

Brochure n° 3617

Convention collective nationale
IDCC : 7018. – ENTREPRISES DU PAYSAGE

AVENANT N° 3 DU 24 MAI 2017
RELATIF AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE, FRAIS DE SANTÉ
ET RETRAITE POUR LES SALARIÉS RELEVANT DE L'AGIRC

NOR : *AGRS1797220M*
IDCC : 7018

Entre
UNEP

D'une part, et
FGA CFDT
FNAF CGT
FGTA FO
CFTC-Agri
SNCEA CFE-CGC

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

Article 1^{er}

Le présent avenant annule et remplace les dispositions prévues par l'accord national du régime collectif conventionnel de prévoyance, frais de santé et retraite supplémentaire des salariés du secteur du paysage relevant de l'AGIRC du 15 juin 2012 et ses annexes I, II et III.

Les nouvelles dispositions de l'accord national du régime collectif conventionnel de prévoyance, frais de santé et retraite supplémentaire des salariés du secteur du paysage relevant de l'AGIRC du 15 juin 2012 et de ses annexes sont les suivantes :

« Préambule

La clause de désignation prévue à l'article 3 de l'accord national du régime collectif conventionnel de prévoyance, frais de santé et retraite supplémentaire des salariés du secteur du paysage relevant de l'AGIRC du 15 juin 2012 arrivant à terme le 31 décembre 2017, la FGA CFDT, la FNAF CGT, la FGTA FO, la CFTC-Agri, le SNCEA, CFE-CGC et l'UNEP, désignés dans l'accord "les partenaires sociaux" ont décidé de procéder au réexamen partiel de leur régime, s'agissant des garanties prévoyance et santé. Les dispositions du titre V relatives à la retraite supplémentaire demeurent inchangées.

Cette révision s'inscrit dans le cadre de l'évolution du contexte législatif et réglementaire, notamment au regard des nouvelles dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale issues de la loi de financement de la sécurité sociale n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 pour 2014.

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1^{er}

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 de mettre en œuvre les garanties prévues par le présent accord pour l'ensemble des salariés concernés ci-dessous.

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 :

- 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 CCN 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 du secteur du paysage.

Article 3

Recommandation

Article 3.1

Organismes recommandés

Afin de permettre aux salariés et aux entreprises de bénéficier de tarifications avantageuses et pérennes, il a été décidé de procéder, après une mise en concurrence respectant les exigences des articles D. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale, à la recommandation des organismes assureurs suivants :

- la CPCEA, institution de prévoyance, sise 21 rue de la Bienfaisance, 75008 Paris et régie par les dispositions du code de la sécurité sociale pour l'ensemble des garanties frais de santé et prévoyance à l'exception de la garantie rente de conjoint ;
- l'OCIRP, union d'institutions de prévoyance, sise 17, rue de Marignan, 75008 Paris et régie par les dispositions du code de la sécurité sociale pour la garantie rente de conjoint. L'OCIRP assure la rente de conjoint et délègue la gestion de cette garantie à la CPCEA.

Toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord doivent appliquer les dispositions du présent accord. Pour ce faire, elles ont la faculté de s'assurer, dans le cadre du régime unique et indissociable, auprès des organismes recommandés afin de satisfaire à leurs obligations conventionnelles ou auprès de l'organisme assureur de leur choix.

Les organismes assureurs recommandés ne peuvent refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application du présent accord au titre du régime unique et indissociable prévoyance et frais de santé. Les organismes assureurs recommandés sont tenus d'appliquer le tarif unique dans les conditions et modalités fixées aux articles 27 et 28 en offrant les garanties fixées dans le présent accord.

Chaque année, au plus tard au 31 août, les organismes recommandés présenteront 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.

Article 3.2

Réexamen de la recommandation

Les conditions et les modalités de la mutualisation des risques ainsi que le choix de l'organisme assureur sont réexaminés par les signataires du présent accord, selon une périodicité qui ne peut excéder 5 ans, conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

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.

En cas de non-reconduction de la recommandation, les prestations en cours de service à la date de résiliation continueront à être servies par l'organisme assureur auprès duquel l'entreprise a adhéré 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 prestations en cours de service (rente éducation, rente de conjoint, rente d'orphelin, indemnités journalières complémentaires, pension d'invalidité complémentaire) et du traitement de référence servant au calcul du capital décès.

Article 3.3

Convention d'assurance et de gestion

Les modalités de mise en œuvre des garanties prévues par le présent accord font l'objet d'une convention d'assurance et de gestion signée entre l'organisme assureur recommandé et les partenaires sociaux.

Article 4

Degré élevé de solidarité

En application des articles R. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale, les salariés des entreprises relevant du champ d'application du présent accord bénéficient de prestations revêtant un degré élevé de solidarité. Ces actions pourront prendre la forme de :

- droits non contributifs ;
- d'actions de prévention ;
- de prestations d'action sociale.

La commission paritaire de branche définit annuellement les actions de solidarité prioritaires au niveau de la branche qui seront communiquées aux entreprises de la branche par tout moyen approprié.

Ces prestations sont financées par une quote-part de 2 % de la cotisation afférente aux garanties santé et prévoyance alimentant un fonds de solidarité dont la gestion est confiée à la CPCEA.

Un règlement précise autant que de besoin les modalités de fonctionnement du fonds de solidarité et les modalités d'octroi des prestations de solidarité au bénéfice des salariés des entreprises ayant participé à son financement.

En tout état de cause, les entreprises devront faire bénéficier leurs salariés des actions de solidarité prioritairement définies par la commission paritaire de branche via l'organisme auprès duquel elles se sont acquittées de leur financement.

TITRE II

DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES

Article 5

Étendue des garanties

Article 5.1

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 5.2

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 5.3

Cessation des garanties

Sous réserve des dispositions légales relatives à la portabilité reprises à l'article 49 *bis* du chapitre XIII "Clauses communes" de la convention collective nationale des entreprises du paysage du 10 octobre 2008, 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 ;
- du maintien 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.

Article 6

Ayants droit

Article 6.1

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 lorsque au moins un enfant est né de l'union ou adopté.

Article 6.2

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 12, les enfants à charge sont définis comme suit :

- 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 dont la filiation est légalement établie, sous réserve d'être à la charge effective du participant, c'est-à-dire si celui-ci subvient à leurs besoins et assure leur éducation et, pour les garanties prévoyance, à condition également qu'ils ne donnent pas lieu au versement d'une pension alimentaire par leur autre parent ;

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 atteints d'un handicap tel qu'ils ne peuvent exercer une 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^e anniversaire.

Pour la garantie rente de conjoint définie à l'article 12 du présent accord, les enfants à charge sont définis de la manière suivante :

- les enfants du salarié, nés ou à naître, dont la filiation est légalement établie, y compris adoptive ;
- 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 dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre national d'enseignement à distance), s'il est 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 équivalente à la 2^e ou 3^e catégorie constatée avant le 26^e anniversaire ou tant qu'il bénéficie de l'AAH et qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civil.

Article 7

Cas d'exclusion

Article 7.1

Garanties de prévoyance

Les garanties de prévoyance du titre III, à l'exception de la rente de conjoint prévue à l'article 12, 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 12 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 7.2

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 8

Définition du salaire de référence

Article 8.1

Salaire de référence

Article 8.1.1

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 maximum.

Article 8.1.2

Salaire de référence pour la garantie incapacité temporaire

Concernant la garantie incapacité temporaire, le salaire de référence correspond à la 90^e 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 : 13^e 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 9

Capital décès

Article 9.1

Montant du capital décès

En cas de décès du salarié, il est versé au(x) bénéficiaire(s) un capital (de base) égal à :

- 110 % du salaire annuel de référence tel que visé à l'article 8.1.1.

Ce capital est majoré de 50 % du salaire annuel de référence par enfant à charge au jour du décès, tel que défini à l'article 6.2.

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 9.2

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 6.1 ;
- à défaut, aux enfants du salarié, nés ou à naître, dont la filiation est légalement établie, y compris adoptive, 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 selon l'ordre successoral tel défini aux articles 734 à 755 du code civil, 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 physique, qu'il retournera à l'organisme assureur du régime.

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

Article 9.3

Invalidité absolue et définitive

En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié (invalidité de 3^e catégorie reconnue par la MSA), l'intéressé ou son représentant légal peut demander, après constatation médicale fournie à l'organisme assureur, 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 10

Rente d'éducation

En cas de décès du salarié en activité, ou dans l'une des situations de maintien des garanties prévoyance visée aux articles 5.2 et 5.3, une rente d'éducation sera versée au bénéfice de ses enfants à charge tels que visés à l'article 6.2 du présent accord.

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

À titre indicatif, il est précisé que la valeur du point rente éducation au 1^{er} janvier 2017 est de 0,2944 € ;

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 partenaires sociaux.

Article 11

Indemnité frais d'obsèques

En cas de décès de son conjoint ou d'un enfant à charge tels que définis à l'article 6, 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, limitée à 100 % du plafond mensuel des assurances sociales agricoles en vigueur au jour du décès.

Article 12

Rente de conjoint

Article 12.1

Rente de conjoint viagère

Au décès du salarié, il est versé au conjoint, tel que défini à l'article 6.1, une rente de conjoint viagère.

Cette rente correspond à 10 % du salaire annuel de référence défini à l'article 8.1.1.

Cette rente est majorée de 10 % de son montant par enfant à charge tel que défini à l'article 6.2.

Article 12.2

Rente de conjoint temporaire

Si le conjoint tel que défini à l'article 6.1 ne peut, au décès du salarié, bénéficier immédiatement et à taux plein de la pension de réversion 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 8.1.1.

Elle est versée au bénéficiaire jusqu'à l'âge normal prévu pour le paiement de la pension de réversion à taux plein du régime 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 6.2.

Article 12.3

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 8.1.1.

Elle est versée tant que l'orphelin répond à la définition d'enfant à charge tel que visé à l'article 6.2 du présent accord et, en tout état de cause, sans conditions, jusqu'à l'âge de 21 ans.

Article 12.4

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 8.1.1 du présent accord.

Dans le cas où plusieurs personnes sont désignées, le capital décès de substitution est attribué par parts égales entre eux. À 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 13

Incapacité temporaire de travail

Article 13.1

Incapacité temporaire de travail lorsque l'employeur n'a pas souscrit de contrat "garantie de maintien de salaire" auprès d'un organisme assureur.

En cas d'arrêt de travail pour maladie, maternité, maladie professionnelle, accident de la vie privée, de trajet ou de travail, il est attribué le versement d'indemnités journalières 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^e 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^{er} 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 des articles D. 1226-1 1^o et 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 8.1.2 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 13.2

Incapacité temporaire de travail lorsque l'employeur a souscrit un contrat "garantie de maintien de salaire" auprès d'un organisme assureur.

Lorsque l'employeur a souscrit auprès de l'organisme assureur un contrat "garantie de maintien de salaire" en vue de répondre à ses obligations légales et conventionnelles de maintien de salaire, en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident de l'un de ses salariés et que les conditions de ce maintien obligatoire sont remplies, la garantie incapacité temporaire de travail telle que visée ci-dessus à l'article 13.1 prend la forme d'une garantie relais.

Les indemnités journalières complémentaires sont alors versées à l'expiration de la période d'indemnisation obligatoire telle que prévue par la "garantie maintien de salaire".

Le montant des indemnités journalières complémentaires versées en relais, la détermination du salaire de référence et les modalités de versement sont ceux prévus à l'article 13.1.

Dans l'hypothèse où les conditions légales et conventionnelles du maintien de salaires ne sont pas réunies, l'organisme assureur intervient à compter du 21^e jour dans les conditions prévues à l'article 13.1.

Article 14

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 égale à 60 % de la prestation qui aurait été versée en cas d'invalidité catégorie 2.

En cas de changement de niveau de classification professionnelle, l'augmentation de salaire liée à ce changement n'est pas prise en compte dans le plafonnement de la garantie, tel que prévu ci-dessous.

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 8.1.1 du présent accord.

Article 15

Revalorisation des prestations

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.

TITRE IV

GARANTIES DU RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ

Article 16

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 16.1

Montant

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

Les entreprises s'engagent à respecter les montants des prestations ainsi définies, ligne par ligne, de chaque poste des tableaux de garanties.

Les prestations doivent ainsi être au moins aussi favorables que celles mises en place au titre du 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 16.2

Dispenses d'affiliation

Par dérogation à l'article 2 prévoyant l'affiliation obligatoire de l'ensemble des salariés concernés par le présent accord, et sans préjudice des cas de dispense d'ordre public prévus par les textes législatifs et réglementaires en vigueur, 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 1^{er} 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 précédent la mise en œuvre de la dispense d'affiliation (ex : 8 mars pour une dispense au 1^{er} 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 6.1, 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 précédent 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 17

Maintien individuel de la garantie frais de santé

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi Évin du 31 décembre 1989, modifiée par la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, bénéficieront d'une proposition de maintien de garantie parvenue dans les 2 mois qui suivent la date de cessation du contrat de travail, la date de la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits ou le décès du salarié :

- les anciens salariés bénéficiant de prestations incapacité temporaire ou permanente de travail servies par l'organisme assureur, retraités ou licenciés bénéficiant d'un revenu de remplacement, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou l'expiration de la période de portabilité ;
- 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 la réglementation en vigueur.

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 18

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 :

$$P = C/S.$$

Dans laquelle :

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

C : les cotisations afférentes à cet exercice ;

S : 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. Au 1^{er} janvier 2017, le salaire de référence a été fixé à 7,0681 €.

Les exercices courent du 1^{er} 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 19

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 18, pour la détermination du salaire de référence. Au 1^{er} janvier 2017, la valeur du point est de 0,3322 €.

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

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

Dans laquelle :

R : représente l'allocation de retraite du salarié ;

V : la valeur du point retraite définie ;

P : le total des points de retraite acquis par le retraité ;

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

Article 20

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 afférant.

Article 21

Modalités de liquidation

Article 21.1

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 21.2

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 mensuellement à terme échu et dues le premier jour du mois civil.

Article 22

Réversion

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

Article 22.1

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.

Âge 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 22.2

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 23

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 1 000 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 :

$$C = V \times P \times \text{Coef.} \times \text{Coef. multiplicateur}$$

Dans laquelle :

C : représente le montant du capital ;

P : le nombre de points acquis par le salarié ;

Coef. : le coefficient actuariel dépendant de l'âge de l'intéressé ;

Coef. : multiplicateur : le coefficient issu des tables de mortalité ;

V : la valeur du point retraite défini à l'article 19.

Article 24

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 25

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 26

Versement des cotisations

Les cotisations définies ci-dessous 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.

Article 27

Garanties de prévoyance

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

- 2,06 % sur la tranche A (salaire limité au plafond des assurances sociales agricoles) ;
- et 3,30 % sur les tranches B et C (salaire compris entre 1 fois et 8 fois le plafond des assurances sociales agricoles).

Concernant le risque incapacité temporaire, la garantie correspondant à l'obligation de mensualisation de l'employeur est à la charge exclusive de celui-ci et correspond à une cotisation de 0,35 % sur la tranche A et de 0,56 % sur les tranches B et C. La garantie correspondant au relais mensualisation est quant à elle à la charge exclusive du salarié et correspond à une cotisation de 0,29 % sur la tranche A et de 0,81 % sur les tranches B et C.

La ventilation des taux de cotisations contractuels par risque est fixée dans le tableau annexé au présent accord.

Un taux d'appel peut être fixé chaque année par la commission paritaire de suivi en fonction des résultats du régime. Pour 2018, le taux d'appel est fixé à 100 %.

Dans l'hypothèse où un contrat "garantie maintien de salaire" serait souscrit par l'employeur, la cotisation correspondant à l'obligation de mensualisation sera celle du contrat souscrit.

Article 28

Garantie frais de santé

La cotisation mensuelle frais de santé, toutes taxes comprises, est égale à :

- 2,61 % de la rémunération brute de la tranche A avec une assiette minimale de 1,89 % 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 est de 1,70 % de la rémunération brute de la tranche A avec une assiette minimale de 1,23 % 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 2018, le taux d'appel est fixé à 100 % ;

- 1,26 % 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 est égale à 1,14 % du plafond mensuel des assurances sociales, prise en charge à 50 % par l'employeur et à 50 % 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 29

Retraite supplémentaire

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

Article 30

Action sociale

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

Article 31

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 aux partenaires sociaux 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 ou deux 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 recommandé. L'examen portera notamment, par risque, sur les cotisations perçues, les prestations versées et les provisions constituées.

Elle propose aux partenaires sociaux de la convention collective nationale du 10 octobre 2008 les éventuelles révisions et adaptations du présent accord.

Article 32

Durée, révision et dénonciation de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

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.

Annexe I

Taux contractuels et ventilation des cotisations (en vigueur au 1^{er} janvier 2018)

(En pourcentage.)

	TA Tranche de salaire inférieure ou égale au plafond ASA			TB - TC Tranche de salaire comprise entre 1 et 8 fois le plafond ASA		
	Part employeur	Part salarié	Total	Part employeur	Part salarié	Total
Décès	1,01	–	1,01	0,495	0,495	0,99
Capital décès	0,31	–	0,31	0,155	0,155	0,31
Indemnité frais d'obsèques	0,02	–	0,02	–	–	–
Rente éducation	0,07		0,07	0,035	0,035	0,07
Rente de conjoint	0,61	–	0,61	0,305	0,305	0,61

Incapacité temporaire	0,35	0,29	0,64	0,56	0,81	1,37
Mensualisation	0,35	–	0,35	0,56	–	0,56
Relais mensualisation		0,29	0,29	–	0,81	0,81
Incapacité permanente	0,41	–	0,41	0,595	0,345	0,94
Incapacité permanente privée	0,36	–	0,36	0,495	0,345	0,84
Incapacité permanente professionnelle	0,05	–	0,05	0,10	–	0,10
Total prévoyance	1,77	0,29	2,06	1,65	1,65	3,30
(Soit en répartition employeur salarié)	85,92	14,08	100	50,00	50,00	100
Frais de santé						
Assiette salaire (avec cotisation minimum 1,89 % PMSS)	1,305	1,305	2,61	–	–	–
Assiette plafond sécurité sociale	0,63	0,63	1,26	–	–	–
Frais de santé Régime local Alsace-Moselle						
Assiette salaire (avec cot mini 1,23 % PMSS)	0,85	0,85	1,70	–	–	–
Assiette plafond sécurité sociale	0,57	0,57	1,14	–	–	–

Annexe II

Tableaux des garanties santé

Les prestations figurant aux tableaux respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

Aussi, elles ne prennent pas en charge 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. 322-2 du code de la sécurité sociale.

Elles répondent également aux exigences du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats responsables : prise en charge du ticket modérateur ou du forfait journalier, planchers et plafonds pour les frais d'optique, plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins adhérents ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DTPM) prévus à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (contrat d'accès aux soins [CAS] ou option pratique tarifaire maîtrisée [OPTAM/OPTAM-CO]).

Tous les actes bénéficiant d'un remboursement du régime de base de sécurité sociale font l'objet d'un remboursement complémentaire au minimum au ticket modérateur. Le montant total des remboursements ne peut excéder les frais réellement engagés.

(Voir tableaux pages suivantes.)

Tableau des garanties santé hors Alsace-Moselle

Nature des risques	Remboursements du régime obligatoire	Remboursements complémentaires
Frais médicaux		
• Honoraires médecins ⁽¹⁾	70% BR	TM
Dépassement d'honoraires médecins adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% FR
Dépassement d'honoraires médecins non adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% BR
• Auxiliaires médicaux	60% BR	100% FR
• Analyses, examens de laboratoires	de 60% à 100% BR	TM
Dépassement d'honoraires médecins adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% FR
Dépassement d'honoraires médecins non adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% BR
• Radiologie, actes techniques	70% BR	TM
Dépassement d'honoraires médecins adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% FR
Dépassement d'honoraires médecins non adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% BR
• Actes de prévention ⁽⁴⁾	35% à 70% BR	100% FR
Pharmacie		
• Pharmacie remboursée par le Régime de base	15% à 65% BR	TM
Optique		
Equipelement adulte : 2 verres + monture par bénéficiaire et pour 2 ans à compter de la date d'acquisition. La période de prise en charge est réduite à un an pour les personnes dont la vue évolue. Garanties conformes au décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats responsables.		
• Monture	60% BR	150€
• Verre simple (par verre)		
BR = 2,29 €	60% BR	140€
BR = 3,66 €	60% BR	160€
Autres BR	60% BR	220€
• Verre progressif (par verre)		
BR = 7,32 €	60% BR	290€
BR = 10,37 €	60% BR	300€
Autres BR	60% BR	350€
Equipelement enfant : 2 verres + monture par bénéficiaire, renouvelable tous les ans à compter de la date d'acquisition		
• Monture	60% BR	131€
• Verre (par verre)		
BR = 12,04 €	60% BR	130€
BR = 14,94 €	60% BR	150€
Autres BR	60% BR	220€
Divers		
• Lentilles remboursées	60% BR	390% BR + 340€/an/bénéficiaire

• Lentilles non remboursées		290€/an/bénéficiaire
• Chirurgie réparatrice de l'œil		500€/œil /an/bénéficiaire
Dentaire		
• Soins et honoraires remboursés par le régime de base	70% BR	100% FR
• Prothèses dentaires remboursées par le régime de base y compris couronnes implanto-portées	70% BR	410 % BR
• Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base		215 €/an/bénéficiaire
• Orthodontie remboursée par le régime de	100% BR	300% BR
• Orthodontie non remboursée par le régime de base		400 €/an/bénéficiaire
• Implantologie/parodontologie ⁽⁵⁾		200 €/an/bénéficiaire
Appareillage		
• Gros et petit appareillage, orthopédie,	60% ou 100% BR	TM + 200 % BR
• Prothèses auditives remboursées par le régime de base	60% BR	390 % BR + 400€/an/bénéficiaire
• Prothèses auditives non remboursées par le régime de base		385€/an/bénéficiaire
• Fournitures médicales, pansements	60% BR	100% FR
Hospitalisation médicale ou chirurgicale, conventionnée		
• Frais de soins et de séjour	80% ou 100% BR	TM
Dépassement d'honoraires médecins adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% FR
Dépassement d'honoraires médecins non adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% BR
• Chambre particulière (y.c. ambulatoire) limitée à 60j/an/bénéficiaire ⁽⁶⁾		100%FR
• Frais d'accompagnant (enfant moins de 16 ans) limités à 60 jours/an/bénéficiaire		40 €/jour
• Forfait hospitalier journalier		100% FR
Maternité conventionnée⁽⁷⁾		
Dépassements d'honoraires médecins adhérents aux DPTM ⁽²⁾		1000 € / maternité
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% FR
• Chambre particulière		100% BR
• Prime de naissance : maternité ou adoption		100% FR
Psychiatrie conventionnée		
• Frais de soins et de séjour	100% ou 80% BR	210€/enfant pour les 2 premiers et 310€ à partir du 3 ^{ème}
Dépassements d'honoraires médecins adhérents aux DPTM ⁽²⁾		TM
		100% FR

Dépassements d'honoraires médecins non adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% BR
• Chambre particulière		1000 €/an/bénéficiaire
• Forfait hospitalier journalier		100% FR
Cures thermales		
• Honoraires de surveillance médicale	70% BR	TM
Dépassements d'honoraires médecins adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% FR
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% BR
• Frais de soins et séjour	65% BR	TM+195€/an/bénéficiaire
Divers		
• Transport pris en charge par le régime de	65% BR	TM + 100% BR
• Forfait actes lourds ⁽⁸⁾		100% FR

Tableau des garanties santé Alsace-Moselle

Nature des risques	Remboursements du régime obligatoire	Remboursements complémentaires
Frais médicaux		
• Honoraires médecin ⁽¹⁾	90 % BR	10% BR
Dépassement d'honoraires médecins adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% FR
Dépassement d'honoraires médecins non adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% BR
• Auxiliaires médicaux ⁽³⁾	90 % BR	100% FR
• Analyses, examens de laboratoires	90 % ou 100% BR	TM
Dépassement d'honoraires médecins adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% FR
Dépassement d'honoraires médecins non adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% BR
• Radiologie, actes techniques	90 % BR	TM
Dépassement d'honoraires médecins adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% FR
Dépassement d'honoraires médecins non adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% BR
• Actes de prévention ⁽⁴⁾	90 % BR	100% FR
Pharmacie		
• Pharmacie remboursée par le régime de base	15% à 90 % BR	TM
Optique		
Equipelement adulte : 2 verres + monture par bénéficiaire et pour 2 ans à compter de la date d'acquisition. La période de prise en charge est réduite à 1 an pour les personnes dont la vue évolue. Garanties conformes au décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats responsables		
• Monture	90% BR	150€
• Verre simple (par verre)		
BR = 2,29 €	90% BR	140€
BR = 3,66 €	90% BR	160€
Autres BR	90% BR	220€
• Verre progressif (par verre)		
BR = 7,32 €	90% BR	290€
BR = 10,37 €	90% BR	300€
Autres BR	90% BR	350€
Equipelement enfant: 2 verres + monture par bénéficiaire, renouvelable tous les ans à compter de la date d'acquisition		
• Monture	90% BR	131€
• Verre (par verre)		
BR = 12,04 €	90% BR	130€
BR = 14,94 €	90% BR	150€
Autres BR	90% BR	220€
Divers		
• Lentilles remboursées	90% BR	390%BR+
• Lentilles non remboursées		340€/an/bénéficiaire
• Chirurgie réparatrice de l'œil		290€/an/bénéficiaire
		500€/œil/an/bénéficiaire
Dentaire		
• Soins et honoraires remboursés par le régime de base	90 % BR	100% FR
• Prothèses dentaires remboursées par le régime de base y compris couronnes implantoprotées	90 % BR	390 % BR

<ul style="list-style-type: none"> Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base 		215 €/an/bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> Orthodontie remboursée par le régime de base 	100 % BR	300% BR
<ul style="list-style-type: none"> Orthodontie non remboursée par le régime de base 		400 €/an/bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> Implantologie/parodontologie⁽⁵⁾ 		200 €/an/bénéficiaire
Appareillage		
<ul style="list-style-type: none"> Gros et petit appareillage, orthopédie, prothèses sauf auditives 	90% ou 100 % BR	TM + 200 % BR
<ul style="list-style-type: none"> Prothèses auditives remboursées par le régime de base 	90 % BR	540 % BR + 400€/an/bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> Prothèses auditives non remboursées par le régime de base 		385€/an/bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> Fournitures médicales, pansements 	90 % BR	100% FR
Hospitalisation médicale ou chirurgicale, conventionnée		
<ul style="list-style-type: none"> Frais de soins et de séjour 	100% BR	-
Dépassement d'honoraires médecins adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% FR
Dépassement d'honoraires médecins non adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% BR
<ul style="list-style-type: none"> Chambre particulière (y.c. ambulatoire) limitée à 60j/an/bénéficiaire⁽⁶⁾ 		100%FR
<ul style="list-style-type: none"> Frais d'accompagnant (jusqu'aux 16 ans de l'enfant) 		40 €/jour
limités à 60 jours/an/bénéficiaire		
<ul style="list-style-type: none"> Forfait hospitalier journalier 	100% FR	-
Maternité conventionnée⁽⁷⁾		
Dépassements d'honoraires médecins adhérents aux DPTM ⁽²⁾		1000 € / maternité
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% FR
<ul style="list-style-type: none"> Chambre particulière 		100% BR
<ul style="list-style-type: none"> Prime de naissance : maternité ou adoption 		100% FR
		210€/enfant pour les 2 premiers et 310€ à partir du 3ème
Psychiatrie conventionnée		
<ul style="list-style-type: none"> Frais de soins et de séjour 	90 % BR	TM
Dépassements d'honoraires médecins adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% FR
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% BR
<ul style="list-style-type: none"> Chambre particulière 		1000€/an/bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> Forfait hospitalier journalier 	100% FR	-
Cures thermales		
<ul style="list-style-type: none"> Honoraires de surveillance médicale 	90% BR	TM
Dépassements d'honoraires médecins adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% FR
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents aux DPTM ⁽²⁾		100% BR
<ul style="list-style-type: none"> Frais de soins et séjour 	90% BR	TM + 195€/an/bénéficiaire

Divers		
• Transport pris en charge par le régime de base	100 % BR	-
• Forfait actes lourds ⁽⁸⁾	100% FR	-

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.

⁽²⁾ 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 (CAS ou OPTAM/OPTAM-co). Pour les médecins non conventionnés, se référer aux remboursements des dépassements des médecins non adhérents aux DPTM, le remboursement sera calculé sur la base du tarif d'Autorité défini par l'Article L162-5-10 du code de la Sécurité sociale.

⁽³⁾ Auxiliaires médicaux non conventionnés : 90% FR à 300% BR du secteur conventionné

⁽⁴⁾ Actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 18 novembre 2014 fixant la liste des prestations de prévention. 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). En cas de dépassements, se référer à la ligne dépassements médecins adhérents ou non aux DPTM.

⁽⁵⁾ hors couronnes implanto-portées

⁽⁶⁾ P Pour les établissements non conventionnés (y.c. ambulatoire) : 90% FR limité à 60/jour/an

⁽⁷⁾ Le crédit de 1000€ ne peut être utilisé pour le remboursement complémentaire des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux DPTM. Prime de naissance : maternité ou adoption : versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.

⁽⁸⁾ Forfait acte lourd : ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €. »

Article 2

Entrée en vigueur

Les dispositions du présent avenant entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2018 sous réserve de la publication au *Journal officiel* de l'arrêté d'extension avant le 15 décembre 2017.

À défaut de publication de l'arrêté d'extension à cette date, l'entrée en vigueur est fixée au 1^{er} jour du trimestre civil qui suit sa publication au *Journal officiel* et au plus tôt le 1^{er} avril 2018.

Article 3

Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 24 mai 2017.

(Suivent les signatures.)