

Brochure n° 3617

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 7018. – ENTREPRISES DU PAYSAGE**

**AVENANT N° 5 DU 16 NOVEMBRE 2011**  
**MODIFIANT LA CONVENTION**

NOR : *AGRS1297022M*

IDCC : 7018

Entre :

L'UNEP,

D'une part, et

Le SNCEA CFE-CGC ;

La CFTC-Agri ;

La FGTA FO ;

La FGA CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Article 1<sup>er</sup>**

Les dispositions de l'article 18 « Complémentaire frais de santé », c « Prestations », sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Les pourcentages sont exprimés sur la base des montants pris en référence pour le calcul des remboursements du régime obligatoire.

	REMBOURSEMENTS régime obligatoire	REMBOURSEMENTS régime complémentaire	REMBOURSEMENTS totaux
Hospitalisation			
Frais de soins et de séjour	80 % BR	20 % BR	100 % BR
Forfait hospitalier	0 %	100 % du forfait dès le premier jour	100 % du forfait dès le premier jour
Dépassement d'honoraires hors maternité et psychiatrie	0 %	Remboursement supplémentaire de 220 % BR	Remboursement supplémentaire de 220 % BR
Chambre particulière	0 %	25 € par jour	25 € par jour
Frais accompagnant	0 %	25 € par jour	25 € par jour

	REMBOURSEMENTS régime obligatoire	REMBOURSEMENTS régime complémentaire	REMBOURSEMENTS totaux
Maternité	100 % BR	Remboursement complémentaire des frais de soins et de séjour à concurrence du tiers du PMSS	100 % BR + remboursement complémentaire des frais de soins et de séjour à concurrence du tiers du PMSS
Allocation de naissance (1)			191,63 € par enfant (287,52 € à partir du 3 <sup>e</sup> )
Psychiatrie	80 % BR	20 % BR + un forfait par an et par bénéficiaire à concurrence du tiers du PMSS	100 % BR + un forfait par an et par bénéficiaire à concurrence du tiers du PMSS
Frais médicaux (2)			
Consultation d'un médecin, radiographie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux, analyses	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Fournitures médicales, petit appareillage et pansements	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Dépassement d'honoraires	0 %	220 % BR 5 fois par an	220 % BR 5 fois par an
Pharmacie remboursable (2)	15 % à 65 % BR	35 % à 85 % BR	100 % BR
Optique			
Soins et honoraires	70 % BR	390 % BR	460 % BR
Verres ou lentilles acceptées :			
– adulte	65 % BR	Plafond par verre de 80 € à 128 € selon type	65 % BR + plafond par verre
– enfant	65 % BR	Plafond par verre de 80 € à 88 € selon type	65 % BR + plafond par verre
Monture :			
– adulte	65 % BR	3,50 % PMSS	65 % BR + 3,50 % PMSS
– enfant	65 % BR	390 % BR	455 % BR
Lentilles (y compris jetables) Prise en charge refusée	0 %	Plafond de 175 € par an et par bénéficiaire	Plafond de 175 € par an et par bénéficiaire
Dentaire (2)			
Soins et honoraires :			
– conventionné	70 % BR	100 % BR	170 % BR
– non conventionné	70 % BR	100 % BR	170 % BR
Prothèses dentaires :			
– remboursables par régime obligatoire	70 % BR	200 % BR	270 % BR

	REMBOURSEMENTS régime obligatoire	REMBOURSEMENTS régime complémentaire	REMBOURSEMENTS totaux
– non remboursables par régime obligatoire	0 %	Forfait de 215 € par an	Forfait de 215 € par an
– Inlay core (SPR 57/67)	70 % BR	et par bénéficiaire 180 % BR	et par bénéficiaire 250 % BR
Orthodontie :			
– prise en charge acceptée	100 % BR	230 % BR	330 % BR
– prise en charge refusée	0 %	Forfait de 200 € par an et par bénéficiaire	Forfait de 200 € par an et par bénéficiaire
Autres			
Prothèse auditive acceptée	65 % BR	390 % BR	455 % BR
Forfait actes lourds	0 %	100 % BR	100 % BR
BR : base de remboursement du régime de base. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. (1) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès de la MSA sur justificatif. (2) Y compris actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de pré- vention.			

La liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale comprend les prestations de prévention suivantes :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14<sup>e</sup> anniversaire.
2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
5. Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
  - a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
  - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
  - c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
  - d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
  - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
  - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
  - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
  - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
  - d) BCG : avant 6 ans ;

e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;

f) *Haemophilus influenzae* B ;

g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Ces remboursements s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats dits "responsables", institué par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures.

Les remboursements de la garantie santé sont exprimés en pourcentage des tarifs de la base de remboursement sur lesquels se fonde le régime obligatoire pour le calcul de ses propres remboursements.

En cas de changement des taux de prise en charge du régime de base, ces remboursements peuvent être modifiés.

En l'absence de prise en charge du régime de base, ces mêmes remboursements peuvent aussi être exprimés dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire.

En tout état de cause, l'addition de remboursements du régime de base et du régime complémentaire ne peut dépasser le montant des frais réellement engagés par le participant. »

## **Article 2**

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Le texte prendra effet le premier jour du trimestre qui suit sa date d'extension.

Fait à Paris, le 16 novembre 2011.

(Suivent les signatures.)