

Avenant n° 43 du 5 juin 2024

NOR : AGRS2597011M

IDCC : 7018

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

Union nationale des entreprises du paysage (UNEP),

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Fédération générale de l'agroalimentaire FGA CFDT ;

Fédération nationale agroalimentaire et forestière FNAF CGT ;

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

Fédération CFTC de l'agriculture CFTC Agri ;

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

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 2024, 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.

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 frais de santé en les mettant en conformité selon la réglementation.

Afin de mettre en conformité la définition du groupe assuré avec le décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021 relatif aux critères objectifs de définition des catégories de salariés bénéficiaires d'une couverture de protection sociale complémentaire collective, les partenaires sociaux ont décidé de modifier les dispositions de la convention collective nationale des entreprises du paysage du 10 octobre 2008 pour les ouvriers et employés.

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^{er} | Modification des dispositions particulières propres aux ouvriers et employés

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

« Article 14 | Objet

Les salariés non-cadres ne relevant pas :

- de l'accord national du régime collectif conventionnel de prévoyance, frais de santé et retraite supplémentaire des salariés cadres et TAM du secteur du paysage du 15 juin 2012 ;
- des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres et n'ayant pas été assimilés à la catégorie des cadres par la commission, paritaire rattachée à l'APEC,

bénéficient d'un régime collectif de protection sociale conventionnel 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 deux ans, sous réserve que le (la) salarié(e) soit libre au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de Pacs. Toutefois, la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'au moins un enfant est né de l'union ou adopté.

■ **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^e anniversaire.

Les ouvriers et employés bénéficient d'un régime qui assure les prestations suivantes dans les conditions décrites aux articles 15 à 19 :

- 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^e ou 3^e 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 | *Garantie maintien de salaire par l'employeur*

Selon les dispositions des articles L. 1226-1, D. 1226-1 à 8 du code du travail, tout salarié ayant une année d'ancienneté dans l'entreprise bénéficie, en cas d'absence au travail justifiée par l'incapacité résultant de maladie ou d'accident constaté par certificat médical et contre-visite s'il y a lieu, d'une indemnité complémentaire à l'allocation journalière versée par le régime de base de sécurité sociale, à condition d'avoir justifié dans les 48 heures de cette incapacité et d'être pris en charge par le régime de base.

Afin de permettre aux entreprises de faire face à leur obligation légale de maintien de salaire précitée, la présente prestation est fixée à un pourcentage (figurant au tableau ci-dessous) du salaire de référence et intervient dans les conditions suivantes :

- à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail, si celui-ci est consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ;
- à compter du 8^e jour d'arrêt de travail en cas de maladie ou d'accident de la vie privée.

Le salaire de référence pris en compte pour le calcul de la prestation est celui retenu pour le calcul des indemnités journalières légales versées par le régime de base de sécurité sociale.

Les indemnités journalières complémentaires sont servies nettes de cotisations salariales, de CSG et de CRDS, dans la limite de la rémunération nette d'activité.

Ancienneté			Indemnisation par période de 12 mois	
	Point de départ		Durée en jours calendaires	
	Maladie professionnelle Accident du travail	Maladie vie privée Accident vie privée	1 ^{re} période À 90 % du salaire brut ^[1]	2 ^e période À 66,66 % du salaire brut ^[1]
De 1 an à 5 ans inclus	1 ^{er} jour	8 ^e jour	30 jours	30 jours
De 6 à 10 ans inclus	1 ^{er} jour	8 ^e jour	40 jours	40 jours
De 11 à 15 ans inclus	1 ^{er} jour	8 ^e jour	50 jours	50 jours
De 16 à 20 ans inclus	1 ^{er} jour	8 ^e jour	60 jours	60 jours
De 21 à 25 ans inclus	1 ^{er} jour	8 ^e jour	70 jours	70 jours
De 26 à 30 ans inclus	1 ^{er} jour	8 ^e jour	80 jours	80 jours
31 ans et plus	1 ^{er} jour	8 ^e jour	90 jours	90 jours

[1] Sous déduction des indemnités journalières du régime de base de sécurité sociale.

La garantie maintien de salaire est complétée par l'assurance des charges sociales patronales dues sur les indemnités journalières complémentaires versées au titre de la présente garantie (financée intégralement par l'employeur).

La contribution patronale qui finance le maintien de salaire n'a pas pour objet de conférer au salarié un avantage supplémentaire et ne constitue donc pas une contribution de l'employeur au financement d'un dispositif de prévoyance instituant des garanties complémentaires au profit des salariés.

Article 16 | Garantie incapacité temporaire de travail

En cas d'incapacité temporaire de travail dûment justifiée par prescription médicale et ouvrant droit aux indemnités journalières légales, tout salarié non-cadres bénéficie, en relais et/ou en complément de la garantie maintien de salaire de l'employeur, d'une indemnisation en complément des indemnités journalières du régime de base de sécurité sociale lui garantissant en cas d'arrêt consécutif à une maladie, un accident de la vie privée ou à un accident du travail ou à une maladie professionnelle :

- 100 % du salaire net de référence (limitée à quatre fois le plafond de sécurité sociale), sous déduction des indemnités journalières légales du régime de base de sécurité sociale, pendant 90 jours ;
- 80 % du salaire net de référence (limitée à quatre fois le plafond de sécurité sociale), sous déduction des indemnités journalières légales du régime de base de sécurité sociale, au-delà de cette période.

Les conditions de versement des indemnités journalières complémentaires au titre de la garantie incapacité temporaire de travail 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 en relais et/ou complément de l'indemnité de maintien de salaire visée à l'article 15.

Lors d'un nouvel arrêt de travail intervenant alors que le salarié a épuisé tous ses droits à maintien de salaire en application de l'article 15, 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 journalières 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. Sont également pris en compte, le cas échéant, les revenus de remplacement versés par l'entreprise, notamment en cas d'activité partielle, d'activité partielle de longue durée, de congé de reclassement ou de congé de mobilité.

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 indemniserait 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 17 | 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 de référence défini ci-dessous, sous déduction de la pension d'invalidité ou de la rente incapacité servie au titre du régime de base obligatoire.

Salaire net de référence :

Le salaire net de référence est égal au 12^e des salaires nets perçus par le salarié, et le cas échéant, des revenus de remplacement versés et déclarés par l'employeur, notamment dans le cadre de l'activité partielle, de l'activité partielle de longue durée, du congé de reclassement ou du congé de mobilité, au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail ou du salaire moyen mensuel net, et le cas échéant desdits revenus de remplacement, calculé sur la période travaillée par le salarié si celui-ci a moins de 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise.

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

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 18 | 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 deux ans de vie commune ;
- aux héritiers.

Le salaire annuel pris en compte correspond aux salaires bruts, et le cas échéant, aux revenus de remplacement versés et déclarés par l'employeur, notamment dans le cadre de l'activité partielle, de l'activité partielle de longue durée, du congé de reclassement ou du congé de mobilité, des 4 derniers trimestres civils précédant celui au cours duquel est survenu le décès ou l'arrêt de travail si le décès a été précédé d'une période d'arrêt de travail.

En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié, constatée par le régime de base obligatoire (3^e 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 en 2024 s'élève à 46 368 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 deux 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 six mois suivant le décès.

À titre informatif, le montant du PMSS en 2024 est égal à 3 864 euros.

Article 19 | *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 complémentaire santé solidaire (C2S). 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 à titre obligatoire 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.

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 (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait patient urgences, 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.

(Voir pages suivantes.)

Nature des frais	Remboursement du régime de base hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
SOINS COURANTS			
● Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM (généralistes, spécialistes, chirurgiens dentistes, sage-femmes, ophtalmologues, y compris téléconsultation)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
- Dépassement d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassement d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
● Honoraires paramédicaux y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti - grippale par les sages femmes par les sages femmes et infirmiers	60 % BR	40 % BR	100 % BR
● Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 8 séances/an	60 % BR	40 % BR	100 % BR
● Analyses et examens de laboratoire	60 % à 100 % BR	40 % à 0 % BR	100 % BR
● Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention ⁽²⁾	de 35 % à 70 % BR	de 65 % à 30 % BR	100 % BR
● Honoraires de médecines douces reconnus par le ministère de la Santé : ostéopathie, chiropractie	-	20 €/séance avec max 2 séances/an/bénéficiaire	20 €/séance avec max 2 séances/an/bénéficiaire
● Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	65 % BR	35 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	30 % BR	70 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	85 % BR	100 % BR
- Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination antigrippale	de 65 % à 100 % BR	de 35 % à 0 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base (médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiniques)	-	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
- Vaccins prescrits non pris en charge par le RO	-	Crédit 40 €/an/bénéficiaire	Crédit 40 €/an/bénéficiaire
● Matériel médical			
- 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

Nature des frais	Remboursement du régime de base hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
HOSPITALISATION			
● Frais de séjour	80 % BR ou 100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
● Honoraires	80 % BR ou 100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
● Participation du patient (Forfait actes lourds) ⁽³⁾	-	100 % FR	100 % FR
● Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR
● Forfait patient urgences ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR
● Chambre particulière y compris en ambulatoire	-	50 €/jour	50 €/jour
● Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans	-	25 €/jour	25 €/jour
MATERNITE			
● Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
● Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
● Prime de naissance : maternité ou adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatifs	-	250 €/enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})	250 €/enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})
● Participation du patient (Forfait actes lourds) ⁽³⁾	-	100 % FR	100 % FR
● Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR
● Forfait patient urgences ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR
PSYCHIATRIE			
● Frais de séjour	80 % BR	20 % BR	100 % BR
● Honoraires	80 % BR	20 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
● Participation du patient (Forfait actes lourds) ⁽³⁾	-	100 % FR	100 % FR
● Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR
● Forfait patient urgences ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR
OPTIQUE			
Monture et verres : Expression des garanties par élément			
Equipement : 2 verres + monture		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁶⁾	
● Equipements 100% santé (Classe A) ⁽⁷⁾			
- Monture	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Verre	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
● Autres équipements (Classe B)			
- Monture	60 % BR	100 €- 60 % BR	100 €
- Verre unifocal simple ⁽⁸⁾	60 % BR	90 € / verre - 60 % BR	90 € / verre
- Verre unifocal complexe ⁽⁸⁾	60 % BR	130 € / verre - 60 % BR	130 € / verre
- Verre multifocal ou progressif complexe ⁽⁸⁾	60 % BR	135 € / verre - 60 % BR	135 € / verre

Nature des frais	Remboursement du régime de base hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
OPTIQUE (suite)			
- Verre multifocal ou progressif très complexe ⁽⁸⁾	60 % BR	150 € / verre - 60 % BR	150 € / verre
• Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁷⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Supplément pour verre avec filtre ⁽⁷⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR + 135 €/an	100 % BR + 135 €/an
• Lentilles non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 175 € /an/bénéficiaire	Crédit de 175 € /an/bénéficiaire
• Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 250 € /an/œil/bénéficiaire	Crédit de 250 € /an/œil/bénéficiaire
DENTAIRE			
• Soins, actes, consultations et prothèses 100% Santé ⁽⁷⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Soins, actes et consultations (hors 100% Santé)	60 % BR	110 % BR	170 % BR
• Inlay Onlay (hors 100% Santé)	60 % BR	210 % BR	270 % BR
• Prothèses (hors 100% Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés (hors inlays core)	60 % BR	260 % BR	320 % BR
- prothèses à honoraires libres (hors inlays core)	60 % BR	260 % BR	320 % BR
- Inlay core à honoraires maîtrisés	60 % BR	190 % BR	250 % BR
- Inlay core à honoraires libres	60 % BR	190 % BR	250 % BR
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (hors inlays core)	-	Crédit de 215 € /an/bénéficiaire	Crédit de 215 € /an/bénéficiaire
• Orthodontie remboursée par le régime de base	60 % ou 100 % BR	240 % BR	300 % BR ou 340 % BR
• Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 200 € /an/bénéficiaire	Crédit de 200 € /an/bénéficiaire
• Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 100 € /an/bénéficiaire	Crédit de 100 € /an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽⁹⁾			
• Equipements 100% Santé (Classe I) ⁽⁷⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base 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
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	1700 € - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1700 € /oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
• Piles et accessoires	60 % BR	40 % BR	100 % BR
DIVERS			
• Transports urgents préhospitaliers (T.U.P.H) remboursés par le régime de base	100 % BR	-	100 % BR
• Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	55 % BR	45 % BR	100 % BR
• Assistance	-	oui	oui
• Réseau de soins	-	oui	oui

Nature des frais	Remboursement du régime de base Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
SOINS COURANTS			
● Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM (généralistes, spécialistes, chirurgiens dentistes, sages femmes, ophtalmologues, y compris téléconsultation)	90 % BR	10 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
● Analyses et examens de laboratoire	90 % à 100 % BR	10 % à 0 % BR	100 % BR
● Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie	90 % BR	10 % BR	100 % BR
Actes de prévention ⁽²⁾	de 35% à 90% BR	de 65% à 10% BR	100 % BR
● Honoraires de médecines douces reconnus par le ministère de la Santé : ostéopathie, chiropractie	-	20 €/séance avec max 2 séances/an/bénéficiaire	20 €/séance avec max 2 séances/an/bénéficiaire
● Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	90 % BR	10 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	80 % BR	20 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	85 % BR	100 % BR
- Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination antigrippale	de 90 % à 100 % BR	de 10 % à 0 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base (médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiniques)	-	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
- Vaccins prescrits non pris en charge par le RO	-	Crédit 40 €/an/bénéficiaire	Crédit 40 €/an/bénéficiaire
● Matériel médical			
- 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
HOSPITALISATION			
● Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
● Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
● Participation du patient (Forfait actes lourds) ⁽³⁾	100 % FR	-	100 % FR
● Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	100 % FR	-	100 % FR
● Forfait patient urgences ⁽⁵⁾	100 %FR	-	100 % FR
● Chambre particulière y compris en ambulatoire	-	50 €/jour	50 €/jour
● Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans	-	25 €/jour	25 €/jour

Nature des frais	Remboursement du régime de base Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
MATERNITE			
● Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
● Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
● Prime de naissance : maternité ou adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatifs	-	250 €/enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})	250 €/enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})
● Participation du patient (Forfait actes lourds) ⁽³⁾	-	100 % FR	100 % FR
● Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	100 % FR	-	100 % FR
● Forfait patient urgences ⁽⁵⁾	100 % FR	-	100 % FR
PSYCHIATRIE			
● Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
● Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
● Participation du patient (Forfait actes lourds) ⁽³⁾	100 % FR	-	100 % FR
● Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	100 % FR	-	100 % FR
● Forfait patient urgences ⁽⁵⁾	100 % FR	-	100 % FR
OPTIQUE			
Monture et verres : Expression des garanties par élément			
Equipement : 2 verres + monture		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁶⁾	
● Equipements 100% santé (Classe A) ⁽⁷⁾			
- Monture	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Verre	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
● Autres équipements (Classe B)			
- Monture	90 % BR	100 €- 90% BR	100 €
- Verre unifocal simple ⁽⁸⁾	90 % BR	90 € / verre - 90 % BR	90 €/ verre
- Verre unifocal complexe ⁽⁸⁾	90 % BR	130 € / verre - 90 % BR	130 €/ verre
- Verre multifocal ou progressif complexe ⁽⁸⁾	90 % BR	135 € / verre - 90 % BR	135 €/ verre
- Verre multifocal ou progressif très complexe ⁽⁸⁾	90 % BR	150 € / verre - 90 % BR	150 €/ verre
● Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁷⁾	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
● Supplément pour verre avec filtre ⁽⁷⁾	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
● Lentilles remboursées par le régime de base	90 % BR	10 % BR + 135 €/an	100 % BR+ 135 €/an
● Lentilles non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 175 € /an/bénéficiaire	Crédit de 175 € /an/bénéficiaire
● Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 250 € /an/bénéficiaire	Crédit de 250 € /an/bénéficiaire

Nature des frais	Remboursement du régime de base Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
DENTAIRE			
● Soins, actes, consultations et prothèses 100% Santé ⁽⁷⁾	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
● Soins, actes et consultations (hors 100% Santé)	90 % BR	80 % BR	170 % BR
● Inlay Onlay (hors 100% Santé)	90 % BR	180 % BR	270 % BR
● Prothèses (hors 100% Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés (hors inlays core)	90 % BR	230 % BR	320 % BR
- prothèses à honoraires libres (hors inlays core)	90 % BR	230 % BR	320 % BR
- Inlay core à honoraires maîtrisés	90 % BR	160 % BR	250 % BR
- Inlay core à honoraires libres	90 % BR	160 % BR	250 % BR
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (hors inlays core)	-	Crédit de 215 € /an/bénéficiaire	Crédit de 215 € /an/bénéficiaire
● Orthodontie remboursée par le régime de base	90 % ou 100 % BR	230 % BR	320 % BR ou 330 % BR
● Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 200 € /an/bénéficiaire	Crédit de 200 € /an/bénéficiaire
● Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 100 € /an/bénéficiaire	Crédit de 100 € /an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽⁹⁾			
● Equipements 100% Santé (Classe I) ⁽⁷⁾	90 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
● Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base 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
● Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	90 % BR	1700 € - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1700 € /oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
● Piles et accessoires	90 % BR	10 % BR	100 % BR
DIVERS			
● Transports urgents préhospitaliers (T.U.P.H) remboursés par le régime de base	100% BR	-	100% BR
● Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	100 % BR	-	100 % BR
● Assistance	-	oui	oui
● Réseau de soins	-	oui	oui

Mentions et renvois des tableaux :

BR : Base de remboursement ; **FR** : Frais réels ; **RO** : Régime Obligatoire

(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) 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).

(3) **Forfait actes lourds** : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(4) **Forfait journalier hospitalier** : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(5) **Forfait patient urgences** : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13- I du code de la sécurité sociale.

(6) 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 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un 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 prévus par cet arrêté.

(7) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. 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.

(8) verre unifocal simple 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 $\leq +4$ dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries
- verre neutre

verre unifocal complexe 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 $\geq 0,25$ dioptrie
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries

verre multifocal ou progressif complexe 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 $\leq +4$ dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

verre multifocal ou progressif très complexe 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 $\geq 0,25$ dioptrie
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries

(9) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation 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.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

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^{er} 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 six mois de la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six 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 six mois du décès.

Article 20 | *Organisme recommandé*

a) Recommandation

La couverture des risques prévoyance et frais de santé des 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 premier 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 CCN des entreprises du paysage du 10 octobre 2008 doivent appliquer les dispositions du régime unique de prévoyance et frais de santé précité, bénéficier des actions de solidarité et participer ainsi à une meilleure mutualisation.

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 cinq 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 premier 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 un an avant l'expiration des 5 ans.

Article 21 | Cotisations

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

	Taux contractuel T1/T2 ^[1]	Part patronale	Part salariale
Mensualisation ^[2]	0,50 %	0,50 %	–
Incapacité temporaire de travail	0,36 %	–	0,36 %
Incapacité permanente de travail, professionnelle ou non (invalidité)	0,29 %	0,26 %	0,03 %
Décès	0,31 %	0,27 %	0,04 %

	Taux contractuel T1/T2 ^[1]	Part patronale	Part salariale
Sous-total	1,46 %	1,03 %	0,43 %
Assurance des charges sociales patronales	0,21 %	0,21 %	–
Total	1,67 %	1,24 %	0,43 %

[1] T1 = Salaire compris entre 0 et 1 plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

T2 = Salaire compris entre 1 et 8 fois le PMSS.

[2] 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 exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) :

	Régime	Cotisation totale	Part patronale	Part salariale
Complémentaire frais de santé	Hors Alsace-Moselle	1,40 %	0,84 %	0,56 %
	Alsace-Moselle	0,99 %	0,59 %	0,40 %

Article 22 | 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 23 | 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 deux 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 8 mois suivant la clôture de l'exercice. 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

Le chapitre VIII « Plan épargne retraite (PER) » est modifié comme suit :

L'article 1^{er} est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Les salariés non-cadres ne relevant pas :

- de l'accord national du régime collectif conventionnel de prévoyance, frais de santé et retraite supplémentaire des salariés cadres et TAM du secteur du paysage du 15 juin 2012 ;

- des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres et n'ayant pas été assimilés à la catégorie des cadres par la commission, paritaire rattachée à l'APEC,

bénéficient d'un régime collectif de protection sociale conventionnel de retraite supplémentaire tel que prévu dans le présent chapitre. »

L'article 2 est modifié comme suit :

« Les salariés non-cadres définis à l'article 1^{er} bénéficient d'un plan d'épargne retraite, à cotisations définies, géré en points (branche 26) et par capitalisation prenant la forme d'un plan d'épargne retraite obligatoire (PEROB) tel que visé à l'article L. 224-23 du code monétaire et financier.

Le taux de cotisation est de 1 % du salaire ou du revenu de remplacement limité à 8 PASS (plafond annuel de la sécurité sociale), réparti à raison de 62 % à la charge de l'employeur et 38 % à la charge du salarié, soit des taux de 0,62 % à la charge de l'employeur et 0,38 % à la charge du salarié. »

Article 3 | *Entrée en vigueur*

Les dispositions du présent avenant entrent en vigueur le lendemain de la parution de son arrêté d'extension au journal officiel et au plus tôt le 1^{er} janvier 2025.

Article 4 | *Dépôt et extension*

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

Fait à Paris, le 5 juin 2024.

(Suivent les signatures.)