

# MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DE L'AGRO-ALIMENTAIRE ET DE LA SOUVERAINETÉ ALIMENTAIRE

Convention collective nationale

IDCC : 7517 | **INGÉNIEURS ET CADRES D'EXPLOITATIONS AGRICOLES**  
**(2 avril 1952)**

(Étendue par arrêté du 13 octobre 1953,

*Journal officiel* du 28 octobre 1953)

## **Avenant n° 53 du 31 octobre 2024**

relatif à la prévoyance

NOR : AGRS2697001M

IDCC : 7517

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

**Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA) ;**

**Fédération nationale du bois (FNB) ;**

**Fédération nationale entrepreneurs des territoires (FNEDT),**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

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

**Fédération générale des travailleurs de l'alimentation, des tabacs et des services annexes FGTA FO ;**

**Fédération générale agroalimentaire FGA CFDT,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### **Préambule**

La convention collective nationale de prévoyance des ingénieurs et cadres d'exploitations agricoles du 2 avril 1952 (dénommée « CCN 52 » dans le présent avenant) a institué un régime de protection sociale complémentaire obligatoire mettant en œuvre des garanties de prévoyance, santé et retraite supplémentaire.

Un certain nombre d'évolutions législatives et réglementaires issues notamment de la loi Pacte, des textes relatifs aux catégories objectives et aux remboursements des frais de santé ont rendu nécessaire la mise en conformité en conséquence dudit régime.

En outre, il est précisé qu'en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent avenant ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, les entreprises des branches sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de 50 salariés. Aussi, les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les entreprises des branches, 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.

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles signataires conviennent de modifier les dispositions de la CCN 52 décrites ci-après.

## **Titre I<sup>er</sup> Dispositions générales**

### **Article 1<sup>er</sup> | Champ d'application**

Le deuxième alinéa de l'article 1<sup>er</sup> « Champ d'application » du titre I<sup>er</sup> « Dispositions générales » de la présente convention est modifié comme suit :

- « Sont ainsi visées toutes les entreprises et exploitations agricoles de quelque nature qu'elles soient, dont l'activité est définie par le code rural et de la pêche maritime aux articles suivants :
- article L. 722-1, 1°, 2° (à l'exception des entreprises des parcs et jardins dont l'activité est définie au 2° de l'article L. 722-2 du même code), 3° et 4° ;
- article L. 722-20, 2°, 3° et 7. »

Les autres dispositions du présent article demeurent inchangées.

### **Article 3 | Salariés bénéficiaires**

Les dispositions de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » du titre I<sup>er</sup> « Dispositions générales » de la présente convention sont remplacées par les dispositions suivantes :

- « Le régime de protection sociale complémentaire institué par la présente convention s'applique obligatoirement, sans condition d'ancienneté, aux techniciens agents de maîtrise et cadres qui :
- d'une part, exercent leurs emplois sur le territoire français (métropole, départements, régions et territoires d'outre-mer) pour le compte d'une entreprise répondant à la définition de l'article 1<sup>er</sup> ;
- et d'autre part, relèvent des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017.

La présente convention s'applique également à titre obligatoire aux techniciens agents de maîtrise et cadres qui sont détachés hors du territoire français par une entreprise visée à l'article 1<sup>er</sup> et conservent le bénéfice du régime de retraite complémentaire Agirc-Arrco.

Dans le cas où les intéressés seraient soumis sur le territoire où ils exercent leur activité, à un régime de retraite et de prévoyance présentant un caractère obligatoire, la commission nationale paritaire, à la demande de l'entreprise intéressée et après examen de la situation de fait, pourra prévoir des dérogations à l'application de l'alinéa précédent.

En outre, également par voie d'avenant, la commission nationale paritaire fixe les conditions dans lesquelles la présente convention peut s'appliquer à des cadres occupés hors du territoire français et qui ne sont pas concernés par les dispositions visées par les deux alinéas précédents. »

### **Article 4 | Cotisations**

Les dispositions de l'article 4 « Cotisations » du titre I<sup>er</sup> « Dispositions générales » sont rédigées comme suit :

#### **« 4.1. Assiette**

Les cotisations appelées en pourcentage de salaire sont calculées, pour l'ensemble des salariés visés à l'article 3 de la présente convention, 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 et le cas échéant, sur les revenus de remplacement versés par l'entreprise, notamment en cas d'activité partielle, d'activité partielle de longue durée, de congé de reclassement ou de congé de mobilité.

## **4.2. Répartition des cotisations**

### **Garanties de prévoyance**

Les prestations de prévoyance définies au titre III " Garanties de prévoyance" de la présente convention sont financées par une cotisation globale répartie comme suit :

- sur la tranche de rémunération inférieure ou égale au plafond des assurances sociales agricoles : 83,78 % à la charge de l'employeur et 16,22 % à la charge du salarié ;
- sur les tranches de rémunération comprises entre le plafond des assurances sociales agricoles et une limite supérieure ou égale à 8 fois ce plafond : 62,64 % à la charge de l'employeur et 37,36 % à la charge du salarié.

Concernant le risque incapacité temporaire, la garantie correspondant à l'obligation de mensualisation de l'employeur est à la charge exclusive de celui-ci.

La garantie correspondant au relais mensualisation est quant à elle à la charge exclusive du salarié.

### **Garantie de retraite complémentaire**

Les prestations, les cotisations correspondantes et les modalités de versement sont celles applicables au régime de retraite complémentaire Agirc-Arrco, telles que définies par ledit régime.

À la date du 1<sup>er</sup> janvier 2024, un taux (hors taux d'appel) de :

- 8 % (tranche 1) répartie à hauteur de 62 % à la charge de l'employeur et 38 % à la charge du salarié (soit 4,96 % à la charge de l'employeur et 3,04 % à la charge du salarié) ;
- 17 % (tranche 2) répartie à hauteur de 62,07 % à la charge de l'employeur et 37,93 % à la charge du salarié (soit 10,55 % à la charge de l'employeur et 6,45 % à la charge du salarié).

Les cotisations sont versées au régime de retraite complémentaire Agirc-Arrco auquel doivent adhérer les entreprises ou exploitations agricoles entrant dans le champ d'application de la présente convention.

### **Retraite supplémentaire**

Les prestations de retraite supplémentaire définies au titre V "Retraite supplémentaire" de la présente convention sont financées par une cotisation globale répartie comme suit :

- sur la tranche de rémunération inférieure ou égale au plafond des assurances sociales agricoles : 57,20 % à la charge de l'employeur et 42,80 % à la charge du salarié ;
- sur les tranches de rémunération comprises entre le plafond des assurances sociales agricoles et une limite supérieure ou égale à 8 fois ce plafond : 40 % à la charge de l'employeur et 60 % à la charge du salarié.

### **Garantie complémentaire frais de santé**

La garantie complémentaire santé prévue au titre IV " Garantie frais de santé " de la présente convention est financée par une cotisation santé mensuelle.

La structure tarifaire de la cotisation est de deux types possibles, au choix de l'entreprise :

- soit “uniforme” : une cotisation obligatoire couvrant le salarié et l'ensemble de ses ayants droit ;
- soit “isolé/famille” obligatoire : selon la situation familiale réelle du salarié, composée d'une cotisation obligatoire “isolé” couvrant le salarié seul ou une cotisation “famille” couvrant à titre obligatoire le salarié et l'ensemble de ses ayants droit.

L'entreprise a la possibilité de modifier annuellement le choix de la structure tarifaire.

La cotisation est répartie à raison de 50 % minimum à la charge de l'employeur et de 50 % maximum à la charge du salarié.

### **Dispenses d'affiliation à la garantie complémentaire santé**

Sans préjudice des cas de dispense d'ordre public prévus par les textes législatifs et réglementaires en vigueur, pourront demander à être dispensés d'affiliation à la garantie santé les salariés se trouvant dans l'une des situations énumérées ci-après.

Les autres dispositions de ce paragraphe demeurent inchangées.

#### **1. Salariés en CDD ou à temps partiel et apprentis**

Les dispositions du présent paragraphe demeurent inchangées.

#### **2. Bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) ou d'une assurance individuelle frais de santé**

Quelle que soit leur date d'embauche, peuvent demander à être exclus de la garantie frais de santé et donc à ne bénéficier que partiellement du régime national de prévoyance :

- les salariés bénéficiaires de la C2S : dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle santé au moment de leur embauche : dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel.

#### **3. Salariés déjà couverts par ailleurs**

Les dispositions du présent paragraphe demeurent inchangées.

#### *Cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise*

Les dispositions du présent paragraphe demeurent inchangées.

#### *Cas particulier des employeurs multiples relevant du champ d'application de la convention*

Le cas particulier d'un salarié ayant plusieurs employeurs relevant du champ d'application est régi comme suit :

- en ce qui concerne les garanties décès, incapacité temporaire et permanente de travail, le salarié et tous les employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur ;
- en ce qui concerne l'assurance complémentaire frais de santé, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur. Les organisations syndicales signataires décident que cet employeur est celui chez lequel le salarié a acquis le plus d'ancienneté, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié.

### **4.3. Versement des cotisations**

Les cotisations définies au paragraphe 4.2 ci-avant sont versées à l'organisme assureur pour mettre en œuvre les garanties du présent régime.

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

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

L'article 5 « Action sociale » est supprimé.

L'article 6 « Commissions paritaires » du titre I<sup>er</sup> « Dispositions générales » est ainsi renuméroté en article 5.

#### « Article 5.1. | *Commission nationale paritaire* »

Les dispositions de l'article 5 sont modifiées comme suit :

##### « Article 5.1. | *Commission nationale paritaire*

La commission nationale paritaire est composée de 4 représentants par organisation syndicale représentative au plan national pour le champ de la présente convention. Le nombre des représentants des fédérations d'employeurs est égal à celui des représentants des organisations syndicales, lequel sera réparti entre les différentes fédérations patronales représentatives.

Le président de la commission nationale paritaire est désigné parmi les représentants des fédérations d'employeurs.

Le secrétariat de la commission est assuré par l'organisme assureur.

La commission nationale paritaire fixe, en concertation avec le conseil d'administration de l'organisme assureur, les paramètres nécessaires à la mise en œuvre du régime et prend toutes mesures nécessaires au maintien de l'équilibre dudit régime afin d'en assurer la pérennité.

Elle négocie les éventuelles révisions et adaptations de la présente convention et, en tant que de besoin, fait évoluer le régime.

Elle examine toutes les difficultés d'interprétation ou d'application de la présente convention et prend toutes les mesures nécessaires en la matière.

Elle négocie et conclut la convention de gestion avec l'organisme assureur pour gérer le régime.

##### 5.2. Commission paritaire de suivi

Une commission de suivi comprenant par moitié des représentants des deux parties signataires, est instituée.

Le collège représentant les fédérations signataires d'employeurs désigne au maximum 10 membres salariés et 10 membres suppléants et le collège représentant les organisations syndicales signataires des salariés désigne au maximum 10 membres salariés et 10 membres suppléants, soit deux sièges de titulaires et deux sièges de suppléants par organisation syndicale de salariés signataires.

La présidence de la commission paritaire de suivi est alternativement tenue par un représentant du collège des salariés et un représentant du collège des employeurs, par période de deux ans.

Le président est nommé par le collège auquel il appartient.

Le secrétariat de la commission est assuré par l'organisme assureur.

Cette commission paritaire de suivi se réunit sur convocation du président, à la demande de l'une des organisations signataires et au moins une fois par an. La convocation comporte l'ordre du jour de la réunion.

La commission paritaire de suivi a en charge le suivi de la mise en œuvre du régime de protection sociale complémentaire institué par la présente convention.

Les frais de la commission paritaire de suivi sont prélevés sur le compte technique. »

L'article 7 « Gestion du régime » est supprimé.

L'article 8 « Clause de réexamen » est supprimé.

## **Titre II Dispositions communes aux garanties**

L'article 9 « Étendue des garanties » du titre II « Dispositions communes aux garanties » est ainsi renuméroté en article 6.

### **« Article 6 | Étendue des garanties**

#### **6.1. Prise d'effet des garanties**

Les dispositions du présent paragraphe demeurent inchangées.

#### **6.2. Cessation des garanties**

Les dispositions du présent paragraphe demeurent inchangées.

#### **6.3. Suspension du contrat de travail pour maladie »**

Le paragraphe 6.3 « Suspension du contrat de travail pour maladie » est renommé « Suspension du contrat de travail indemnisée ».

Ses dispositions sont rédigées comme suit :

« Les garanties de prévoyance et de santé prévues aux titres III et IV de la convention sont maintenues au salarié pendant la période de suspension du contrat de travail, dans les cas suivants :

- le salarié est indemnisé au titre de l'incapacité temporaire et permanente de travail pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base des assurances sociales.

Dans cette situation, l'employeur et le salarié sont exonérés du versement des cotisations prévoyance et santé pour tout mois civil complet d'absence durant toute la période donnant lieu au service par l'organisme assureur de prestations d'incapacité temporaire ou permanente.

Si l'absence est inférieure à un mois, la cotisation prévoyance est calculée sur le salaire et/ou complément de salaire versé par l'employeur et la cotisation forfaitaire santé est due intégralement.

- le salarié bénéficie d'un revenu de remplacement versé par son employeur notamment, en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée ou en cas de congé de reclassement ou de congé de mobilité.

Dans cette situation, le versement des cotisations prévoyance et santé doit être effectué par l'employeur et le salarié pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée, dans les conditions définies à l'article 4.2 ci-avant. »

#### **6.4. Autres cas de suspension**

Les dispositions du présent paragraphe demeurent inchangées.

#### **6.5. Portabilité des garanties prévues aux titres III et IV**

Les dispositions du présent paragraphe demeurent inchangées. »

L'article 10 « Ayants droit » du titre II « Dispositions communes aux garanties » est renuméroté en article 7.

### **« Article 7 | Ayants droit »**

Les dispositions concernant la définition des enfants est charge sont modifiées comme suit :

### « Article 7 | *Ayants droit*

Par enfants à charge, il faut entendre :

- les enfants du salarié nés ou à naître, dont la filiation est légalement établie, y compris adoptive ;
- les enfants qu'il a recueillis et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;
- les enfants du conjoint, du cocontractant d'un Pacs ou du concubin du salarié, dont la filiation est légalement établie, sous réserve d'être à la charge effective du salarié, c'est-à-dire si celui-ci subvient à leurs besoins et assure leur éducation et pour les garanties de prévoyance, à condition également qu'ils ne donnent pas lieu au versement d'une pension alimentaire par leur autre parent.

Dès lors que ces enfants remplissent l'une des conditions suivantes :

- être âgés de moins de 20 ans et s'ils travaillent, que leur rémunération n'excède pas 55 % du Smic ;
- être âgés de moins de 28 ans, sous réserve qu'ils poursuivent leurs études ou qu'ils soient apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits à France Travail et non indemnisés ;
- quel que soit leur âge, lorsqu'ils sont atteints d'un handicap tel qu'ils ne peuvent exercer aucune activité professionnelle rémunérée, à condition qu'ils soient titulaires d'une carte d'invalidité et que leur état d'invalidité ait été constaté avant leur 21<sup>e</sup> anniversaire. »

Les autres dispositions du présent article demeurent inchangées.

L'article 11 « Exclusions » du titre II « Dispositions communes aux garanties » est renuméroté en article 8.

Les dispositions de l'article 8 sont les suivantes :

### « Article 8 | *Exclusions*

Les garanties de prévoyance du titre III ne sont pas accordées dans les cas suivants :

- en cas de guerre ;
- en cas de participation du salarié ou du bénéficiaire à un crime, délit intentionnel ou rixe, sauf légitime défense ;
- en cas de participation à une émeute ou à un acte de terrorisme ;
- en cas de maladies ou d'accidents qui sont le fait volontaire du salarié, autre que le suicide ;
- en cas d'usage de stupéfiants ou de tranquillisants en quantité non prescrite médicalement ;
- en cas de pratique de tout sport à titre professionnel.

Ne sont pas pris en charge par la garantie frais de santé du titre IV :

- les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la date d'entrée en vigueur des garanties ou après la cessation des garanties ;
- les frais résultants d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf cas prévus aux tableaux des garanties figurant en annexe ;
- les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale ;
- le forfait journalier hospitalier des établissements médico-sociaux. »



### Titre III Garanties de prévoyance

L'article 12 « Capital décès » du titre III « Garanties de prévoyance » est renuméroté en article 9.

#### « Article 9 | *Capital décès*

##### 9.1. Montant du capital décès de base et bénéficiaires

Les dispositions du présent paragraphe demeurent inchangées.

##### 9.2. Majorations familiales

Les dispositions du présent paragraphe demeurent inchangées.

##### 9.3. Double effet

Les dispositions du présent paragraphe demeurent inchangées.

##### 9.4. Salaire de référence

Les dispositions du présent paragraphe sont modifiées comme suit :

Le salaire annuel brut retenu pour calculer le montant du capital décès est égal à la somme des rémunérations et le cas échéant, des revenus de remplacement versés 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, au titre des 4 derniers trimestres civils ayant précédé le décès ou l'arrêt de travail pour maladie ou accident.

##### 9.5. Invalidité absolue et définitive

Les dispositions du présent paragraphe demeurent inchangées. »

L'article 13 « Indemnité frais d'obsèques » du titre III « Garanties de prévoyance » est renuméroté en article 10.

#### « Article 10 | *Indemnité frais d'obsèques* »

Au sein de cet article, le renvoi à la définition des enfants à charge anciennement prévu à l'article 10 est remplacé par un renvoi à l'article 7.

L'article 14 « Rente éducation » du titre III « Garanties de prévoyance » est renuméroté en article 11.

Les dispositions de l'article 11 sont les suivantes :

#### « Article 11 | *Rente éducation*

En cas de décès d'un salarié en activité ou dans l'une des situations de maintien de garanties prévue aux articles 6.2 et 6.3, il est versé à chaque enfant à charge, tel que défini à l'article 7 de la présente convention, une rente d'éducation égale à 3,32 % du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur.

La revalorisation de la rente éducation est examinée à la fin de chaque année civile par le conseil d'administration de l'organisme assureur lequel fixe pour l'exercice suivant, le coefficient servant à la revalorisation des prestations en cours de service ».

L'article 15 « Incapacité temporaire de travail » du titre III « Garanties de prévoyance » est renuméroté en article 12.

#### « Article 12 | *Incapacité temporaire de travail* »

##### 12.1. Montant

Les dispositions du présent paragraphe demeurent inchangées.



## 12.2. Service des indemnités journalières

Les dispositions concernant le service des indemnités journalières sont modifiées comme suit :

« L'indemnité journalière qui est servie en complément des indemnités journalières du régime de base est versée à compter du 4<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail pour cause de maladie ou accident de la vie privée et à compter du 1<sup>er</sup> jour en cas d'accident du travail ou de trajet, de maladie professionnelle ou de maternité.

Le service de l'indemnité journalière est maintenu tant que l'indemnité journalière du régime de base est servie au salarié.

À la fin de chaque année civile, le conseil d'administration de l'organisme assureur fixe pour l'exercice suivant, le coefficient servant à la revalorisation des indemnités journalières.

Son montant fait l'objet d'une approbation préalable obligatoire de la commission nationale paritaire. »

## 12.3. Salaire de référence

Les dispositions concernant le salaire de référence sont rédigées comme suit :

« Le salaire journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalière complémentaire est déterminé selon les mêmes modalités que celles utilisées pour le calcul des indemnités journalières du régime de base, à partir du salaire brut habituel perçu au cours des 3 mois précédant l'arrêt de travail, augmenté des rémunérations autres que le salaire mensuel ayant donné lieu à cotisations et retenues au *pro rata temporis* et le cas échéant, des revenus de remplacement versés par l'entreprise notamment, en cas d'activité partielle, d'activité partielle de longue durée, de congé de reclassement ou de congé de mobilité ».

L'article 16 « Incapacité permanente » du titre III « Garanties de prévoyance » est renuméroté en article 13.

« Article 13 | *Incapacité permanente de travail* »

### 13.1. Montant

Les dispositions du présent paragraphe demeurent inchangées.

### 13.2. Salaire de référence

Les dispositions concernant le salaire de référence sont rédigées comme suit :

« Le salaire annuel brut retenu pour calculer le montant de la pension complémentaire est égal à la somme des rémunérations et le cas échéant, des revenus de remplacement versés 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 cotisation, au titre des 4 derniers trimestres civils ayant précédé l'arrêt de travail pour maladie ou accident.

Ce salaire est revalorisé en fonction du pourcentage d'augmentation du coefficient servant à la revalorisation des prestations entre l'exercice pris en compte pour le calcul du salaire de référence et la date d'effet de la pension. »

## Titre IV Garantie frais de santé

L'article 17 « Frais de santé » du titre IV « Garantie frais de santé » est renuméroté en article 14.

## Titre V Retraite supplémentaire

L'ensemble des dispositions du titre V « Retraite supplémentaire » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« En contrepartie des cotisations de retraite supplémentaire déterminées à l'article 4.2, les salariés visés à l'article 3 bénéficient d'un plan d'épargne retraite géré par capitalisation, en points.

Ce plan a pour objet l'acquisition et la jouissance de droits viagers personnels ou le versement d'un capital payable à compter de la date de liquidation de la pension au titre du régime obligatoire d'assurance vieillesse.

### Article 15 | *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) : les éventuels versements volontaires effectués et les dates de ces opérations ;
- Compartiment 2 (C2) : les éventuels versements issus de l'intéressement ou de la participation (hors abondement de l'employeur) ainsi que ceux résultant de la valorisation des droits inscrits au compte épargne temps (CET) et des jours de repos non pris, en l'absence de CET et les dates de ces opérations ;
- 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 3 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 3 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 ;
- Compartiment 3 (C3) : les cotisations obligatoires prévues à l'article 4.2.

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 le compartiment 3 font l'objet d'une transformation en points retraite, dans les conditions prévues à l'article 16, 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, dans les conditions prévues à l'article 16, 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.

Cette inscription sur ce compte s'effectue, sous forme de lignes distinctes, avec la mention du nombre de points acquis, ventilés par année et par compartiment.

## Article 16 | Attribution des points de retraite supplémentaire

Pour l'attribution des points de retraite, les différents types de versements (C1, C2, C3) afférents à un exercice sont, pour chaque salarié, divisés par la valeur du salaire de référence fixée pour le même exercice.

■ Pour les cotisations obligatoires (C3), le nombre de points acquis au titre d'un exercice s'exprime par la formule :  $P = C/S$ .

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 frais de gestion.

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

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.

■ Pour les versements volontaires/valorisations de jours CET ou de jours de repos non pris/participation/intéressement (C1 et C2), le nombre de points acquis au titre d'un exercice s'exprime par la formule :  $P = (V/S) \times \text{coeff d'âge}$ .

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 : représente 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.

Les exercices courent du 1<sup>er</sup> 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 17 | Information des salariés bénéficiaires

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

De manière générale, l'organisme assureur communique au salarié l'ensemble des informations légales et réglementaires qui lui incombe au titre du plan d'épargne retraite.

## Article 18 | Liquidation des droits

### 18.1. 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 titulaire cesse ou a cessé toute activité salariée et sous réserve d'avoir demandé la liquidation de sa retraite complémentaire obligatoire.

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

## 18.2. Modalités de liquidation

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

- soit de rente viagère pour l'ensemble des droits correspondants inscrits au compte individuel (tous compartiments confondus) ;
- soit de capital, libéré en une fois ou de manière fractionnée pour les droits inscrits aux compartiments 1 et/ou 2.

## 18.3. Liquidation sous forme de rente

Le montant annuel de la rente est calculé au moment de la liquidation sur la base du nombre de points inscrits au compte du salarié multiplié par la valeur du point de retraite pour l'année correspondante. Il est également fonction de son âge, apprécié au regard de l'âge pivot et de l'option de rente retenue.

En cas de liquidation anticipée ou différée par rapport à l'âge pivot, il est fait application d'un coefficient prenant en compte notamment l'âge de liquidation et les tables de mortalité en vigueur à cette date. L'application de ce coefficient a pour effet de minorer ou de majorer le montant de la rente annuelle que le retraité aurait normalement perçu s'il avait liquidé ses droits à l'âge pivot.

Choix de la rente

À 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 réversataire(s) ;
- 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.

Le choix du salarié impacte le montant de la rente qui lui sera versée. Ce choix est irréversible et s'applique à l'ensemble des droits liquidés sous forme de rente, quel que soit le compartiment dont ils sont issus.

Modalités de calcul

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

■ Rente non réversible :

$$R = P \times V \times \text{coeff} \times \text{coeffNonRév}(\text{âge}).$$

■ Rente réversible à hauteur de 60 % :

$$R = P \times V \times \text{coeff} \times \text{coeffRév}(\text{âge}, \text{écart d'âge}).$$

■ Rentes avec 10 annuités garanties :

$$R = P \times V \times \text{coeff} \times \text{coeffRVAG}(\text{âge}).$$

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

CoeffNonRév(âge) : représente le 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.

CoeffRév(âge, écart d'âge) : représente le 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 réversataire survivant (conjoint, concubin, Pacs et ex-conjoint).

CoeffRVAG(âge) : représente le 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.

#### 18.4. Liquidation sous forme de 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.

La valeur du capital est égale à la somme des cotisations nettes de prélèvements sur versement, revalorisées de façon actuarielle à un indice annuel fonction du taux de rendement comptable des actifs de placements admis en représentation des engagements.

L'indice de revalorisation annuel est positif ou nul, avant imputation des prélèvements de gestion.

Ce mode de calcul ne peut s'appliquer que lorsque le rapport entre d'une part, la somme de la provision technique spéciale et des plus ou moins-values latentes des actifs en représentation de la provision technique spéciale, et la provision mathématique théorique d'autre part, est supérieur ou égal à 1,1.

Dans le cas où le précédent rapport est inférieur à 1,1, la valeur du capital est alors égale au produit suivant :

$$\text{PMT individuelle} \times (\text{PTS/PMT du dernier inventaire})$$

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 (PMT individuelle) du salarié.

La valeur du capital ainsi calculée ne peut excéder la valeur qui découlerait de l'application du mode de calcul prévu lorsque le coefficient est supérieur à 1,1.

Retraite de faible montant

Dans le cas où le nombre de points de retraite attribués au salarié conduit, au moment de la liquidation, au versement d'une rente mensuelle dont le montant est inférieur ou égal au seuil déterminé à l'article A. 160-2 du code des assurances, avec son accord, il est procédé à la liquidation des droits sous forme d'un versement unique en capital.

Ledit seuil 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 :

$$C = V \times P \times \text{coeff} \times \text{coeffmultiplicateur}$$

C : représente le montant du capital.

V : représente la valeur du point retraite.

P : représente le nombre de points acquis par le titulaire.

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

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

Dans l'hypothèse où postérieurement à la liquidation des droits, le montant de la rente en cours de service deviendrait inférieur ou égal au seuil déterminé à l'article A. 160-2 du code des assurances, il pourra être procédé, sur demande de l'intéressé, à la liquidation des droits sous forme d'un versement unique en capital.

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

## **Article 19 | *Rachat exceptionnel en capital***

Conformément à l'article L. 224-4 du code monétaire et financier, le salarié a la possibilité de procéder au rachat de ses droits constitués, dans les cas définis par la réglementation.

## **Article 20 | *Décès du salarié***

### **20.1. 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 :

$$C = P \times S$$

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.

### **20.2. 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 bénéfice 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, excepté en cas de rente de faible montant.

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.

### **20.3. 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.

### **20.4. 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 d'épargne retraite 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.

### **20.5. 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.

### **20.6. 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 21 | *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 régime, son compte individuel cesse d'être alimenté.

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

## Article 22 | *Transférabilité*

### 22.1. Transfert entrant

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.

### 22.2. Transfert sortant

Les droits individuels en cours de constitution au titre du présent plan d'épargne retraite sont transférables vers un autre plan, dès lors que le salarié n'est plus tenu d'y adhérer. »

L'annexe I « Taux et répartitions des cotisations » en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2021 » et l'annexe II « Tableau des garanties santé » en vigueur au 1<sup>er</sup> juin 2021 sont supprimées et remplacées par une annexe unique rédigée comme suit :

### « Annexe Tableau des garanties frais de santé

Les prestations de la présente convention respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats "solidaires et responsables".

Aussi, elle 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.

Elle 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'optique et du plafond pour les aides auditives.

Les remboursements garantis s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues aux présents tableaux de garanties.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale et/ou en euros.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus aux présents tableaux de garanties.

# Tableau des garanties santé CCN 52

## Régime hors Alsace-Moselle

### REGIME HORS ALSACE-MOSELLE

Nature des frais	Remboursement du régime de base Hors Alsace Moselle (RO)	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus
<b>SOINS COURANTS</b>			
● <b>Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation) :</b>			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	330 % BR	400 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	70 % BR	130 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM <sup>(3)</sup>	70 % BR	330 % BR	400 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM <sup>(4)</sup>	70 % BR	130 % BR	200 % BR
● <b>Honoraires paramédicaux</b> 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 et infirmiers	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● <b>Consultation psychologue (dispositif MonPsy)</b> dans la limite de 8 séances/an	60 % BR	40 % BR	100 % BR
● <b>Analyses et examens de laboratoire</b> <sup>(5)</sup>	de 60 % à 100 % BR	de 40 % BR à 0 % BR	100 % BR
● <b>Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie</b> <sup>(6)</sup>	70 % BR	30 % BR	100 % BR
<b>Actes de prévention</b> <sup>(7)</sup>	de 35 % à 70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● <b>Honoraires de médecines douces</b> : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique, ergothérapie, psychomotricité, psychothérapie, étioopathie, homéopathie.	-	50€/séance, limité à 4 séances/an/bénéficiaire	50€/séance, limité à 4 séances/an/bénéficiaire
● <b>Médicaments</b>			
- 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 % BR à 100 % BR	de 35 % BR à 0 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base, y compris contraceptifs et sevrages tabagiques (hors et sur prescription médicale)	-	50€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire
- Vaccins prescrits, non remboursé par le régime de base	-	50€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire
● <b>Matériel médical</b>			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires), piles et accessoires pour les aides auditives	60 % BR ou 100 % BR	240 % BR ou 200 % BR	300 % BR
<b>HOSPITALISATION</b>			
● <b>Frais de séjour</b>	80 % BR ou 100 % BR	120 % BR ou 100 % BR	200 % BR
● <b>Honoraires :</b>			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(8)</sup>	80 % BR ou 100 % BR	320 % BR ou 300 % BR	400 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(9)</sup>	80 % BR ou 100 % BR	120 % BR ou 100 % BR	200 % BR
● <b>Forfait actes lourds</b> <sup>(10)</sup>	-	100 % FR	100 % FR
● <b>Forfait journalier hospitalier</b> <sup>(11)</sup>	-	100 % FR	100 % FR
● <b>Forfait patient urgences</b> <sup>(12)</sup>	-	100 % FR	100 % FR
● <b>Chambre particulière y compris en ambulatoire :</b>			
- Hospitalisation conventionnée (hors maternité et psychiatrie)	-	100 % FR/jour, limité à 180 jours/an/bénéficiaire	100 % FR/jour, limité à 180 jours/an/bénéficiaire
- Hospitalisation non conventionnée (hors maternité et psychiatrie)	-	90 % FR/jour, limité à 180 jours/an/bénéficiaire	90 % FR/jour, limité à 180 jours/an/bénéficiaire
- Psychiatrie	-	60€/jour, limité à 60 jours /an/bénéficiaire	60€/jour, limité à 60 jours /an/bénéficiaire
● <b>Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans</b>	-	40€/jour, limité à 60 jours /an/bénéficiaire	40€/jour, limité à 60 jours /an/bénéficiaire
<b>MATERNITE</b>			
● <b>Maternité (dans la limite des frais réellement engagés)</b>			
	-	1/3 du PMSS	1/3 du PMSS
● <b>Prime de maternité ou d'adoption</b>	-	210€ pour les 2 premiers enfants et 310€ à partir du 3 <sup>ème</sup>	210€ pour les 2 premiers enfants et 310€ à partir du 3 <sup>ème</sup>

**REGIME HORS ALSACE-MOSELLE (Suite)**
**OPTIQUE**

Equipement : 2 verres + monture		l'équipement par bénéficiaire et pour 2 ans <sup>(1)</sup> Maximum : 100€ pour la monture de classe B et 30€ pour la monture de classe A	
---------------------------------	--	--	--

• Equipements 100% Santé (Classe A) <sup>(1)</sup>			
- Monture + 2 Verres	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associées aux équipements 100% Santé	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels

• Autres équipements			
- Monture Classe B + 2 verres Classe A <sup>(1)</sup>	60 % BR	Monture : 100€ - RO Verres : Frais réels - RO	Monture : 100€ Verres : Frais réels
- Monture + 2 verres simples Classe B <sup>(1)</sup>	60 % BR	420€ - RO	420€
- Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou 1 verre très complexe classe B <sup>(1)</sup>	60 % BR	560€ - RO	560€
- Monture + 2 verres complexes ou 2 verres très complexes ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe Classe B <sup>(1)</sup>	60 % BR	700€ - RO	700€
• Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B <sup>(1)</sup>	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
• Supplément pour verre avec filtre <sup>(1)</sup>	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
• Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR + 470€/an/bénéficiaire	100 % BR + 470€/an/bénéficiaire
• Lentilles non remboursées par le régime de base	-	470€/an/bénéficiaire	470€/an/bénéficiaire
• Chirurgie réfractive conienne de la il para il	-	1000€/an/bénéficiaire	1000€/an/bénéficiaire

**DENTAIRE**

• Soins, actes, consultations et prothèses (100% Santé)	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
• Soins, actes, consultations (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	-	Credit de 215€/an/bénéficiaire	Credit de 215€/an/bénéficiaire
• Orthodontie remboursée par le régime de base	60 % ou 100 % BR	340 % BR ou 300 % BR	400 % BR
• Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	Credit de 400€/an/bénéficiaire	Credit de 400€/an/bénéficiaire
• Implantologie (hors couronne implant-portée)	-	Credit de 1000€/an/bénéficiaire	Credit de 1000€/an/bénéficiaire
• Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	Credit de 200€/an/bénéficiaire	Credit de 200€/an/bénéficiaire

**AIDES AUDITIVES <sup>(1)</sup>**

• Equipements 100% Santé Classe II <sup>(1)</sup>	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
• 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 / Outils	1700€ / Outils
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	1700€ - RO / Outils	1700€ / Outils
• Prothèses auditives non remboursées par le régime de base	-	Credit de 385€/an/bénéficiaire	Credit de 385€/an/bénéficiaire

**CURES THERMALES**

• Honoraires de surveillance médicale	70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
• Honoraires médicaux <sup>(2)</sup>	70 % BR	30 % BR	100 % BR
• Frais de soins et de séjour	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR + Credit de 195€/an/bénéficiaire	100 % BR + Credit de 195€/an/bénéficiaire

**DIVERS**

• Transports urgents préhospitaliers (F.U.P.H.) remboursés par le régime de base	100 % BR	100 % BR	200 % BR
• Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	55 % BR	145 % BR	200 % BR
• Assistance	-	INCLUS	INCLUS
• Réseau de soins	-	INCLUS	INCLUS

BR : Base de remboursement FR : Frais réels RO : Régime Obligatoire PMSS : Plan Mensuel de la Sécurité Sociale

# Tableau des garanties santé CCN 52

## Régime Alsace-Moselle

### REGIME ALSACE-MOSELLE

Nature des frais	Remboursement du régime de base Alsace Moselle (RO)	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus
<b>S O N S C O U R A N T S</b>			
● <b>Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation) :</b>			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	90 % BR	310 % BR	400 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	90 % BR	110 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	90 % BR	310 % BR	400 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	90 % BR	110 % BR	200 % BR
● <b>Honoraires paramédicaux</b> 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 et infirmières	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
● <b>Consultation psychologue (dispositif MonPsy)</b> dans la limite de 8 séances/an	90 % BR	10 % BR	100 % BR
<b>Analyses, et examens de laboratoire</b> <sup>(2)</sup>	90 % ou 100 % BR	10 % BR ou 0 % BR	100 % BR
● <b>Radiologie, électrocardiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie</b> <sup>(3)</sup>	90 % BR	10 % BR	100 % BR
<b>Actes de prévention</b> <sup>(3)</sup>			
● <b>Honoraires de médecins doux</b> : ostéopathe, chiropracte, acupuncteur, diététicien, ergothérapeute, psychologue, psychomotricien, psychothérapeute, étioptathe, homéopathe.	-	50€/séance, limite à 4 séances/an/bénéficiaire	50€/séance, limite à 4 séances/an/bénéficiaire
● <b>Médicaments</b>			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraires de dispensation du pharmacien)	90 % BR	10 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraires de dispensation du pharmacien)	80 % BR	20 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraires 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	90 % BR ou 100 % BR	10 % BR ou 0 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base, y compris contraceptifs et sevrages tabagiques (hors et sur prescription médicale)	-	50€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire
- Vaccins prescrits, non remboursés par le régime de base	-	50€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire
● <b>Matériel médical</b>			
- Fournitures médicales, pansements	90 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Gros et petits appareils, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires), piles et accessoires pour les aides auditives	90 % BR ou 100 % BR	210 % BR ou 200 % BR	300 % BR
<b>H O S P I T A L I S A T I O N</b>			
● <b>Frais de séjour</b>	100 % BR	100 % BR	200 % BR
● <b>Honoraires :</b>			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(4)</sup>	100 % BR	300 % BR	400 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(4)</sup>	100 % BR	100 % BR	200 % BR
● <b>Forfait actes lourds</b> <sup>(5)</sup>	100 % FR	-	100 % FR
● <b>Forfait jour hospitalier</b> <sup>(5)</sup>	100 % FR	-	100 % FR
● <b>Forfait patient urgences</b> <sup>(6)</sup>	100 % FR	-	100 % FR
● <b>Chambre particulière y compris en ambulatoire</b> par jour/bénéficiaire dans la limite de 90 jours/an <sup>(7)</sup>			
- Hospitalisation conventionnée (hors maternité et psychiatrie)	-	100 % FR/jour, limite à 180 jours/an/bénéficiaire	100 % FR/jour, limite à 180 jours/an/bénéficiaire
- Hospitalisation non conventionnée (hors maternité et psychiatrie)	-	90 % FR/jour, limite à 180 jours/an/bénéficiaire	90 % FR/jour, limite à 180 jours/an/bénéficiaire
- Psychiatrie	-	60€/jour, limite à 60 jours/an/bénéficiaire	60€/jour, limite à 60 jours/an/bénéficiaire
● <b>Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans</b>	-	40€/jour, limite à 60 jours/an/bénéficiaire	40€/jour, limite à 60 jours/an/bénéficiaire
<b>M A T E R N I T E</b>			
● <b>Maternité (dans la limite des frais réellement engagés)</b>	-	1/3 du FMSS 210€ pour les 2 premiers enfants et 310€ à partir du 3 <sup>ème</sup>	1/3 du FMSS 210€ pour les 2 premiers enfants et 310€ à partir du 3 <sup>ème</sup>
● <b>Prime de maternité ou d'adoption</b>	-		

**REGIME ALSACE-MOSELLE (Suite)**

<b>OPTIQUE</b>			
<b>Equipement : 2 verres + monture</b>		l'équipement par bénéficiaire et pour 2 ans <sup>(1)</sup> Maximum : 100€ pour la monture de classe B et 30€ pour la monture de classe A	
<b>• Equipements 100% Santé (Classe A) <sup>(2)</sup></b>			
- Monture + 2 Verres	90 % BR	100 % FR - RO	<b>Frais réels</b>
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	90 % BR	100 % FR - RO	<b>Frais réels</b>
<b>• Autres équipements</b>			
- Monture Classe B + 2 verres Classe A <sup>(3)</sup>	90 % BR	Monture : 100€ - RO Verres : Frais réels - RO	<b>Monture : 100€ Verres : Frais réels</b>
- Monture + 2 verres simples Classe B <sup>(3)</sup>	90 % BR	420€ - RO	<b>420€</b>
- Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou 1 verre très complexe Classe B <sup>(3)</sup>	90 % BR	560€ - RO	<b>560€</b>
- Monture + 2 verres complexes ou 2 verres très complexes ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe Classe B <sup>(3)</sup>	90 % BR	700€ - RO	<b>700€</b>
<b>• Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B <sup>(3)</sup></b>	90 % BR	100 % FR - RO	<b>100 % FR</b>
<b>• Supplément pour verre avec filtre <sup>(3)</sup></b>	90 % BR	100 % FR - RO	<b>100 % FR</b>
<b>• Lentilles remboursées par le régime de base</b>	90 % BR	10 % BR + 470€/an/bénéficiaire	<b>100 % BR + 470€/an/bénéficiaire</b>
<b>• Lentilles non remboursées par le régime de base</b>	-	470€/an/bénéficiaire	<b>470€/an/bénéficiaire</b>
<b>• Chirurgie réfractive conienne de la il para il</b>	-	1000€/an/bénéficiaire	<b>1000€/an/bénéficiaire</b>
<b>DENTAIRE</b>			
<b>• Soins, actes, consultations et prothèses (100% Santé)</b>	90 % BR	100 % FR - RO	<b>Frais réels</b>
<b>• Soins, actes, consultations (hors 100% Santé)</b>	90 % BR	100 % FR - RO	<b>Frais réels</b>
<b>• Inlay Onlay (hors 100% Santé)</b>	90 % BR	100 % FR - RO	<b>Frais réels</b>
<b>• Prothèses (hors 100% Santé) :</b>			
- prothèses à honoraires maîtrisés	90 % BR	390 % BR	<b>480 % BR</b>
- prothèses à honoraires libres	90 % BR	390 % BR	<b>480 % BR</b>
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	-	Credit de 215€/an/bénéficiaire	<b>Credit de 215€/an/bénéficiaire</b>
<b>• Orthodontie remboursée par le régime de base</b>	90 % ou 100 % BR	310 % BR ou 300 % BR	<b>400 % BR</b>
<b>• Orthodontie non remboursée par le régime de base</b>	-	Credit de 400€/an/bénéficiaire	<b>Credit de 400€/an/bénéficiaire</b>
<b>• Implantologie (hors couronne implant-portée)</b>	-	Credit de 1000€/an/bénéficiaire	<b>Credit de 1000€/an/bénéficiaire</b>
<b>• Parodontologie non remboursée par le régime de base</b>	-	Credit de 200€/an/bénéficiaire	<b>Credit de 200€/an/bénéficiaire</b>
<b>AIDES AUDITIVES <sup>(4)</sup></b>			
<b>• Equipements 100% Santé Classe A <sup>(5)</sup></b>	90 % BR	Frais réels - RO	<b>Frais réels</b>
<b>• 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</b>	90 % BR	1700€ - RO / O mille	<b>1700€ / O mille</b>
<b>• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans</b>	90 % BR	1700€ - RO / O mille	<b>1700€ / O mille</b>
<b>• Prothèses auditives non remboursées par le régime de base</b>	-	Credit de 385€/an/bénéficiaire	<b>Credit de 385€/an/bénéficiaire</b>
<b>CURES THERMALES</b>			
<b>• Honoraires de surveillance médicale</b>	90 % BR	100 % FR - RO	<b>100 % FR</b>
<b>• Honoraires médicaux <sup>(6)</sup></b>	90 % BR	10 % BR	<b>100 % BR</b>
<b>• Frais de soins et de séjour</b>	65 % ou 90 % BR	35 % ou 10 % BR + Credit de 195€/an/bénéficiaire	<b>100 % BR + Credit de 195€/an/bénéficiaire</b>
<b>DIVERS</b>			
<b>• Transports urgents pré-hospitaliers (TUPH) remboursés par le régime de base</b>	100 % BR	100 % BR	<b>200 % BR</b>
<b>• Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base</b>	100 % BR	100 % BR	<b>200 % BR</b>
<b>• Assistance</b>	-	NCIUS	<b>NCIUS</b>
<b>• Réseau de soins</b>	-	NCIUS	<b>NCIUS</b>

BR : Base de remboursement FR : Frais réels RO : Régime Obligatoire PMSS : Préféré Mensuel de la Sécurité Sociale

(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). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité.

Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes, sauf si le tableau des garanties prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste soins courants "honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes".

(3) 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 (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(4) 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).

(5) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(6) 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.

(7) 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 facturation 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.

(8) 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.

(9)

verres simples Classe B :

- verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre  $\leq$  +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre)  $\leq$  6 dioptries
- verres neutres

verres complexes Classe B

- verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre  $>$  +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère  $<$  -6 dioptries et cylindre  $\geq$  0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre)  $>$  6 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre  $\leq$  +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre)  $\leq$  8 dioptries

#### verres très complexes Classe B

- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère < -8 dioptries et cylindre  $\geq 0,25$  dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S > 8 dioptries

(10) Prise en charge d'une aide auditive par oreille 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 correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base et régime complémentaire) est inchangé.**

<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/ticket-moderateur>

<https://unocam.fr/complementaire-sante/>



Les prestations d'assistance sont assurées 7 jours sur 7 – 24 heures sur 24 - depuis la France et l'étranger	
<b>Informations et services santé</b>	
• Informations pratiques et juridiques	Inclus
• Informations par téléphone pour les adresses des professionnels de santé proches du domicile	Inclus
• Recherche d'un professionnel de santé	Inclus
• Mise en relation avec un médecin	inclus
• Soutien psychologique en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile	6 entretiens par événement
<b>Assistance de l'enfant malade</b> (durée minimale de l'immobilisation 3 jours)	
• Garde d'enfant malade ou venue d'un proche	Frais de garde: 30 heures ou frais de transport 2 fois par an par enfant
<b>Assistance en cas d'hospitalisation</b> (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours)	
• Accompagnement administratif et social	Inclus
• Enfants mineurs de moins de 16 ans : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
• Ascendants : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
<b>Assistance au retour d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation au domicile</b> (durée minimale de l'hospitalisation 4j jours ou de l'immobilisation 10 jours)	
• Organisation et prise en charge de la venue d'un proche	Frais de transport 2 fois par an
• Aide-ménagère	10heures réparties sur 30 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de repas*	1 livraison par jour pendant 15 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de médicaments*	6 livraisons par an
<b>Assistance en cas de déplacement en France ou à l'étranger</b>	
• Avance de frais médicaux (à l'étranger)	7 500 € par événement
• Rapatriement médical (à plus de 100 km du domicile)	Frais de rapatriement par événement

## Article 2 | Entrée en vigueur

Le présent avenant prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel* et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2025.

## Article 3 | Dépôt et extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

*Fait à Paris, le 31 octobre 2024.*

(Suivent les signatures.)