

Brochure n° 3617

**Convention collective nationale**

**IDCC : 7018. – ENTREPRISES DU PAYSAGE**

**AVENANT N° 25 DU 8 JUILLET 2019**

NOR : *AGRS1997225M*

IDCC : 7018

Entre :

Union nationale des entreprises du paysage UNEP ;

Chambre nationale des artisans des travaux publics et du paysage CNATP,

D'une part, et

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

Fédération nationale agroalimentaire et forestière FNAF CGT ;

Fédération générale de l'agroalimentaire FGA CFDT ;

Fédération CFTC de l'agriculture CFTC-Agri ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes FGTA FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**PRÉAMBULE**

Dans l'optique de la fin de la clause de recommandation du régime prévoyance et frais de santé des ouvriers et employés des entreprises du paysage au 31 décembre 2019, et, conformément à la réglementation en vigueur, les partenaires sociaux ont réexaminé les modalités d'organisation de la recommandation. Au terme d'une procédure de mise en concurrence préalable réalisée dans le respect du décret n° 2015-752 du 24 juin 2015, les partenaires sociaux ont recommandé AGRI PRÉVOYANCE pour l'assurance du régime prévoyance et frais de santé afin d'optimiser la mutualisation.

Dans l'objectif de préserver le régime unique prévoyance et frais de santé, les organisations syndicales de salariés ainsi que les organisations patronales représentatives au plan national, décident d'un maintien à l'identique des garanties du régime prévoyance et d'améliorer les garanties du régime frais de santé en les adaptant toutefois à la nouvelle réglementation relative aux contrats responsables à la suite des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent avenant ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, les entreprises de la branche sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de 50 salariés. Aussi, les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les entreprises de la branche, y compris les TPE de moins de 50 salariés, et ce afin de ne pas remettre en cause le régime social et fiscal de faveur attaché au présent régime.

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

### *Modification du chapitre VII des dispositions particulières aux ouvriers et employés*

Le chapitre VII « Régime de prévoyance et de frais de santé » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

#### « Chapitre VII

#### Régime de prévoyance et de frais de santé

#### Article 14

##### *Objet*

Les ouvriers et employés ne relevant pas de l'accord du 15 juin 2012 et des articles 4, 4 *bis* et de l'article 36 de l'annexe I de la convention collective nationale AGIRC du 14 mars 1947 bénéficient d'un régime unique de prévoyance et frais de santé obligatoire tel que prévu dans le présent chapitre.

Pour les garanties où les ayants droit sont visés, ces derniers sont définis ainsi :

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.

Enfant à charge : par enfants à charge, il faut entendre :

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

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

- être âgé de moins de 26 ans sous réserve qu'ils poursuivent leurs études ;
- être âgé de moins de 20 ans et être sous contrat d'apprentissage ;
- être âgé de moins de 16 ans dans tous les autres cas ;
- 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<sup>e</sup> anniversaire.

Les ouvriers et employés bénéficient d'un régime qui assure les prestations suivantes dans les conditions décrites aux articles 15 à 18 :

- des indemnités journalières complémentaires à celles versées par le régime de base obligatoire, en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident ;
- une pension d'invalidité complémentaire en cas d'invalidité (2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie) d'une part ou d'incapacité permanente d'origine professionnelle d'autre part au moins égale aux 2/3 reconnues par le régime de base obligatoire ;
- le versement d'un capital décès, d'une rente éducation et d'une indemnité frais d'obsèques ;
- des remboursements complémentaires à ceux effectués par le régime de base obligatoire, au titre de la maladie et de la maternité.

## Article 15

### *Incapacité temporaire de travail*

En cas d'incapacité temporaire de travail dûment justifiée par prescription médicale et ouvrant droit aux indemnités journalières légales, le salarié bénéficie d'une indemnité journalière complémentaire. L'organisme assureur peut, en accord avec la commission paritaire de suivi, décider de déléguer cette gestion auprès d'un autre organisme.

L'indemnisation globale (indemnité légale à laquelle s'ajoute l'indemnité complémentaire y compris les droits au titre de la mensualisation) perçue par le salarié est égale à 100 % du salaire net pendant 90 jours puis 80 % du salaire net tant que dure le versement des indemnités journalières légales.

Les conditions de versement des indemnités journalières complémentaires sont les suivantes :

#### *a) Ancienneté*

Le versement des indemnités journalières interviendra en cas de maladie ou d'accident de la vie privée lorsque le salarié dispose à la date de l'arrêt d'une année d'ancienneté continue ou discontinue.

En cas d'accident du travail, de trajet ou de maladie professionnelle l'indemnité complémentaire est versée sans condition d'ancienneté.

#### *b) Délai de franchise*

Le versement des indemnités journalières complémentaires intervient après un délai de franchise de 7 jours en cas de maladie ou d'accident de la vie privée.

En cas d'arrêt consécutif à un accident de travail, de trajet, ou de maladie professionnelle le versement des indemnités complémentaires est opéré sans délai de franchise.

#### *c) Salaire de référence pour le calcul des indemnités complémentaires et revalorisation*

Le salaire pris en compte pour le calcul des indemnités journalières complémentaires est celui retenu pour le calcul des indemnités journalières légales versées par le régime de base obligatoire.

L'indemnisation prévue ci-dessus ne peut avoir pour effet de servir au salarié une indemnisation nette supérieure à sa rémunération nette d'activité.

Les indemnités journalières complémentaires sont revalorisées sur décision de l'organisme assureur recommandé, après information de la commission paritaire de suivi.

#### *d) Rupture du contrat de travail*

Lorsque la rupture du contrat de travail intervient avant la fin de la période d'indemnisation, le paiement des indemnités journalières complémentaires est maintenu tant que le régime de base obligatoire indemnise le salarié.

La garantie incapacité temporaire est complétée par l'assurance des charges sociales patronales dues sur les indemnités journalières complémentaires financée en totalité par l'employeur.

e) Maintien des prestations en cours de service

Les indemnités journalières complémentaires en cours de service à la date d'entrée en vigueur du régime ou résultant d'un arrêt de travail antérieur à cette même date continuent à être supportées par l'organisme assureur chez qui les droits ont été ouverts.

En revanche, les revalorisations postérieures à cette même date d'entrée en vigueur sont prises en charge par le nouvel organisme assureur choisi par l'entreprise.

## Article 16

### *Incapacité permanente de travail professionnelle ou non (invalidité)*

Le droit à la pension d'invalidité complémentaire est ouvert aux salariés justifiant d'une ancienneté continue ou non de 12 mois qui seraient reconnus invalides sans indemnisation préalable au titre de la garantie incapacité.

Toutefois, les salariés précédemment indemnisés au titre de la garantie incapacité bénéficient, en cas d'invalidité de catégorie 2 ou 3 reconnue par le régime de base obligatoire ou en cas d'attribution d'une rente accident du travail pour une incapacité au moins égale aux 2/3, du versement d'une pension d'invalidité complémentaire aux prestations versées par le régime de base obligatoire précité.

La pension d'invalidité est égale à 80 % du salaire net sous déduction de la pension d'invalidité ou de la rente incapacité servie au titre du régime de base obligatoire.

La pension d'invalidité est servie mensuellement à terme échu.

Le salaire net pris en compte correspond à 1/12 des salaires nets perçus par le salarié au cours des 12 mois civils précédant la date de l'arrêt de travail.

Les pensions d'invalidité en cours de service à la date d'entrée en vigueur du régime ou résultant d'un arrêt de travail antérieur à cette même date continuent à être supportées par l'organisme assureur chez qui les droits ont été ouverts.

En revanche, les revalorisations postérieures à cette même date d'entrée en vigueur sont prises en charge par le nouvel organisme assureur choisi par l'entreprise.

Lorsque l'organisme assureur recommandé procède à la revalorisation des prestations en cours de service, celle-ci est effectuée sur décision de l'organisme assureur recommandé, après information de la commission paritaire de suivi.

## Article 17

### *Décès*

Il est prévu, en cas de décès, une garantie comprenant le versement d'un capital décès, d'une rente éducation et d'une indemnité frais d'obsèques, selon les démarches administratives prévues aux conditions générales et/ou la Notice d'Information délivrées par l'organisme assureur.

Le versement de la garantie décès n'est assorti d'aucune condition d'ancienneté.

#### a) Le capital décès

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 l'organisme assureur à la demande du ou des bénéficiaire(s).

Le capital est versé au conjoint survivant non séparé de corps à moins que le salarié ait fixé et notifié à l'organisme assureur une répartition entre son conjoint et ses descendants, cette répartition ne pouvant réduire la part du conjoint à moins de 50 % du capital.

Le cocontractant d'un Pacs est assimilé au conjoint non séparé de corps.

En l'absence de conjoint survivant non séparé de corps, le capital est versé aux descendants.

En l'absence de ces bénéficiaires prioritaires, le capital est attribué dans l'ordre de préférence suivant :

- aux bénéficiaires désignés par le participant ;
- au concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune ;
- aux héritiers.

Le salaire brut pris en compte est celui des 4 derniers trimestres civils précédant le décès.

En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié, constatée par le régime de base obligatoire (3<sup>e</sup> catégorie), lui interdisant toute activité rémunérée et l'obligeant à être assisté d'une tierce personne pour les actes de la vie courante, le capital décès peut lui être versé, sur sa demande, de façon anticipée en une seule fois, hors majorations familiales. Le paiement anticipé met fin au paiement du capital décès.

La garantie décès couvre tous les risques de décès, à l'exclusion de ceux résultant :

- de la guerre civile ou étrangère ;
- du fait volontaire du bénéficiaire, le suicide étant toutefois pris en charge.

*b) La rente annuelle d'éducation*

En cas de décès du salarié justifiant de 12 mois continus ou non d'affiliation à la garantie décès, chaque enfant à charge au moment du décès perçoit une rente annuelle d'éducation égale à :

- 3 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) pour un enfant de 0 à 10 ans ;
- 4,5 % du PASS pour un enfant de 11 à 17 ans ;
- 6 % du PASS pour un enfant de 18 à 26 ans (si poursuite d'études).

À titre informatif, la valeur du PASS au 1<sup>er</sup> janvier 2019 s'élève à 40 524 euros.

*c) L'indemnité frais d'obsèques*

En cas de décès du salarié, de son conjoint non séparé de corps, de son concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune, de son cocontractant d'un pacte civil de solidarité ou d'un enfant à charge, il est versé une indemnité frais d'obsèques d'un montant égal au montant des frais réellement engagés dans la limite de 100 % du Plafond Mensuel de sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour du décès.

En cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans, l'indemnité funéraire sera limitée aux Frais réels conformément à l'article L. 932-23 du code de la sécurité sociale.

La prestation est servie au salarié (à la condition qu'il ait lui-même réglé les frais d'obsèques) ou à la personne qui a supporté les frais d'obsèques, sur demande déposée dans les 6 mois suivant le décès.

À titre informatif, le montant du PMSS en 2019 est égal à 3 377 €.

## Article 18

### *Complémentaire frais de santé*

*a) Les bénéficiaires*

Les salariés bénéficient d'une garantie complémentaire frais de santé sans condition d'ancienneté. Leur affiliation à la garantie frais de santé intervient dès le premier jour d'embauche.

Bénéficient également de cette garantie, les ayants droit définis à l'article 14.

#### *b) Les dispenses d'affiliation*

Sans préjudice des cas de dispense d'ordre public prévus par les textes législatifs et réglementaires en vigueur, l'affiliation à la complémentaire frais de santé est facultative pour :

- les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ;
- les salariés déjà couverts par ailleurs :
  - en qualité d'ayant droit : cette dispense prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit ;
  - de par l'exercice d'une activité exercée simultanément chez plusieurs employeurs ne relevant pas tous du champ d'application de la présente convention ;
- les salariés à temps partiel et pour les salariés en contrat d'apprentissage, à condition que le montant de la cotisation à leur charge représente 10 % ou plus de leur rémunération brute ;
- les salariés couverts par cette garantie à titre d'ayant droit (en tant que conjoint travaillant dans la même entreprise qu'un salarié déjà affilié).
- les salariés faisant usage d'un des cas de dispense d'affiliation doivent en faire la demande à leur employeur. Les pièces justificatives devront être produites lors de la demande initiale puis chaque année, avant le 20 janvier.

#### *c) Les prestations*

Les remboursements interviennent en complément de ceux versés par le régime de base obligatoire.

En l'absence de prise en charge du régime de base obligatoire, ces mêmes remboursements peuvent aussi être exprimés dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire. En tout état de cause, l'addition des remboursements du régime de base obligatoire et du régime complémentaire ne peut dépasser le montant des frais réellement engagés par le salarié.

Le présent régime s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits « responsables », institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures. En cas de modifications législatives et/ou réglementaires, les garanties seront automatiquement révisées dans les conditions et délais fixés par les textes.

Il répond ainsi aux exigences mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale : les obligations de prise en charge du ticket modérateur, du forfait « actes lourds », du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100 % santé en optique, dentaire et audiologie, et le respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optique et du plafond pour les aides auditives.

**Tableau des prestations santé hors Alsace-Moselle, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020**

Nature des risques	Remboursement du régime de base (RO)	Remboursement complémentaire	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
<b>Soins courants</b>			
• <b>Honoraires médicaux</b> (généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation)	70% BR	30% BR	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)	-	220% BR	220% BR
- Dépassement d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)	-	100% BR	100% BR
• <b>Honoraires paramédicaux</b>	60% BR	40% BR	100% BR
• <b>Analyses et examens de laboratoire</b>	60% à 100% BR	40% à 0% BR	100% BR
• <b>Radiographie</b>	70% BR	30% BR	100% BR
• <b>Médicaments</b>	15% à 65% BR	85% BR à 35%	100% BR
• <b>Matériel médical</b>			
- Fournitures médicales, pansements	60% BR	100% FR - 60% BR	100% FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	60% BR à 100% BR	240% BR	300% BR à 340% BR
• <b>Actes de prévention (2)</b>	35% à 70% BR	de 65% BR à 30% BR	100% BR
• <b>Honoraires de médecine douce reconnus par le Ministère de la Santé(chiropractie, ostéopathie)</b>	-	20 € / séance avec un maximum de 2 séances / an / bénéficiaire	20 € / séance avec un maximum de 2 séances / an / bénéficiaire
<b>Optique</b>			
<b>Equipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans (3)</b>			
• <b>Equipements 100% Santé (Classe A) (4)</b>			
- Monture	60% BR	Frais réels - 60% BR	Frais réels
- Verres	60% BR	Frais réels - 60% BR	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60% BR	Frais réels - 60% BR	Frais réels
• <b>Autres équipements (Classe B)</b>			
-Monture	60% BR	100 € - 60% BR	100 €
-Verres unifocaux simples (5)	60% BR	90 € / verre - 60% BR	90 € / verre
-Verres unifocaux complexes (5)	60% BR	130 € / verre - 60% BR	130 € / verre
-Verres multifocaux ou progressifs complexes (5)	60% BR	135 € / verre - 60% BR	135 € / verre
-Verres multifocaux ou progressifs très complexes (5)	60% BR	150 € / verre - 60% BR	150 € / verre
• <b>Prestation d'adaptation de la correction à la vue et supplément pour verre avec filtre (4)</b>	60% BR	Frais réels - 60% BR	Frais réels
• <b>Lentilles remboursées par le régime de base</b>	60% BR	40% BR +135 € / an	100% BR + 135 € / an
• <b>Lentilles non remboursées par le régime de base</b>	-	Crédit de 175 € / an / bénéficiaire	Crédit de 175 € / an / bénéficiaire



• <b>Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base</b>	-	Crédit de 250 € / an / œil / bénéficiaire	Crédit de 250 € / an / œil / bénéficiaire
<b>Dentaire</b>			
• <b>Soins et prothèses 100% Santé (4) (6)</b>	70% BR	Frais réels - 70% BR	Frais réels
• <b>Soins</b> (hors 100% Santé)	70% BR	100% BR	170% BR
• <b>Inlay Onlay</b> (hors 100% Santé) (7)	70% BR	200% BR	270% BR
• <b>Prothèses</b> (hors 100% Santé)			
-Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core (7)	70% BR	250% BR	320% BR
-Inlay core (7)	70% BR	180% BR	250% BR
• <b>Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base</b> (hors inlays core)	-	Crédit de 215 € / an / bénéficiaire	Crédit de 215 € / an / bénéficiaire
• <b>Parodontologie non remboursée par le régime de base</b>	-	Crédit de 100 € / an / bénéficiaire	Crédit de 100 € / an / bénéficiaire
• <b>Orthodontie prise en charge par le régime de base</b>	70% BR ou 100% BR	230% BR	300% BR ou 330% BR
• <b>Orthodontie non prise en charge par le régime de base</b>	-	Crédit de 200 € / an / bénéficiaire	Crédit de 200 € / an / bénéficiaire
<b>Aides auditives</b>			
• <b>Equipements 100% Santé</b> (Classe I) (4) (8)	60% BR	Frais réels - 60% BR	Frais réels
• <b>Aides auditives</b> hors 100% Santé (Classe II) (8) jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60% BR	1700 € - RO / oreille / bénéficiaire tous les 4 ans	1700 € / oreille / bénéficiaire tous les 4 ans
• <b>Aides auditives</b> hors 100% Santé (Classe II) (8) à partir de 21 ans	60% BR	1700 € - RO / oreille / bénéficiaire tous les 4 ans	1700 € / oreille / bénéficiaire tous les 4 ans
• <b>Piles et accessoires</b>	60% BR	40% BR	100% BR
<b>Hospitalisation</b>			
• <b>Frais de séjour</b>	80% BR	20% BR	100% BR
• <b>Honoraires</b>	80% BR	20% BR	100% BR
-Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)	-	220% BR	220% BR
-Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)	-	100% BR	100% BR
• <b>Participation du patient (9)</b>	-	Frais réels	Frais réels
• <b>Chambre particulière (y compris ambulatoire)</b>	-	50 € / jour	50 € / jour
• <b>Frais d'accompagnant</b>	-	25 € / jour	25 € / jour
• <b>Forfait journalier hospitalier</b>	-	Frais réels	Frais réels
<b>Maternité</b>			
• <b>Frais de séjour</b>	100% BR	-	100% BR
• <b>Honoraires</b>	100% BR	-	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)	-	220% BR	220% BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)	-	100% BR	100% BR
• <b>Prime de naissance : maternité ou adoption (10)</b>	-	250 € par enfant (350 € à partir du 3ème)	250 € par enfant (350 € à partir du 3ème)
• <b>Forfait journalier hospitalier</b>	-	Frais réels	Frais réels
<b>Psychiatrie</b>			



• <b>Frais de séjour</b>	80% BR	20% BR	100% BR
• <b>Honoraires</b>	80 % BR	20% BR	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)	-	220% BR	220% BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)	-	100% BR	100% BR
• <b>Forfait journalier hospitalier</b>	-	Frais réels	Frais réels
<b>Divers</b>			
• <b>Transport pris en charge par le régime de base</b>	65% BR	35% BR	100% BR
• <b>Pharmacie prescrite et non remboursée par le régime de base :</b> Médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiniques		100 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
• <b>Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base</b>	-	Crédit 40 € / an / bénéficiaire	Crédit 40 € / an / bénéficiaire
• <b>Assistance</b>	-	OUI	OUI
• <b>Réseau de soins</b>	-	OUI	OUI

**Tableau des prestations santé Alsace-Moselle, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020**

Nature des risques	Remboursement du régime de base (RO)	Remboursement complémentaire	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
<b>Soins courants</b>			
• <b>Honoraires médicaux</b> (généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation)	90% BR	10% BR	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)	-	220% BR	220% BR
- Dépassement d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)	-	100% BR	100% BR
• <b>Honoraires paramédicaux</b>	90% BR	10% BR	100% BR
• <b>Analyses et examens de laboratoire</b>	90% à 100% BR	10% à 0% BR	100% BR
• <b>Radiographie</b>	90% BR	10% BR	100% BR
• <b>Médicaments</b>	15% à 90% BR	85% BR à 10% BR	100% BR
• <b>Matériel médical</b>			
- Fournitures médicales, pansements	90% BR	100% FR - 90% BR	100% FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	90% BR à 100% BR	210% BR	300% BR à 310% BR
• <b>Actes de prévention (2)</b>	35% à 90% BR	de 65% BR à 10% BR	100% BR
• <b>Honoraires de médecine douce reconnus par le Ministère de la Santé(chiropractie, ostéopathie)</b>	-	20 € / séance avec un maximum de 2 séances / an / bénéficiaire	20 € / séance avec un maximum de 2 séances / an / bénéficiaire
<b>Optique</b>			
<b>Equipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans (3)</b>			
• <b>Equipements 100% Santé (Classe A) (4)</b>			
- Monture	90% BR	Frais réels - 90% BR	Frais réels
- Verres	90% BR	Frais réels - 90% BR	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	90% BR	Frais réels - 90% BR	Frais réels
• <b>Autres équipements (Classe B)</b>			
-Monture	90% BR	100 € - 90% BR	100 €
-Verres unifocaux simples (5)	90% BR	90 € / verre - 90% BR	90 € / verre
-Verres unifocaux complexes (5)	90% BR	130 € / verre - 90% BR	130 € / verre
-Verres multifocaux ou progressifs complexes (5)	90% BR	135 € / verre - 90% BR	135 € / verre
-Verres multifocaux ou progressifs très complexes (5)	90% BR	150 € / verre - 90% BR	150 € / verre
• <b>Prestation d'adaptation de la correction à la vue et supplément pour verre avec filtre (4)</b>	90% BR	Frais réels - 90% BR	Frais réels
• <b>Lentilles remboursées par le régime de base</b>	90% BR	10% + 135 € / an	100% BR + 135 € / an
• <b>Lentilles non remboursées par le régime de base</b>	-	Crédit de 175 € / an / bénéficiaire	Crédit de 175 € / an / bénéficiaire

• <b>Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base</b>	-	Crédit de 250 € / an / œil / bénéficiaire	Crédit de 250 € / an / œil / bénéficiaire
<b>Dentaire</b>			
• <b>Soins et prothèses 100% Santé (4) (6)</b>	90% BR	Frais réels - 90% BR	Frais réels
• <b>Soins</b> (hors 100% Santé)	90% BR	80% BR	170 % BR
• <b>Inlay Onlay</b> (hors 100% Santé) (7)	90% BR	180% BR	270 % BR
• <b>Prothèses</b> (hors 100% Santé)			
-Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core (7)	90% BR	230% BR	320% BR
-Inlay core (7)	90% BR	160% BR	250% BR
• <b>Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base</b> (hors inlays core)	-	Crédit de 215 € / an / bénéficiaire	Crédit de 215 € / an / bénéficiaire
• <b>Parodontologie non remboursée par le régime de base</b>	-	Crédit de 100 € / an / bénéficiaire	Crédit de 100 € / an / bénéficiaire
• <b>Orthodontie prise en charge par le régime de base</b>	90% BR ou 100% BR	230% BR	320% BR ou 330% BR
• <b>Orthodontie non prise en charge par le régime de base</b>	-	Crédit de 200 € / an / bénéficiaire	Crédit de 200 € / an / bénéficiaire
<b>Aides auditives</b>			
• <b>Equipements 100% Santé</b> (Classe I) (4) (8)	90% BR	Frais réels - 90% BR	Frais réels
• <b>Aides auditives</b> hors 100% Santé (Classe II) (8) jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	90% BR	1700 € - RO / oreille / bénéficiaire tous les 4 ans	1700 € / oreille / bénéficiaire tous les 4 ans
• <b>Aides auditives</b> hors 100% Santé (Classe II) (8) à partir de 21 ans	90% BR	1700 € - RO / oreille / bénéficiaire tous les 4 ans	1700 € / oreille / bénéficiaire tous les 4 ans
• <b>Piles et accessoires</b>	90% BR	10% BR	100% BR
<b>Hospitalisation</b>			
• <b>Frais de séjour</b>	100% BR	-	100% BR
• <b>Honoraires</b>	100% BR	-	100% BR
-Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)	-	220% BR	220% BR
-Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)	-	100% BR	100% BR
• <b>Participation du patient (9)</b>	100% FR	-	Frais réels
• <b>Chambre particulière (y compris ambulatoire)</b>	-	50 € / jour	50 € / jour
• <b>Frais d'accompagnant</b>	-	25 € / jour	25 € / jour
• <b>Forfait journalier hospitalier</b>	100% FR	-	Frais réels
<b>Maternité</b>			
• <b>Frais de séjour</b>	100% BR	-	100% BR
• <b>Honoraires</b>	100% BR	-	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)	-	220% BR	220% BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)	-	100% BR	100% BR
• <b>Prime de naissance : maternité ou adoption (10)</b>	-	250 € par enfant (350 € à partir du 3ème)	250 € par enfant (350 € à partir du 3ème)
• <b>Forfait journalier hospitalier</b>	100% FR	-	Frais réels

Psychiatrie			
• <b>Frais de séjour</b>	100%BR	-	100% BR
• <b>Honoraires</b>	100% BR	-	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)	-	220% BR	220% BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)	-	100% BR	100% BR
• <b>Forfait journalier hospitalier</b>	100% FR	-	Frais réels
Divers			
• <b>Transport pris en charge par le régime de base</b>	100% BR	-	100% BR
• <b>Pharmacie prescrite et non remboursée par le régime de base :</b> Médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiniques		100 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
• <b>Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base</b>	-	Crédit 40 € / an / bénéficiaire	Crédit 40 € / an / bénéficiaire
• <b>Assistance</b>	-	OUI	OUI
• <b>Réseau de soins</b>	-	OUI	OUI

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM-CO).

(2) Actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 18 novembre 2014 fixant la liste des prestations de prévention. L'ensemble des actes de prévention est pris en charge au titre du contrat

(3) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévu par cet arrêté.

(4) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur relatifs au 100% santé. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(5) Verres unifocaux simples de Classe B

Verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries

Verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries

Verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries

Verres unifocaux complexes de Classe B

Verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries

Verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries

Verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie

Verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries

Verres multifocaux ou progressifs complexes de Classe B

Verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries

Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries

Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

Verres multifocaux ou progressifs très complexes de Classe B

Verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries

Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries

Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie

Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries

(6) La mise en place du 100% Santé pour les prothèses dentaires est progressive entre 2020 et 2021. Certaines prothèses qui intégreront le panier 100% Santé au 1er janvier 2021 seront pris en charge au titre des prothèses hors 100% Santé au cours de l'année 2020.

(7) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour certaines prothèses et soins hors 100% Santé (prothèses à honoraires maîtrisés) entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur dès lors qu'ils ont pris effet.

(8) A compter du 1er janvier 2021, prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

(9) Participation du patient : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (24 € en 2019). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €.

(10) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.

#### *d) Cessation de la garantie et maintien à titre individuel*

Les garanties cessent après la rupture du contrat de travail ou en cas de décès du salarié

En cas de rupture du contrat de travail, notamment, lors d'une démission ou d'un départ en retraite, les garanties cessent dès le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant.

La cotisation du mois de rupture du contrat de travail est due intégralement.

Au-delà, les salariés bénéficient des dispositions légales de la portabilité sur le maintien, sans contrepartie de cotisations, des garanties de protection sociale complémentaire en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à la prise en charge par le régime de l'assurance chômage selon les conditions définies par les textes légaux et tel que fixé à l'article 49 *bis* de la CCN des entreprises du paysage du 10 octobre 2008, relatif aux clauses communes.

En outre, peuvent continuer à bénéficier de cette couverture à titre individuel et moyennant un tarif défini dans les limites fixées par la réglementation, sans condition de durée :

- Les anciens salariés bénéficiaires :
  - d'une rente incapacité de travail ou d'invalidité ;
  - d'une pension de retraite ;
  - d'un revenu de remplacement, s'ils sont privés d'emploi,

À condition d'en faire la demande dans les 6 mois de la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivants l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties.

Les ayants droit du salarié décédé, à condition d'en faire la demande dans les 6 mois du décès.

### Article 19

#### *Organisme recommandé*

##### *a) Recommandation*

La couverture des risques prévoyance et frais de santé des salariés ouvriers et employés relevant de la CCN des entreprises du paysage du 10 octobre 2008 est fixée dans le cadre d'un régime unique et indissociable prévoyance et frais de santé dont l'organisme assureur recommandé par les organisations syndicales de salariés, ainsi que les organisations patronales représentatives au plan national, est AGRI PRÉVOYANCE, Institution de prévoyance, sise 21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris, régie par le code rural et de la pêche maritime.

Cette recommandation est établie après avoir satisfait aux dispositions fixées à l'alinéa 1<sup>er</sup> du II de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, modifié par la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013.

Toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale des entreprises du paysage du 10 octobre 2008 doivent appliquer les dispositions du régime unique

de prévoyance et frais de santé précité, y compris en ce qui concerne les dispositions relatives aux actions de solidarité.

L'organisme assureur ne peut refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de la présente convention au titre du régime unique et indissociable prévoyance et frais de santé. L'organisme assureur est tenu d'appliquer le tarif unique dans les conditions et modalités fixées à l'article 20 du présent avenant en offrant les garanties fixées dans le présent texte.

*b) Actions de solidarité en faveur des ressortissants du régime*

Les salariés en difficulté sociale, professionnelle ou matérielle peuvent bénéficier des prestations présentant un degré élevé de solidarité.

Pour compléter les prestations de l'action sociale de l'organisme assureur recommandé, la commission paritaire de suivi décidera, chaque année, de mettre en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, dans le cadre du haut degré de solidarité, à une hauteur minimale de 2 % des cotisations prévoyance et santé.

Les mesures de prévention et d'action sociale sont détaillées dans la convention d'assurance, de gestion et protocole technique et financier concernant le régime de prévoyance et de santé des ouvriers et employés relevant de la convention collective nationale des entreprises du paysage du 10 octobre 2008.

*c) Réexamen du régime et du choix de l'organisme recommandé*

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

Les parties signataires se réservent la faculté de réexaminer à tout moment la recommandation d'AGRI PRÉVOYANCE selon les modalités de procédures prévue au 1<sup>er</sup> alinéa du II de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Au plus tard, le réexamen de la recommandation auprès d'AGRI PRÉVOYANCE interviendra au moins 1 an avant l'expiration des 5 ans.

## Article 20

### *Cotisations*

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

*(En pourcentage)*

	TAUX CONTRACTUEL T1/T2	PART PATRONALE	PART SALARIALE
Mensualisation **	0,29	0,29	–
Assurance des charges sociales patronales	0,17	0,17	–
<i>Sous-total 1</i>	<i>0,46</i>	<i>0,46</i>	–
Incapacité de travail	0,45	-	0,45
Invalidité	0,28	0,25	0,03
Décès	0,23	0,20	0,03
<i>Sous-total 2</i>	<i>0,96</i>	<i>0,45</i>	<i>0,51</i>
Total	1,42	0,91	0,51

\* T1 = salaire compris entre 0 et 1 plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS)

T2 = salaire compris entre 1 et 8 fois le PMSS

\*\* L'obligation de maintien de salaire à la charge de l'employeur résultant de la mensualisation est intégralement prise en charge par l'employeur.

La cotisation mensuelle de la garantie frais de santé est définie ci-dessous.

(En Euros)

	RÉGIME	COTISATION totale	PART patronale	PART salariale
Complémentaire frais de santé	Hors Alsace-Moselle	46,58	23,29	23,29
	Alsace-Moselle	33,07	16,54	16,53

## Article 21

### *Révision, dénonciation*

En cas de remise en cause du présent régime et/ou de changement d'organisme assureur :

- les prestations d'incapacité temporaire et permanente de travail ainsi que les rentes éducation en cours de service sont maintenues à leur niveau atteint au jour de la résiliation ;
- il appartiendra aux parties signataires, conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, d'organiser avec le nouvel assureur, la poursuite de la revalorisation des prestations incapacité, invalidité et rente éducation au moins sur la base de l'évolution du point de retraite AGIRC – ARRCO. Toutefois, le conseil d'administration de l'organisme assureur recommandé pourra être amené à entériner cette évolution ;
- la garantie décès est maintenue pour le personnel en arrêt de travail pour maladie, accident, invalidité bénéficiant de prestations d'incapacité de travail ou d'invalidité.

## Article 22

### *Commission paritaire de suivi*

Une commission de suivi comprenant par moitié des représentants des deux collèges.

Le collège employeur 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 représentative au plan national.

La faculté est offerte au collège employeur ainsi qu'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 recommandé.

Cette commission paritaire de suivi se réunit, sur convocation du président, à la demande de l'une des organisations signataires et au moins 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 de ce régime de protection sociale complémentaire institué par le présent avenant.

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.

Elle propose aux représentants du collège employeur ainsi qu'à ceux des organisations syndicales de salariés de la convention collective nationale du 10 octobre 2008 les éventuelles révisions et adaptations des présentes dispositions. »



## **Article 2**

### *Entrée en vigueur*

Les dispositions du présent avenant entreront en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

## **Article 3**

### *Dépôt et extension*

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

Fait à Paris, le 8 juillet 2019.

(Suivent les signatures.)