

Brochure n° 3617

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

AVENANT N° 12 DU 18 SEPTEMBRE 2013

NOR : AGRS1397193M
IDCC : 7018

Entre :
L'UNEP,

D'une part, et
Le SNCEA CFE-CGC ;
La FGA CFDT ;
La FGTA FO,

D'autre part,
il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

*Modification des dispositions particulières
propres aux ouvriers et employés
(art. 17 « Décès »)*

L'alinéa 1 du A de l'article 17 est modifié comme suit :

« En cas de décès du salarié, un capital décès d'un montant égal à 120 % de son salaire annuel brut, majoré de 25 % par enfant à charge, est versé par Agri-Prévoyance à la demande du ou des bénéficiaires. »

Article 2

*Modification des dispositions particulières
propres aux ouvriers et employés
(art. 18 « Complémentaire frais de santé »)*

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

« Les prestations sont versées conformément aux dispositions figurant en annexe I. »

Article 3

*Modification des dispositions particulières
propres aux ouvriers et employés
(art. 20 « Cotisations »)*

Les dispositions de l'article 20 « Cotisations » sont supprimées et remplacées comme suit.

« Les cotisations des garanties incapacité, invalidité et décès sont assises sur les rémunérations de tous les salariés non cadres :

(En pourcentage.)

	TAUX	PART PATRONALE	PART SALARIALE
Incapacité de travail	0,75	0,44 (*)	0,31
Invalidité	0,30	0,17	0,13
Décès	0,36	0,22	0,14
Total	1,41		
Assurance des charges sociales patronales	0,15	0,15	
Total	1,56	0,98	0,58
(*) Dont 0,29 % au titre des obligations de maintien de salaire à la charge de l'employeur résultant de l'article L. 1226-1 du code du travail.			

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 2014, ce taux d'appel est fixé à 90 %, soit une cotisation égale à :

- 0,88 % de la rémunération brute de la tranche A pour la part employeur ;
- 0,52 % de la rémunération brute de la tranche A pour la part salarié.

Les cotisations forfaitaires de la garantie frais de santé sont dues sur les rémunérations des salariés bénéficiaires tels que définis ci-dessus.

	COTISATION		PART PATRONALE	PART SALARIALE
Complémentaire frais de santé	National	46,20 € par mois	23,10 € par mois	23,10 € par mois
	Alsace-Moselle	30,87 € par mois	15,44 € par mois	15,43 € par mois

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 2014, ce taux d'appel est fixé à 95 %, soit une cotisation égale à :

- hors Alsace-Moselle : 43,89 € par mois sur la totalité de la rémunération brute mensuelle, soit 21,95 € par mois pour la part employeur et 21,94 € par mois pour la part salarié ;
- Alsace et Moselle : 29,33 € par mois sur la totalité de la rémunération brute mensuelle, soit 14,67 € par mois pour la part employeur et 14,66 € par mois pour la part salarié. »

Article 4

Modification des clauses communes

Le chapitre XIII est renommé « Intéressement, participation, plan d'épargne, frais de santé et prévoyance ».

Il est inséré un article 49 *bis* « Dispositions sur la portabilité » rédigé comme suit :

« Les salariés bénéficient des dispositions légales sur le maintien des garanties de protection sociale complémentaire en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions définies par les textes légaux, et ce à compter de la date fixée par la loi (dispositions figurant pour information en annexe II).

Pour bénéficier des prestations, le demandeur d'emploi bénéficiant du maintien des garanties doit fournir l'ensemble des justificatifs demandés au salarié auxquels s'ajoute le justificatif d'ouverture des droits aux allocations chômage délivré par Pôle emploi correspondant à celui pour lesquelles les prestations demandées sont dues. »

Article 5

Entrée en vigueur

Les dispositions du présent avenant entreront en vigueur au plus tôt au 1^{er} janvier 2014, sous réserve de la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel* au plus tard le 15 décembre 2013.

A défaut d'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2014, elles s'appliqueront le premier jour du trimestre civil qui suit la publication de l'arrêté d'extension.

Article 6

Dépôt et extension

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

Fait à Paris, le 18 septembre 2013.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES PROPRES AUX OUVRIERS ET EMPLOYÉS

« Article 18

Complémentaire frais de santé

C. – Prestations

	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
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 ^e)
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⁾			
Honoraires ostéopathie / chiro- practie titulaire de diplômes reconnus par le ministère de la santé			20 € par séance avec un maximum de 2 séances par an et par bénéficiaire
Consultation d'un médecin, ra- diographie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux, analyses	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Fournitures médicales, petit ap- pareillage 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

	REMBOURSEMENTS régime obligatoire	REMBOURSEMENTS régime complémentaire	REMBOURSEMENTS totaux
Optique			
Soins et honoraires	70 % BR	390 % BR	460 % BR
Verres ou lentilles acceptés :			
– adulte	60 % BR	Plafond par verre de 80 € à 128 € selon type	60 % BR + plafond par verre
– enfant	60 % BR	Plafond par verre de 80 € à 88 € selon type	60 % BR + plafond par verre
Monture :			
– adulte	60 % BR	3,50 % PMSS	60 % BR + 3,50 % PMSS
– enfant	60 % BR	390 % BR	450 % 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 obli- gatoire	70 % BR	200 % BR	270 % BR
– non remboursables par régime obligatoire	0 %	Forfait de 215 € par an et par bénéficiaire	Forfait de 215 € par an et par bénéficiaire
– inlay core (SPR 57/67)	70 % BR	180 % BR	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	60 % BR	390 % BR	450 % 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 prévention.			

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^e 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. »

« ANNEXE II

DISPOSITIONS LÉGALES SUR LA PORTABILITÉ (ART. L. 911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, ISSU DE LA LOI N° 2013-504 DU 14 JUIN 2013)

Art. L. 911-8. – Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

1. Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

2. Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3. Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4. Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;

5. L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;

6. L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au 1^{er} alinéa.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au 1^{er} alinéa à la date de la cessation du contrat de travail. »