

Brochure n° 3617

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

**ACCORD DU 15 JUIN 2012**  
**RELATIF AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE, FRAIS DE SANTÉ ET RETRAITE**  
**POUR LES SALARIÉS RELEVANT DE L'AGIRC**

NOR : AGRS1297161M  
IDCC : 7018

**PRÉAMBULE**

Dans l'objectif de préserver l'existence d'un régime de prévoyance institué par la convention collective nationale du 2 avril 1952 à destination des ingénieurs et cadres des entreprises agricoles, dénoncée le 25 novembre 2011 par l'UNEP, les organisations syndicales de salariés et l'UNEP décident par le présent accord de définir les modalités de garanties du régime de prévoyance, frais de santé et de retraite supplémentaire pour les salariés relevant de l'AGIRC selon la convention collective nationale des entreprises du paysage du 10 octobre 2008.

**TITRE I<sup>ER</sup>**

**DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

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

*Champ d'application professionnel et territorial*

Le champ d'application du présent accord est le même que celui de la convention collective nationale des entreprises du paysage du 10 octobre 2008.

Toutes les entreprises relevant de ce champ d'application sont obligatoirement tenues d'appliquer les dispositions du présent accord pour l'ensemble des salariés concernés ci-dessous auprès de l'organisme assureur désigné par les organisations syndicales de salariés et l'UNEP pour gérer et assurer le présent régime.

**Article 2**

*Salariés bénéficiaires*

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 et assimilés : 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 4 et 4 *bis* de la convention collective nationale AGIRC du 14 mars 1947 ainsi que de l'article 36 de son annexe I.

Les garanties définies dans le présent accord constitueront 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**

#### *Gestion du régime*

#### **Article 3.1**

##### *Désignation de l'organisme assureur*

Afin de permettre aux entreprises de bénéficier de tarifications avantageuses et pérennes, il a été décidé de procéder à la désignation d'un organisme assureur conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Ainsi les signataires du présent accord ont choisi de désigner la CPCEA, institution de prévoyance, sise 21, rue de la bienfaisance, 75008 Paris, et régie par les dispositions du II de l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime.

L'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord doivent donc obligatoirement adhérer auprès de la CPCEA pour la mise en œuvre des garanties prévues.

Chaque année, au plus tard au 31 août, l'organisme assureur désigné présentera à la commission paritaire de suivi les comptes détaillés de l'exercice clos le 31 décembre précédent, établis en conformité avec les dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Il est précisé que la rente de conjoint définie à l'article 10 du présent accord est garantie par l'OCIRP, organisme commun des institutions de rente et de prévoyance, union d'institutions de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale, sise 10, rue Cambacérès, 75008 Paris.

#### **Article 3.2**

##### *Clause de réexamen*

Les parties signataires devront, dans un délai qui ne pourra pas excéder 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord, réexaminer le choix de l'organisme assureur désigné.

Le réexamen du présent accord, qui se fera au moins 18 mois avant la fin de chaque période quinquennale, portera notamment par risque sur les cotisations perçues, les prestations versées et les provisions constituées par le secteur du paysage dont les activités relèvent du champ d'application de la convention collective nationale du 10 octobre 2008.

En cas de non-reconduction de la désignation, les prestations en cours de service à la date de résiliation continueront à être servies à un niveau égal à celui de la dernière prestation versée.

De plus, conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux organiseront avec le nouvel organisme assureur la poursuite des revalorisations des rentes en cours de service et du traitement de référence servant au calcul du capital décès.

#### **Article 3.3**

##### *Convention de gestion*

Les modalités de mise en œuvre des garanties prévues par le présent accord font l'objet d'une convention de gestion signée entre l'organisme assureur désigné et les organisations syndicales de salariés et l'UNEP.

### **TITRE II**

### **DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES**

#### **Article 4**

##### *Etendue des garanties*

#### **Article 4.1**

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

L'ensemble des garanties du présent régime prend effet immédiatement, sans délai de carence ou d'ancienneté pour tous les salariés bénéficiaires.

## **Article 4.2**

### *Dispositions générales*

Le droit à garanties est ouvert pour tout événement survenant pendant la durée du contrat de travail.

En cas de suspension du contrat de travail du salarié, des dispositions spécifiques sont prévues.

Ainsi, le bénéfice des garanties de prévoyance et de santé prévues au titre III et titre IV du présent accord est maintenu sans contrepartie de cotisations, pendant la période de suspension du contrat de travail, aux salariés en arrêt de travail pour maladie, maternité, accident du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle, pris en charge par les assurances sociales agricoles.

Le salarié et son employeur sont exonérés de toute cotisation de santé et de prévoyance dès le mois civil suivant celui au cours duquel s'est produit l'arrêt de travail et pour tout mois civil entier d'arrêt.

Les salariés concernés par un cas de suspension de contrat de travail prévu par le code du travail ou par convention collective (congé sans solde, congé parental, congé pour création d'entreprise...) peuvent demander le maintien de la garantie frais de santé visée au titre IV, moyennant le versement complet des parts patronales et salariales de la cotisation correspondante. Les cotisations sont appelées directement par l'organisme assureur par prélèvement sur le compte bancaire du salarié.

## **Article 4.3**

### *Cessation des garanties*

Les garanties du présent régime cessent à la rupture du contrat de travail, à l'exception du maintien :

- des prestations d'incapacité temporaire ou d'incapacité permanente en cours de service ;
- de la garantie décès (capital décès, rente éducation et rente de conjoint) aux bénéficiaires de prestations d'incapacité temporaire ou d'incapacité permanente durant toute la période de versement de celles-ci ;
- des garanties frais de santé, capital décès et rente éducation au profit des salariés inscrits et indemnisés par Pôle emploi (y compris durant la période de carence), sous réserve d'en faire la demande à l'organisme assureur et de produire le justificatif d'inscription auprès de Pôle emploi, jusqu'à la fin des 3 mois civils suivant la date de rupture du contrat de travail.

Les salariés licenciés pour motif économique bénéficient quant à eux de ce maintien jusqu'à la fin des 6 mois civils suivant la date de rupture du contrat de travail, sous réserve d'en faire la demande à l'organisme assureur, de produire le justificatif d'inscription auprès de Pôle emploi ainsi que la copie de la lettre de licenciement à l'organisme assureur avant la fin du mois civil suivant ladite date de rupture.

## **Article 5**

### *Ayants droit*

### **Article 5.1**

#### *Définition du « conjoint » du salarié*

Conjoint : par conjoint, il faut entendre la personne mariée avec le (la) salarié(e) et non séparée de droit.

Cocontractant d'un Pacs : par cocontractant d'un Pacs, il faut entendre la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité (Pacs) avec le (la) salarié(e).

Concubin : par concubin, il faut entendre la personne vivant en concubinage selon les dispositions de l'article 515-8 du code civil, avec le (la) salarié(e) depuis au moins 2 ans, sous réserve que le (la) salarié(e) soit libre 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 ou adopté.

## **Article 5.2**

### *Définition des enfants à charge du salarié*

Pour les garanties de prévoyance et frais de santé, à l'exception de la garantie rente de conjoint prévue à l'article 11, les enfants à charge sont définis comme suit :

- les enfants du salarié (légitimes, adoptés ou reconnus, nés ou à naître) ;
- les enfants qu'il a recueillis et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du salarié aura été reconnue par le régime de base de la sécurité sociale.

Et 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 Pôle emploi et non indemnisés ;
- quel que soit leur âge, lorsqu'ils sont invalides au sens de la législation sociale, si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21<sup>e</sup> anniversaire.

Pour la garantie rente de conjoint définie à l'article 11 du présent accord, les enfants à charge sont définis de la manière suivante :

- les enfants légitimes naturels, adoptifs et reconnus, nés ou à naître ;
- les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un Pacs, du salarié décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire ;

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

- être âgé de moins de 18 ans ;
- être âgé de moins de 26 ans s'il poursuit des études dans un établissement secondaire, supérieur ou professionnel, s'il est en apprentissage, s'il poursuit une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes, s'il est inscrit auprès de Pôle emploi préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré ou s'il est employé dans un centre d'aide par le travail ou dans un atelier protégé en tant que travailleur handicapé ;
- sans limitation de durée, en cas d'invalidité équivalant à la 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie constatée avant le 26<sup>e</sup> anniversaire ou tant qu'il bénéficie de l'AAH et qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civile sous réserve d'être âgé de moins de 26 ans à la date du décès.

## **Article 6**

### *Cas d'exclusion*

### **Article 6.1**

#### *Garanties de prévoyance*

Les garanties de prévoyance du titre III, à l'exception de la rente de conjoint prévue à l'article 11, 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.

Pour la garantie rente de conjoint définie à l'article 11 du présent accord, les cas d'exclusion sont les suivants :

- le bénéficiaire a commis ou fait commettre un meurtre sur la personne du salarié et a été condamné pour ces faits par décision de justice devenue définitive ;
- la France est impliquée dans une guerre étrangère, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à venir ;
- en cas de guerre civile ou étrangère dès lors que le salarié y prend une part active ;
- pour les sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes.

## **Article 6.2**

### *Frais de santé*

La garantie frais de santé du titre IV n'est pas accordée dans les cas suivants :

- les frais de santé ont été engagés au titre d'actes exécutés avant la date d'entrée en vigueur de l'accord ou après la cessation de la garantie ;
- les frais de santé résultent d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf exceptions prévues aux tableaux de garanties figurant en annexe.

## **Article 7**

### *Définition du salaire de référence*

### **Article 7.1**

#### *Salaire de référence*

#### **Article 7.1.1**

##### *Salaire de référence pour les garanties capital décès, rente de conjoint et incapacité permanente*

Le salaire de référence pris en compte pour le calcul des garanties de prévoyance (hors incapacité temporaire) est égal au total des rémunérations brutes perçues par le salarié ayant donné lieu à cotisations au cours des 4 derniers trimestres civils précédant l'événement.

Lorsque le salarié a moins de 4 trimestres civils d'activité dans l'entreprise, ses rémunérations sont reconstituées sur 4 trimestres civils comme si l'intéressé avait effectivement exercé son activité. Toutefois, lorsque l'activité du salarié est inférieure à 3 mois, ses rémunérations sont reconstituées dans la limite de 3 mois au maximum.

#### **Article 7.1.2**

##### *Salaire de référence pour la garantie incapacité temporaire*

Concernant la garantie incapacité temporaire, le salaire de référence correspond à la 90<sup>e</sup> partie du salaire brut habituel ayant donné lieu à cotisations perçu au cours des 3 mois précédant l'arrêt de travail. Il est augmenté des rémunérations autres que le salaire mensuel (ex. : treizième mois ou éléments de rémunération versés à périodicité différente du salaire) ayant donné lieu à cotisations et retenues *pro rata temporis*.

## **TITRE III**

### **GARANTIES DE PRÉVOYANCE**

Les garanties conventionnelles de prévoyance mises en place sont les suivantes :

- capital décès ;
- rente éducation ;

- indemnité frais d’obsèques ;
- rente de conjoint ;
- incapacité temporaire et incapacité permanente de travail.

## **Article 8**

### *Capital décès*

#### **Article 8.1**

##### *Montant du capital décès*

En cas de décès du salarié, il est versé au(x) bénéficiaire(s) un capital (principal) égal à 110 % du salaire annuel de référence tel que visé à l’article 7.1.1, pris en compte dans la limite de 4 fois le plafond annuel des assurances sociales agricoles.

Ce capital est majoré de 50 % du salaire annuel de référence, apprécié sans limitation de plafond, par enfant à charge au jour du décès, tel que défini à l’article 5.2.

Le capital décès, y compris les éventuelles majorations pour enfant à charge, est majoré de 50 % si le décès est survenu dans les 6 mois suite à un accident corporel (accident de la vie privée ou accident de travail) dûment constaté sans que le salarié ait, depuis la date de l’accident, repris une activité professionnelle.

#### **Article 8.2**

##### *Bénéficiaires du capital décès*

Le capital décès (hors majorations pour enfants à charge) est dévolu dans l’ordre suivant :

- au conjoint ou assimilé tel que visé à l’article 5.1 ;
- à défaut, aux enfants du salarié, nés ou à naître, légitimes reconnus ou adoptés, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux ascendants directs survivants par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux petits-enfants vivants par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux autres héritiers par parts égales entre eux.

Le salarié a la possibilité, à tout moment, de déroger à la présente dévolution en remplissant un formulaire de désignation spécifique de bénéficiaire(s), personne(s) physique(s), qu’il retournera à l’organisme assureur du régime.

Les majorations pour enfants à charge sont versées aux enfants les ayant générées ou à leur représentant légal.

#### **Article 8.3**

##### *Invalidité absolue et définitive*

En cas d’invalidité absolue et définitive du salarié (invalidité de 3<sup>e</sup> catégorie reconnue par la MSA), l’intéressé ou son représentant légal peut demander, après constatation médicale fournie auprès de la CPCEA, le versement par anticipation du capital décès (y compris majoration pour décès accidentel), hors majoration pour enfants à charge.

Aussi, la survenance ultérieure du décès de la personne en invalidité absolue et définitive ne donnera pas lieu au versement d’un nouveau capital. Toutefois, les majorations pour enfants à charge seront, le cas échéant, versées aux enfants à charge du salarié au jour de son décès.

## **Article 9**

### *Rente éducation*

En cas de décès du salarié en activité, ou dans l'une des situations de maintien de garanties visées à l'article 4.2, une rente d'éducation sera versée au bénéfice de ses enfants à charge tels que visés à l'article 5.2 du présent accord.

Cette rente éducation est fixée sur un montant annuel calculé forfaitairement sur 5 000 points.

A titre indicatif, il est précisé que la valeur du point rente éducation au 1<sup>er</sup> janvier 2012 est de 0,2832 €.

La valeur du point est fixée annuellement par le conseil d'administration de l'organisme assureur. Son montant fait l'objet d'une approbation préalable par les organisations syndicales de salariés et l'UNEP.

## **Article 10**

### *Indemnité frais d'obsèques*

En cas de décès de son conjoint ou d'un enfant à charge tels que définis à l'article 5, il est versé une indemnité au salarié ou à la personne qui a personnellement supporté les frais d'obsèques.

Cette indemnité est égale au montant des frais réellement engagés, limité à 100 % du plafond des assurances sociales agricoles en vigueur au jour du décès.

## **Article 11**

### *Rente et capital de substitution*

#### **Article 11.1**

##### *Rente de conjoint viagère*

Au décès du salarié, il est versé au conjoint ou assimilé, tel que défini à l'article 5.1, une rente de conjoint viagère.

Cette rente correspond à 10 % du salaire annuel de référence défini à l'article 7.1.1.

Cette rente est majorée de 10 % de son montant par enfant à charge tel que défini à l'article 5.2.

#### **Article 11.2**

##### *Rente de conjoint temporaire*

Si le conjoint ou assimilé tel que défini à l'article 5.1 ne peut, au décès du salarié, bénéficier immédiatement et à taux plein de la pension de réversion des régimes de retraite complémentaire (ARRCO - AGIRC), il lui est versé une rente de conjoint temporaire.

Elle correspond à 5 % du salaire annuel de référence défini à l'article 7.1.1.

Elle est versée au bénéficiaire jusqu'à l'âge normal prévu pour le paiement de la pension de réversion à taux plein du régime ARRCO pour les droits correspondant au salaire de référence limité au plafond des assurances sociales et du régime AGIRC pour les droits correspondant au salaire de référence excédant ce plafond.

La rente de conjoint est majorée de 10 % de son montant par enfant à charge tel que défini à l'article 5.2.

#### **Article 11.3**

##### *Rente d'orphelin*

En cas de décès du salarié, une rente d'orphelin est attribuée aux enfants orphelins de père et de mère.



Elle est égale à 10 % du salaire annuel de référence défini à l'article 7.1.1.

Elle est versée tant que l'orphelin répond à la définition d'enfant à charge tel que visé à l'article 5.2 du présent accord et, en tout état de cause, sans conditions, jusqu'à l'âge de 21 ans.

#### **Article 11.4**

##### *Capital décès de substitution*

En cas de décès du salarié n'ouvrant pas droit aux prestations de rente de conjoint, un capital est versé aux personnes désignées par celui-ci.

Ce capital décès est égal à 50 % du salaire de référence tel que visé à l'article 7.1.1 du présent accord.

Dans le cas où plusieurs personnes sont désignées, le capital décès de substitution est attribué par parts égales entre eux. A défaut de désignation, le capital est dévolu dans l'ordre suivant par parts égales entre eux :

- aux enfants du salarié ;
- à défaut dans l'ordre, aux parents, frères et sœurs ;
- à défaut aux héritiers.

#### **Article 12**

##### *Incapacité temporaire de travail*

En cas d'arrêt de travail pour maladie, maternité, maladie professionnelle, accident de la vie privée, de trajet ou de travail, le versement d'indemnités journalières est attribué en complément de celles servies par les assurances sociales agricoles.

Les indemnités journalières complémentaires sont versées dans tous les cas par l'organisme assureur, y compris lorsqu'elles sont servies en application de l'article L. 1226-1 du code du travail :

- dès le 21<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail en cas de maladie ou d'accident de la vie privée (en cas d'arrêts successifs lorsque le premier arrêt est supérieur à 20 jours, il n'y a pas de décompte d'une nouvelle période de franchise si le nouvel arrêt se produit dans les 180 jours) ;
- dès le 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail en cas d'accident du travail, de trajet, de maladie professionnelle ou de maternité.

Le montant des indemnités journalières complémentaires correspond à :

- 25 % du salaire brut dans la limite du plafond des assurances sociales agricoles (TA) ;
- 70 % du salaire brut dépassant le plafond des assurances sociales agricoles (TB et TC).

Le montant de l'indemnisation est porté à 90 % du salaire brut au profit des salariés pour lesquels l'employeur a l'obligation de compléter la rémunération en vertu de l'article L. 1226-1 du code du travail, et ce pour une durée d'indemnisation variant dans les conditions du 1 de l'article D. 1226-1 et de l'article D. 1226-2 du même code et dans le respect des délais de franchise mentionnés ci-dessus.

Le total des indemnités journalières complémentaires versées par l'organisme assureur et des prestations des assurances sociales agricoles ne doit pas excéder 100 % du salaire net du salarié.

Le salaire de référence utilisé pour le calcul des indemnités journalières complémentaires est celui visé à l'article 7.1.2 du présent accord.

Le service des indemnités journalières complémentaires est maintenu tant que les indemnités journalières du régime de base sont servies au salarié.

Leur montant est réduit dans les mêmes proportions que celui des indemnités journalières servies par les assurances sociales agricoles.



## **Article 13**

### *Incapacité permanente*

Tout salarié titulaire d'une pension d'invalidité versée au titre des assurances sociales agricoles pour les catégories 1, 2 ou 3 ou bénéficiaire d'une rente d'incapacité professionnelle attribuée pour un taux au moins égal à 66,66 % au titre de l'accident de travail, de trajet ou de la maladie professionnelle bénéficie d'une pension complémentaire versée au titre du présent régime.

Le montant de la pension complémentaire versée est au maximum égal à :

- 35 % du salaire brut dans la limite du plafond des assurances sociales agricoles (TA) ;
- 85 % du salaire brut dépassant le plafond des assurances sociales agricoles (TB et TC).

Pour l'invalidité catégorie 1, la pension versée est réduite aux 3/5 (soit 14,40 % en TA et 32,40 % en TB-TC).

Le total de la pension complémentaire, des prestations de base servies par les assurances sociales agricoles et des éventuelles fractions de salaire ne doit pas excéder 100 % du salaire net du salarié.

La majoration pour tierce personne versée par la MSA au salarié indemnisé n'est pas prise en compte pour l'application de la règle de cumul visée ci-dessus.

Le salaire de référence pour le calcul de la pension est celui visé à l'article 7.1.1 du présent accord.

## **Article 14**

### *Revalorisation des prestations*

Tous les salariés en arrêt de travail au jour de l'entrée en vigueur du présent accord bénéficiant ou non de prestations versées par l'organisme assureur désigné au titre du présent régime verront leurs prestations revalorisées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013 dans les mêmes conditions que les bénéficiaires de prestations versées au titre du présent régime.

De manière globale, 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 prestations en cours de service.

S'agissant des prestations en cours de service au titre de la garantie rente de conjoint, la revalorisation sera examinée chaque année par le conseil d'administration de l'OCIRP.

## **TITRE IV**

### **GARANTIES DU RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ**

## **Article 15**

### *Garantie frais de santé*

Les salariés visés par l'article 2 bénéficient d'une garantie frais de santé de type uniforme, à adhésion obligatoire, en complément des prestations versées par les assurances sociales agricoles.

Ces remboursements s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits « responsables » tel que défini par la législation actuellement en vigueur et à venir.

### **Article 15.1**

#### *Montant*

Le montant des prestations est présenté dans les tableaux de garanties annexés au présent accord.

En tout état de cause, le total des indemnités perçues au titre des prestations légales et de celles versées par l'organisme assureur ne peut excéder le montant des frais réellement engagés.

Si les frais sont pris en charge par le régime social de base, la garantie frais de santé s'exerce en France et dans le monde entier.

## Article 15.2

### *Dispenses d'affiliation*

Par dérogation à l'article 2 prévoyant l'affiliation obligatoire de l'ensemble des salariés concernés par le présent accord, il est prévu des cas de dispense d'affiliation pour la garantie frais de santé :

- les salariés à temps partiel et les apprentis peuvent demander à être exclus de la garantie frais de santé et donc de ne bénéficier que partiellement du régime de prévoyance nationale, dès lors que leur cotisation est égale ou supérieure à 10 % de leur rémunération brute.

La demande de dispense d'affiliation doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois au cours duquel le salarié a été embauché.

Si la cotisation vient à représenter moins de 10 % de la rémunération brute du salarié de façon pérenne (au moins 6 mois consécutifs), il devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire frais de santé ;

- dans le cas de salariés ayant plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord, il est admis que le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur désigné.

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.

La demande de dispense d'affiliation doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant le 8 du mois précédant la mise en œuvre de la dispense d'affiliation (exemple : 8 mars pour une dispense au 1<sup>er</sup> avril).

Le salarié doit produire chaque année à l'employeur auprès duquel il bénéficie d'une dispense d'affiliation tous documents justifiant de la couverture frais de santé souscrite chez son autre employeur ;

- pour les couples relevant du présent accord et travaillant dans la même entreprise, il est prévu que l'un des deux conjoints, tel que défini à l'article 5.1, soit affilié en tant que salarié et l'autre en tant qu'ayant droit.

Une seule cotisation sera donc due pour le couple travaillant dans la même entreprise.

La demande de dispense d'affiliation doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant le 8 du mois précédant la mise en œuvre de la dispense d'affiliation. Il est précisé que la cotisation sera appelée sur le salaire du membre du couple ayant la rémunération brute la plus élevée.

## Article 16

### *Maintien individuel de la garantie frais de santé*

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989, bénéficieront d'une proposition de maintien de garantie à condition d'en faire la demande dans les 6 mois suivant l'événement survenu ou la radiation des effectifs :

- les anciens salariés bénéficiant de prestations incapacité temporaire ou permanente de travail servies par l'organisme assureur ;
- les anciens salariés retraités et licenciés bénéficiant d'un revenu de remplacement ;
- les ayants droit d'un salarié décédé, bénéficiaires du présent régime, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès.

Ce maintien sera possible sans questionnaire médical ni période de carence moyennant le paiement d'une cotisation individuelle volontaire à la charge exclusive de l'ancien salarié ou de l'ayant droit.

Ce maintien de la garantie frais de santé sera organisé dans les conditions prévues par le décret n° 90-769 du 30 août 1990.

La cotisation sera appelée par l'organisme assureur par prélèvement sur le compte bancaire du salarié.

## TITRE V

### RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

Les salariés définis à l'article 2 bénéficient d'un régime de retraite supplémentaire par capitalisation en points relevant de la réglementation des régimes dits « branche 26 ».

#### Article 17

##### *Modalités d'attribution des points de retraite supplémentaire*

Les cotisations acquittées nettes de frais sont versées sur un compte individuel ouvert au nom de chaque salarié.

Pour l'attribution des points de retraite annuels, les cotisations afférentes à un exercice sont, pour chaque salarié, divisées par la valeur du salaire de référence fixée pour le même exercice.

Le nombre de points acquis au titre d'un exercice s'exprime par la formule :

$$P = \frac{C}{S}$$

Dans laquelle :

P représente le nombre de points acquis par le salarié au cours d'un exercice déterminé.

C représente les cotisations afférentes à cet exercice.

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

Le salaire de référence est fixé annuellement par le conseil d'administration de l'organisme assureur. Son montant fait l'objet d'une information préalable obligatoire de la commission paritaire de suivi. Pour 2012, le salaire de référence a été fixé à 5,5827 €.

Les exercices courent du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre.

Toutefois, si l'allocation de retraite prend effet avant la fixation par le conseil d'administration du salaire de référence, 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 18

##### *Calcul de la rente*

Le montant annuel de l'allocation de retraite est calculé sur la base du nombre de points inscrits au compte du retraité, multiplié par la valeur du point de retraite pour l'année correspondante et par un coefficient actuariel prenant en compte notamment l'âge de la liquidation et les tables de mortalité en vigueur à cette date.

Ce coefficient est fixé par l'organisme assureur après information préalable obligatoire de la commission paritaire de suivi.

La valeur du point de retraite est fixée annuellement par le conseil d'administration de l'organisme assureur, dans les mêmes conditions que celles requises à l'article 17 pour la détermination du salaire de référence.

Le montant annuel de l'allocation de retraite s'exprime par la formule :

$$R = V \times P \times \text{coeff.}$$

Dans laquelle :

R représente l'allocation de retraite du salarié.

V représente la valeur du point retraite définie.

P représente le total des points de retraite acquis par le retraité.

Coeff représente le coefficient actuariel dépendant de l'âge du salarié au moment de la liquidation de sa retraite.

## **Article 19**

### *Information des salariés bénéficiaires*

L'organisme assureur doit tenir, pour chaque salarié, le compte annuel individuel des points de retraite acquis par lui et informer annuellement chacun d'eux de l'état de celui-ci et des simulations y afférentes.

## **Article 20**

### *Modalités de liquidation*

#### **Article 20.1**

##### *Conditions de liquidation*

La retraite constituée au titre du présent régime peut être liquidée, à la demande des intéressés, dès qu'ils bénéficient de la pension du régime de retraite complémentaire des cadres.

En cas de reprise d'activité du participant, postérieurement à la liquidation de ses droits, celui-ci acquiert de nouveaux droits, qui feront l'objet d'une liquidation lors de la cessation de cette nouvelle activité.

#### **Article 20.2**

##### *Liquidation et modalités de paiement*

La liquidation des droits est opérée sur demande des intéressés adressée à l'organisme assureur.

La demande est considérée comme formulée à la date à laquelle elle est présentée à l'organisme assureur.

Les droits sont liquidés au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel la demande a été formulée.

Les allocations liquidées sont versées trimestriellement à terme échu et dues le premier jour du trimestre civil.

## **Article 21**

### *Réversion*

Les droits à allocations de réversion des conjoints survivants et des conjoints divorcés non remariés s'exercent dans les conditions suivantes.

#### **Article 21.1**

##### *Droit du conjoint survivant*

##### *Montant de la réversion*

Lorsqu'un retraité 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 à l'ancien salarié retraité décédé.

Lorsqu'un salarié décède en activité, le conjoint survivant a droit à une allocation de réversion égale à 60 % des points acquis par le salarié à la date du décès. L'âge actuariel pris en compte pour le calcul de la rente est celui du conjoint survivant au moment de la liquidation.

## Age de la réversion

L'allocation de réversion est versée dès que le conjoint survivant ouvre droit à une réversion par le régime complémentaire des cadres.

## Service de l'allocation de réversion

Le service d'allocation est supprimé ou interrompu dans les mêmes conditions que pour le régime complémentaire des cadres et notamment en cas de remariage.

### Article 21.2

#### *Droits des conjoints divorcés non remariés*

Ces dispositions suivent les dispositions de l'article L. 912-4 du code de la sécurité sociale.

Le conjoint divorcé a droit à une allocation de réversion, sous réserve qu'il bénéficie d'une réversion par le régime complémentaire des cadres.

Lorsqu'il s'agit du décès d'un retraité, l'allocation correspond à 60 % des points acquis par le salarié au titre des fonctions qu'il a accomplies pendant la durée du mariage dissous par le divorce.

Lorsqu'il s'agit du décès d'un salarié en activité, l'allocation correspond à 60 % des points acquis par le salarié au titre des fonctions qu'il a accomplies pendant la durée du mariage dissous par le divorce.

L'âge actuariel pris en compte pour le calcul de la rente est celui du conjoint survivant 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 bénéficiaire décédé par rapport à la durée globale des mariages dudit bénéficiaire avec les ayants droit concernés.

### Article 22

#### *Versement exceptionnel sous forme de capital*

Dans le cas où le nombre de points de retraite d'un retraité, d'un conjoint survivant, d'un conjoint divorcé non remarié est inférieur à 500 points, il n'est pas procédé à la liquidation des droits sous forme de rente, mais à un versement unique sous forme de capital.

Le montant du capital unique s'exprime par la formule :

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

Dans laquelle :

C représente le montant du capital.

P représente le nombre de points acquis par le salarié.

Coeff représente le coefficient actuariel dépendant de l'âge de l'intéressé.

Coeff multiplicateur représente le coefficient issu des tables de mortalité.

V représente la valeur du point retraite défini à l'article 18.

### Article 23

#### *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 par les cotisations.

Le salarié bénéficiera de ses droits constitués à la liquidation de ceux-ci, dans les conditions prévues précédemment, en particulier pour la revalorisation annuelle du point.

## TITRE VI

### TAUX DE COTISATIONS ET RÉPARTITIONS

#### Article 24

##### *Assiette*

Les cotisations appelées en pourcentage de salaire sont calculées, pour l'ensemble des salariés visés à l'article 2 du présent accord, 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.

#### Article 25

##### *Versement des cotisations*

Les cotisations définies ci-après sont versées à l'organisme assureur désigné à l'article 3.1 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.

#### Article 26

##### *Garanties de prévoyance*

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

- 1,88 % sur la tranche A (salaire limité au plafond des assurances sociales agricoles) ;
- 2,87 % sur les tranches B et C (salaire compris entre 1 fois et 8 fois le plafond des assurances sociales agricoles).

Concernant le risque incapacité 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 0,29 % sur la tranche A et de 0,48 % 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 0,25 % sur la tranche A et de 0,71 % 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.

Pour 2013, le taux d'appel de la garantie incapacité temporaire est fixé à 96 %, soit une cotisation globale de 0,52 % sur la tranche A et de 1,14 % sur les tranches B et C portant ainsi la cotisation relais mensualisation à la charge du salarié à 0,23 % tranche A et 0,66 % tranches B et C.

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

#### Article 27

##### *Garantie frais de santé*

La cotisation mensuelle frais de santé, toutes taxes comprises au jour de la signature du présent accord, est égale à :

- 2,90 % de la rémunération brute de la tranche A avec une assiette minimale de 2,10 % du plafond mensuel des assurances sociales agricoles, prise en charge à 50 % par l'employeur et à 50 % par le salarié.

Pour l'Alsace et la Moselle, cette cotisation mensuelle est de 1,89 % de la rémunération brute de la tranche A avec une assiette minimale de 1,37 % du plafond mensuel des assurances sociales, prise en charge à 50 % par l'employeur et à 50 % par le salarié.

Un taux d'appel pour cette partie de la cotisation peut être fixé chaque année par la commission paritaire de suivi en fonction des résultats du régime.

Pour 2013, ce taux d'appel est fixé à 90 %, soit une cotisation égale à :

- hors Alsace et Moselle : 2,61 % de la rémunération brute de la tranche A avec une assiette minimale de 1,89 % du plafond mensuel des assurances sociales agricoles ;
- Alsace et Moselle : 1,70 % de la rémunération brute de la tranche A avec une assiette minimale de 1,23 % du plafond mensuel des assurances sociales agricoles.
- 1,26 % du plafond mensuel des assurances sociales agricoles, prise en charge à 30 % par l'employeur et à 70 % par le salarié.

Pour l'Alsace et la Moselle, cette cotisation mensuelle est égale à 1,14 % du plafond mensuel des assurances sociales, prise en charge à 30 % par l'employeur et à 70 % par le salarié.

Toute nouvelle taxe, charge, contribution ou majoration de ces dernières qui entrerait en vigueur postérieurement à la date de signature du présent accord et dont la répercussion ne serait pas interdite, sera automatiquement répercutée sur les présentes cotisations après consultation et avis préalable de la commission paritaire de suivi.

## **Article 28**

### *Retraite supplémentaire*

Les salariés définis à l'article 2 bénéficient des dispositions visées par l'article 15 concernant les TAM et cadres de la convention collective nationale du secteur du paysage du 10 octobre 2008.

## **Article 29**

### *Action sociale*

Les ressortissants au régime peuvent prétendre à des aides sociales prises en charge et définies par l'organisme assureur désigné.

## **Article 30**

### *Commission paritaire de suivi*

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

Le collège représentant l'UNEP désigne au maximum 5 membres titulaires et le collège représentant les organisations syndicales signataires des salariés désigne au maximum 5 membres titulaires, soit un siège par organisation syndicale de salariés signataire.

La faculté est offerte à l'UNEP et aux organisations syndicales de salariés de mandater un représentant en cas de défaillance des membres titulaires.

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 2 ans.

Le président est nommé par le collège auquel il appartient.

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

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 le présent accord.



Elle examine les comptes du régime dans les 6 mois suivant la clôture de l'exercice et au plus tard avant la réunion de l'assemblée générale de l'organisme assureur. L'examen portera notamment, par risque, sur les cotisations perçues, les prestations versées et les provisions constituées par le secteur du paysage dont les activités relèvent du champ d'application de la convention collective nationale du 10 octobre 2008.

Elle propose aux représentants de l'UNEP et à ceux des organisations syndicales de salariés de la convention collective nationale du 10 octobre 2008 les éventuelles révisions et adaptations du présent accord.

### **Article 31**

#### *Révision et dénonciation de l'accord*

Le présent accord fera l'objet d'un réexamen en cas d'évolution des dispositions législatives et/ou réglementaires qui nécessiteraient l'adaptation de l'une ou de plusieurs de ses dispositions.

Le présent accord pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions légales en vigueur, avec un préavis de 12 mois.

### **Article 32**

#### *Durée et entrée en vigueur de l'accord*

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur concomitamment à l'entrée en vigueur de l'avenant n° 7 de la convention collective nationale des entreprises du paysage du 10 octobre 2008 soit au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2013, sous réserve de la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel* au plus tard le 15 décembre 2012.

A défaut d'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2013, l'accord sera applicable au premier jour du trimestre civil qui suit la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel*.

### **Article 33**

#### *Dépôt et extension de l'accord*

Le présent accord sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives, et déposé, après expiration du délai d'opposition, à la direction générale du travail et au secrétariat-greffe du conseil des prud'hommes de Paris, conformément aux dispositions légales.

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent accord au ministère chargé de l'agriculture, dans les conditions fixées par la législation.

Fait à Paris, le 15 juin 2012.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

#### **Organisation patronale :**

UNEP.

#### **Syndicats de salariés :**

FGA CFDT ;

FGTA FO ;

CFTC-Agri ;

SNCEA CFE-CGC.

# ANNEXE I

## Taux contractuels et ventilation des cotisations en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2013

(En pourcentage.)

GARANTIE	TA			TB – TC		
	TRANCHE DE SALAIRE inférieure ou égale au plafond ASA			TRANCHE DE SALAIRE comprise entre 1 et 8 fois le plafond ASA		
	Part employeur	Part salarié	Total	Part employeur	Part salarié	Total
<b>Décès</b>	<b>1,00</b>		<b>1,00</b>	<b>0,44</b>	<b>0,44</b>	<b>0,88</b>
Capital décès	0,30		0,30	0,11	0,11	0,22
Indemnité frais d'obsèques	0,02		0,02			
Rente éducation	0,07		0,07	0,025	0,025	0,05
Rente de conjoint	0,61		0,61	0,305	0,305	0,61
<b>Incapacité temporaire</b>	<b>0,29</b>	<b>0,25</b>	<b>0,54</b>	<b>0,48</b>	<b>0,71</b>	<b>1,19</b>
Mensualisation	0,29		0,29	0,48		0,48
Relais mensualisation		0,25	0,25		0,71	0,71
<b>Incapacité permanente</b>	<b>0,34</b>		<b>0,34</b>	<b>0,515</b>	<b>0,285</b>	<b>0,80</b>
Incapacité permanente pri- vée	0,30		0,30	0,425	0,285	0,71
Incapacité permanente pro- fessionnelle	0,04		0,04	0,09		0,09
<b>Total Prévoyance</b>	<b>1,63</b>	<b>0,25</b>	<b>1,88</b>	<b>1,435</b>	<b>1,435</b>	<b>2,87</b>
(Soit en répartition)	86,70	13,30	100	50,00	50,00	100
<b>Frais de santé</b>						
Assiette salaire (avec coti- sation minimum 2,1 % PMSS)	1,45	1,45	2,90			
Assiette plafond sécurité sociale	0,378	0,882	1,26			
<b>Frais de santé régime lo- cal Alsace-Moselle</b>						
Assiette salaire (avec coti- sation minimum 1,37 % PMSS)	0,945	0,945	1,89			
Assiette plafond sécurité sociale	0,342	0,798	1,14			

## ANNEXE II

TABLEAU DES GARANTIES SANTÉ DU PAYSAGE  
(HORS ALSACE-MOSELLE)

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT du régime de base sécurité sociale en % de la base de remboursement sécurité sociale	SANTÉ CONVENTIONNELLE Remboursement complémentaire en % de la base de remboursement sécurité sociale
<b>Frais médicaux</b>		
Honoraires médecins <sup>(1)</sup>	70 %	100 % des frais réels sécurité sociale
Auxiliaires médicaux	60 %	
Analyses, examen de laboratoire	60 %	100 % des frais réels sécurité sociale
Radiographie	70 %	
Actes de prévention responsables <sup>(2)</sup>	De 35 % à 70 %	
<b>Pharmacie</b>		
Vignette blanche, bleue, orange	De 15 % à 65 %	TM
<b>Optique</b>		
Montures, verres, lentilles remboursées par la sécurité sociale <sup>(3)</sup>	60 %	390 % BR + crédit de 340 € par an et par bénéficiaire limité à une paire par an et par bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale <sup>(3)</sup>	—	Crédit de 290 € par an et par bénéficiaire
Crédit supplémentaire optique : verres unifocaux	—	Crédit de 40 € par an et par bénéficiaire limité à une paire par an et par bénéficiaire
Crédit supplémentaire optique : verres multifocaux	—	Crédit de 110 € par an et par bénéficiaire limité à une paire par an et par bénéficiaire
Crédit supplémentaire optique global	—	En l'absence de prestations optique durant 2 ans, crédit supplémentaire de 50 € par bénéficiaire la 3 <sup>e</sup> année
<b>Dentaire</b>		
Soins dentaires remboursés	70 %	100 % des frais réels sécurité sociale
Prothèses dentaires (remboursées par la sécurité sociale)	70 %	410 % BR
Prothèses dentaires (actes hors nomen- clature ou non remboursés listés) <sup>(4)</sup>	—	Crédit de 215 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie (prise en charge acceptée)	100 %	300 % BR
Orthodontie (prise en charge refusée)	—	Crédit de 400 € par an et par bénéficiaire

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT du régime de base sécurité sociale en % de la base de remboursement sécurité sociale	SANTÉ CONVENTIONNELLE Remboursement complémentaire en % de la base de remboursement sécurité sociale
Implantologie, parodontologie	—	Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire
<b>Appareillage</b>		
Fournitures médicales, pansements	60 %	100 % des frais réels sécurité sociale
Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives	60 % ou 100 %	TM + 200 % BR
Prothèses auditives (prise en charge ac- ceptée)	60 %	390 % BR + crédit 400 € par an et par bénéficiaire
Prothèses auditives (prise en charge refu- sée)	—	Crédit de 385 € par an et par bénéficiaire
<b>Hospitalisation médicale ou chirurgi- cale</b>		
Frais de soins et de séjour	100 % ou 80 %	TM
Dépassements d'honoraires <sup>(1)</sup>	—	100 % des frais réels
Chambre particulière (y compris ambula- toire)	—	100 % des frais réels par jour limité à 60 jours par an et par bénéficiaire
Frais d'accompagnant <sup>(5)</sup>	—	40 € par jour limité à 60 jours par an et par bénéficiaire
Forfait hospitalier	—	100 % des frais réels
<b>Maternité</b>		
Dépassements d'honoraires et chambre particulière	—	Crédit de 1 000 € par maternité
Prime de naissance <sup>(6)</sup>	—	210 € par enfant pour les 2 premiers 310 € à partir du 3 <sup>e</sup>
<b>Psychiatrie</b>		
Frais de soins et de séjour	100 % ou 80 %	TM
Dépassements d'honoraires	—	100 % des frais réels
Chambre particulière	—	Crédit de 1 000 € par an et par bénéficiaire
Forfait hospitalier	—	100 % des frais réels
<b>Cures thermales</b>		
Honoraires de surveillance médicale	70 %	100 % des frais réels sécurité sociale
Frais de soins et de séjour	65 %	35 % BR + 195 € par bénéficiaire et par an

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT du régime de base sécurité sociale en % de la base de remboursement sécurité sociale	SANTÉ CONVENTIONNELLE Remboursement complémentaire en % de la base de remboursement sécurité sociale
<b>Divers</b>		
Transport pris en charge par la sécurité sociale	65 %	TM + 100 % BR
Forfait actes lourds	–	100 % des frais réels
<b>Soins et honoraires secteur non conventionné</b>		
Honoraires médecins	70 % TA	90 % des frais réels limités à 300 % BR du secteur conventionné
Auxiliaires médicaux, analyses, examen de laboratoire	60 % TA	90 % des frais réels limités à 300 % BR du secteur conventionné
Dépassements d'honoraires (y compris psychiatrie)	–	90 % des frais réels limités à 300 % BR du secteur conventionné
Chambre particulière secteur (y compris ambulatoire)	–	90 % des frais réels par jour limité à 60 jours par an et par bénéficiaire
<p>(1) Conformément au décret du 21 mars 2012 relatif au contenu des « contrats responsables », le régime prévoit le remboursement de l'intégralité des dépassements d'honoraires encadrés des médecins exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation ayant opté pour l'option de coordination.</p> <p>(2) Ensemble des actes de prévention remboursés par le régime de base de sécurité sociale, dont ceux définis par l'arrêté ministériel du 8 juin 2006 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– détartrage annuel complet ;</li> <li>– dépistage de l'hépatite B ;</li> <li>– scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (jusqu'à 14 ans) ;</li> <li>– bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (jusqu'à 14 ans) ;</li> <li>– dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition (au-delà de 50 ans) ;</li> <li>– ostéodensitométrie (femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans) ;</li> <li>– vaccinations (diphtérie, tétanos et poliomyélite (tous âges), coqueluche (avant 14 ans), hépatite B (avant 14 ans), BCG (avant 6 ans), rubéole (adolescentes non vaccinées et femmes non immunisées désirant un enfant), <i>Haemophilus influenzae</i> B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques (avant 18 mois).</li> </ul> <p>(3) Crédit total limité à 340 € par an et par bénéficiaire sur ces deux postes.</p> <p>(4) Bilan photos, couronne ou bridge provisoire, prothèse amovible transitoire (non définitive), dent provisoire, dépose d'une couronne ou d'un bridge (acte opposable en cas de nécessité médicale), délabrement d'un pilier sain pour pose d'un bridge.</p> <p>(5) Jusqu'aux 16 ans de l'enfant.</p> <p>(6) Egalement versée en cas d'adoption.</p>		

ANNEXE III  
TABLEAU DES GARANTIES SANTÉ DU PAYSAGE  
(Alsace-Moselle)

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT du régime de base sécurité sociale en % de la base de remboursement sécurité sociale	SANTÉ CONVENTIONNELLE Remboursement complémentaire en % de la base de remboursement sécurité sociale
<b>Frais médicaux</b>		
Honoraires médecins <sup>(1)</sup>	90 %	100 % des frais réels sécurité sociale
Auxiliaires médicaux	90 %	
Analyses, examen de laboratoire	90 %	
Radiographie	90 %	
Actes de prévention responsables <sup>(2)</sup>	90 %	
<b>Pharmacie</b>		
Vignette blanche, bleue, orange	De 15 % à 90 %	TM
<b>Optique</b>		
Montures, verres, lentilles remboursées par la sécurité sociale <sup>(3)</sup>	90 %	540 % BR + crédit de 340 € par an et par bénéficiaire limité à une paire par an et par bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale <sup>(3)</sup>	—	Crédit de 290 € par an et par bénéficiaire
Crédit supplémentaire optique : verres uni- focaux	—	Crédit de 40 € par an et par bénéficiaire limité à une paire par an et par bénéficiaire
Crédit supplémentaire optique : verres multifocaux	—	Crédit de 110 € par an et par bénéficiaire limité à une paire par an et par bénéficiaire
Crédit supplémentaire optique global	—	En l'absence de prestations optique durant 2 ans, crédit supplémentaire de 50 € par bénéficiaire la 3 <sup>e</sup> année
<b>Dentaire</b>		
Soins dentaires remboursés	90 %	100 % des frais réels sécurité sociale
Prothèses dentaires (remboursées par la sécurité sociale)	90 %	390 % BR
Prothèses dentaires (actes hors nomencla- ture ou non remboursés listés) <sup>(4)</sup>	—	Crédit de 215 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie (prise en charge acceptée)	100 %	300 % BR

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT du régime de base sécurité sociale en % de la base de remboursement sécurité sociale	SANTÉ CONVENTIONNELLE Remboursement complémentaire en % de la base de remboursement sécurité sociale
Orthodontie (prise en charge refusée)	–	Crédit de 400 € par an et par bénéficiaire
Implantologie, parodontologie	–	Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire
<b>Appareillage</b>		
Fournitures médicales, pansements	90 %	100 % des frais réels sécurité sociale
Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives	De 90 % à 100 %	TM + 200 % BR
Prothèses auditives (prise en charge ac- ceptée)	90 %	540 % BR + crédit 400 € par an et par bénéficiaire
Prothèses auditives (prise en charge refu- sée)	–	Crédit de 385 € par an et par bénéficiaire
<b>Hospitalisation médicale ou chirurgicale</b>		
Frais de soins et de séjour	90 %	TM
Dépassements d'honoraires <sup>(1)</sup>	–	100 % des frais réels
Chambre particulière (y compris ambula- toire)	–	100 % des frais réels par jour limité à 60 jours par an et par bénéficiaire
Frais d'accompagnant <sup>(5)</sup>	–	40 € par jour limité à 60 jours par an et par bénéficiaire
Forfait hospitalier	100 % des frais réels	–
<b>Maternité</b>		
Dépassements d'honoraires et chambre particulière	–	Crédit de 1 000 € par maternité
Prime de naissance <sup>(6)</sup>	–	210 € par enfant pour les 2 premiers 310 € à partir du 3 <sup>e</sup>
<b>Psychiatrie</b>		
Frais de soins et de séjour	90 %	TM 100 % des frais réels
Dépassements d'honoraires	–	crédit de 1 000 € par an et par bénéficiaire
Chambre particulière	–	
Forfait hospitalier	–	100 % des frais réels
<b>Cures thermales</b>		
Honoraires de surveillance médicale	90 %	100 % des frais réels sécurité sociale
Frais de soins et de séjour	90 %	10 % BR + 195 € par bénéficiaire et par an



NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT du régime de base sécurité sociale en % de la base de remboursement sécurité sociale	SANTÉ CONVENTIONNELLE Remboursement complémentaire en % de la base de remboursement sécurité sociale
<b>Divers</b>		
Transport pris en charge par la sécurité sociale	100 %	–
Forfait actes lourds	100 % des frais réels	–
<b>Soins et honoraires secteur non conventionné</b>		
Honoraires médecins	90 % TA	90 % des frais réels limités à 300 % BR du secteur conventionné
Auxiliaires médicaux, analyses, examen de laboratoire	90 % TA	90 % des frais réels limités à 300 % BR du secteur conventionné
Dépassements d'honoraires (y compris psychiatrie)	–	90 % des frais réels limités à 300 % BR du secteur conventionné
Chambre particulière secteur (y compris ambulatoire)	–	90 % des frais réels par jour limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire
<p>(1) Conformément au décret du 21 mars 2012 relatif au contenu des « contrats responsables », le régime prévoit le remboursement de l'intégralité des dépassements d'honoraires encadrés des médecins exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation ayant opté pour l'option de coordination.</p> <p>(2) Ensemble des actes de prévention remboursés par le régime de base de sécurité sociale, dont ceux définis par l'arrêté ministériel du 8 juin 2006 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– détartrage annuel complet ;</li> <li>– dépistage de l'hépatite B ;</li> <li>– scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (jusqu'à 14 ans) ;</li> <li>– bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (jusqu'à 14 ans) ;</li> <li>– dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition (au-delà de 50 ans) ;</li> <li>– ostéodensitométrie (femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans) ;</li> <li>– vaccinations (diphtérie, tétanos et poliomyélite (tous âges), coqueluche (avant 14 ans), hépatite B (avant 14 ans), BCG (avant 6 ans), rubéole (adolescentes non vaccinées et femmes non immunisées désirant un enfant), <i>Haemophilus influenzae</i> B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques (avant 18 mois).</li> </ul> <p>(3) Crédit total limité à 340 € par an et par bénéficiaire sur ces deux postes.</p> <p>(4) Bilan photos, couronne ou bridge provisoire, prothèse amovible transitoire (non définitive), dent provisoire, dépose d'une couronne ou d'un bridge (acte opposable en cas de nécessité médicale), délabrement d'un pilier sain pour pose d'un bridge.</p> <p>(5) Jusqu'aux 16 ans de l'enfant.</p> <p>(6) Egalement versée en cas d'adoption.</p>		