80 % BR ou 100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
• Honoraires :			
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % BR ou 100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % BR ou 100 % BR	120 % BR ou 100 % BR	200 % BR
• Forfait journalier hospitalier <sup>(6)</sup>	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait patient urgences <sup>(7)</sup>	-	100 % FR	100 % FR
• Chambre particulière	-	1000 €/an/ bénéficiaire	1000 €/an/ bénéficiaire

OPTIQUE			
Équipement : 2 verres + monture		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans <sup>(10)</sup>	
• Equipements 100 % santé (Classe A) <sup>(11)</sup>			
- Monture	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Verre	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- 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 €
- Verre unifocal simple <sup>(12)</sup>	60 % BR	160 €/ verre - RO	160 €/ verre
- Verre unifocal complexe <sup>(12)</sup>	60 % BR	220 €/ verre - RO	220 €/ verre
- Verre multifocal ou progressif complexe <sup>(12)</sup>	60 % BR	300 €/ verre - RO	300 €/ verre
- Verre multifocal ou progressif très complexe <sup>(12)</sup>	60 % BR	350 €/ verre - RO	350 €/ verre
• Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B <sup>(11)</sup>	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Supplément pour verre avec filtre <sup>(11)</sup>	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• 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 € /an/œil/bénéficiaire	500 € /an/œil/bénéficiaire
DENTAIRE			
• Actes, consultations, soins et prothèses 100 % Santé <sup>(11)</sup>	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Actes, consultations et soins (hors 100% Santé)	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
• Inlay Onlay (hors 100% Santé)	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
• Prothèses (hors 100% Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés	60 % BR	420 % BR	480 % BR
- prothèses à honoraires libres	60 % BR	420 % 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	60 % ou 100 % BR	310 % BR ou 300 % BR	370 % BR ou 400 % BR
• Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	400 €/an bénéficiaire	400 €/an/bénéficiaire
• Implantologie (hors couronne implanto-portée), Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	300 €/an/bénéficiaire	300 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES <sup>(13)</sup>			
• Equipements 100 % Santé (Classe I) <sup>(11)</sup>	60 % BR	Frais réels - RO	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	1700 € / oreille
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	1700 € - RO / oreille	1700 € / oreille
• Aides auditives non remboursées par le régime de base	-	385 €/an/bénéficiaire	385 €/an/bénéficiaire
• Piles et accessoires	60 % BR	40 % BR	100 % BR
CURES THERMALES			
• Frais remboursés par le régime de base : surveillance médicale <sup>(3)</sup>	70 % BR	30 % BR	100 % BR
• Frais de soins et de séjour	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR + 195 €/an/bénéficiaire	100 % BR + 195 €/an/bénéficiaire
DIVERS			
• Transports urgents préhospitaliers (T.U.P.H) remboursés par le régime de base	100 % BR	-	100 % BR
• Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	55 % BR	145 % BR	200 % BR
• Assistance	-	Mutuaide	Mutuaide
• Réseau de soins	-	Carte Blanche réseau optique	Carte Blanche réseau optique

Nature des frais	Remboursement du régime de base Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
<b>SOINS COURANTS</b>			
• Honoraires médicaux (y compris téléconsultation) :			
- Dépassement d'honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Dépassement d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	90 % BR	110 % BR	200 % BR
• Honoraires paramédicaux y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti - grippale par les sages femmes par les sages femmes et infirmiers <sup>(2)</sup>	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 <sup>(1)</sup>	90 % BR à 100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	90 % BR à 100 % BR	110 % BR à 100 % BR	200 % BR
• Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie <sup>(3)</sup>	90 % BR	10 % BR	100 % BR
Actes de prévention <sup>(4)</sup>	de 35 % à 90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
• Honoraires de médecines douces reconnus par le ministère de la Santé : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étioopathie, micro-kinésithérapie, sophrologie, diététiciens, nutritionnistes, pédicures - podologues, ergothérapeutes, psychomotricien	-	35€/séance limité à 2 séances/an/bénéficiaire	35€/séance limité à 2 séances/an/bénéficiaire
• Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	90 % BR	10 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	80 % BR	20 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	85 % BR	100 % BR
- Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti-grippale	de 65 % à 100 % BR	de 35 % à 0 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base (médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiniques)	-	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
• Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	90 % BR	100 % FR - 90 % BR	100 % FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	90 % BR ou 100 % BR	210 % BR ou 200 % BR	300 % BR
<b>HOSPITALISATION (hors maternité et psychiatrie)</b>			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires :			
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR	200 % BR
• Participation du patient (Forfait actes lourds) <sup>(5)</sup>	100 % BR	-	100 % FR
• Forfait journalier hospitalier <sup>(6)</sup>	100 % BR	-	100 % FR
• Forfait patient urgences <sup>(7)</sup>	100 % BR	-	100 % FR
• Chambre particulière y compris en ambulatoire <sup>(8)</sup> (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)	-	100 % FR	100 % FR
• Frais d'accompagnant pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)	-	40 €/ jour	40 €/ jour
<b>MATERNITE</b>			
*plafond de 1000 € / maternité pour les dépassements d'honoraires des médecins adhérents ou non au DPTM et la chambre particulière (hors TM)			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires :			
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR	200 % BR
• Chambre particulière (par jour/bénéficiaire) *	-	100 % FR	100 % FR
• Prime de naissance <sup>(9)</sup> : Maternité ou adoption	-	250 €/ enfant pour les 2 premiers (350 € à partir du 3 <sup>ème</sup> )	250 €/ enfant pour les 2 premiers (350 € à partir du 3 <sup>ème</sup> )
<b>PSYCHIATRIE</b>			
• Frais de séjour	100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
• Honoraires :			
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR	200 % BR
• Forfait journalier hospitalier <sup>(6)</sup>	100 % FR	-	100 % FR
• Forfait patient urgences <sup>(7)</sup>	100 % FR	-	100 % FR
• Chambre particulière	-	1000 €/an/bénéficiaire	1000 €/an/bénéficiaire

OPTIQUE			
Equipement : 2 verres + monture		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans <sup>(10)</sup>	
• Equipements 100 % santé (Classe A) <sup>(11)</sup>			
- Monture	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Verre	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 €
- Verre unifocal simple <sup>(12)</sup>	90 % BR	160 €/ verre - RO	160 €/ verre
- Verre unifocal complexe <sup>(12)</sup>	90 % BR	220 €/ verre - RO	220 €/ verre
- Verre multifocal ou progressif complexe <sup>(12)</sup>	90 % BR	300 €/ verre - RO	300 €/ verre
- Verre multifocal ou progressif très complexe <sup>(12)</sup>	90 % BR	350 €/ verre - RO	350 €/ verre
• Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B <sup>(11)</sup>	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Supplément pour verre avec filtre <sup>(11)</sup>	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
•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 €/an/œil/bénéficiaire	500 €/an/œil/bénéficiaire
DENTAIRE			
• Actes, consultations, soins et prothèses 100 % Santé <sup>(11)</sup>	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
•Actes, consultations et soins (hors 100% Santé)	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
•Inlay Onlay (hors 100% Santé)	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
•Prothèses (hors 100% Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés	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 % 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 implanto-portée), Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	300 €/an/bénéficiaire	300 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES <sup>(13)</sup>			
• Equipements 100 % Santé (Classe I) <sup>(11)</sup>	90 % BR	Frais réels - RO	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	1700 € / oreille
•Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	90 % BR	1700 € - RO / oreille	1700 € / oreille
•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 <sup>(3)</sup>	90 % BR	10 % BR	100 % BR
•Frais de soins et de séjour	65 % ou 90 % BR	35 % ou 10 % BR + 195 €/an/bénéficiaire	100 % BR + 195 €/an/bénéficiaire
DIVERS			
•Transports urgents préhospitalier (T.U.P.H) remboursés par le régime de base	100 % BR	-	100 % BR
•Transports sanitaires non urgents 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



(4) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Majorée (DPTM) prévu à l'article L871-1 du Code de Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité.

(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) : dépistage annuel effectué en 2 séances de maximum, ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellément des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations diphtérie, tétanos, poliomélie, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(5) **Frais actes burds** : il s'agit d'un ticket modérateur budgétaire 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).

(6) **Frais pumaier hospitalier** : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(7) **Frais 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 L160-13 du code de la sécurité sociale.

(8) Pour les établissements non conventionnés : 90 % FR limités à 60 jours/an/bénéficiaire.

(9) Prime de naissance maternité ou adoption : versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.

(10) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement d'une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement d'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 optiques médicaux et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(11) Tel 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 limités de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limités de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

#### (2) 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 neutre

#### 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

(13) Prise en charge d'une aide auditive paroreille tous les 4 ans suivant la date de facturation 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 correspondante au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

## Article 7 | Entrée en vigueur

Les dispositions du présent avenant entreront en vigueur le lendemain de la date de parution de son arrêté d'extension.

## Article 8 | Dépôt et extension

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

Fait à Paris, le 5 juin 2024.

(Suivent les signatures.)