



SANTÉ



PRÉVOYANCE

Guide Pratique de l'employeur

Convention collective nationale des entreprises du paysage

Employés et ouvriers



SOMMAIRE

PRÉAMBULE3

TITRE 1 • PRÉSENTATION DES GARANTIES4

ARTICLE 1-1 GARANTIE FRAIS DE SANTÉ4

ARTICLE 1-2 GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL5

ARTICLE 1-3 GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE6

ARTICLE 1-4 GARANTIE DÉCÈS6

TITRE 2 • LA GESTION DES GARANTIES8

ARTICLE 2-1 DÉCLARATION DES ENTRÉES ET DES SORTIES DE PERSONNEL8

ARTICLE 2-2 LES PRESTATIONS9

TITRE 3 • LES COTISATIONS10

ARTICLE 3-1 COTISATIONS GARANTIE FRAIS DE SANTÉ10

ARTICLE 3-2 COTISATIONS GARANTIES PRÉVOYANCE10

ARTICLE 3-3 PAIEMENT DES COTISATIONS10

ARTICLE 3-4 STATUT FISCAL ET SOCIAL DES GARANTIES11

TITRE 4 • ACTION SOCIALE14

ANNEXE 1 • TABLEAU DES GARANTIES (HORS RÉGIME LOCAL)13-14

ANNEXE 2 • TABLEAU DES GARANTIES (RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE)13-15

P R É A M B U L E

Les partenaires sociaux des entreprises du paysage ont signé le 10 octobre 2008 une Convention Collective Nationale (CCN).

Cette CCN du Paysage confirme la mise en place **d'un régime complémentaire de prévoyance et frais de santé pour les employés et ouvriers de la branche.**

Les partenaires sociaux ont désigné, comme assureur des garanties prévoyance et santé, l'institution de prévoyance, **AGRI PRÉVOYANCE**, dont le siège social est situé, 21 rue de la Bienfaisance – 75 382 PARIS Cedex 08.

AGRI PRÉVOYANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM), sise, 61 rue Taitbout 75009 PARIS.

Ce régime, qui est entré en vigueur **au 1^{er} avril 2009**, est mis en œuvre par AGRI PRÉVOYANCE dans le cadre d'un contrat collectif :

- **à adhésion obligatoire** pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application professionnel et territorial de la CCN du Paysage ;
- **à affiliation obligatoire** pour l'ensemble des employés et ouvriers, salariés de ces entreprises, tels que définis par ladite CCN.

SANTÉ

Pour la France Métropolitaine, AGRI PRÉVOYANCE délègue aux Caisses de Mutualité Sociale Agricole, dans le cadre d'une convention de gestion nationale, l'appel des cotisations et le règlement des prestations.

Pour les salariés des DOM, AGRI PRÉVOYANCE délègue à la CCMO, BP 50993, 17 place J. Hachette 60014 BEAUVAIS Cedex, le versement des prestations complémentaires santé. AGRICA, pour le compte d'AGRI PRÉVOYANCE, appelle les cotisations directement auprès de l'entreprise.

PRÉVOYANCE

Pour la France Métropolitaine, AGRI PRÉVOYANCE délègue, dans le cadre d'une convention de gestion nationale, l'appel des cotisations de l'ensemble des garanties et le versement des prestations incapacité temporaire de travail aux Caisses de Mutualité Sociale Agricole. Le règlement des prestations incapacité permanente et décès est effectué par AGRICA, pour le compte d'AGRI PRÉVOYANCE.

Pour les salariés des DOM, l'appel des cotisations ainsi que le versement de l'ensemble des prestations décès et incapacité de travail sont assurés par AGRICA, pour le compte d'AGRI PRÉVOYANCE.

Ce guide, qui vous est destiné, vous permet de prendre connaissance des garanties de ce régime et des modalités de sa mise en œuvre au niveau de votre entreprise. Il se décompose en quatre parties :

- le Titre 1 : présentation des garanties ;
- le Titre 2 : gestion des garanties ;
- le Titre 3 : cotisations ;
- le Titre 4 : action sociale.

La notice d'information qui accompagne ce guide doit, quant à elle, être remise à vos salariés.

TITRE 1 • PRÉSENTATION DES GARANTIES

Article 1-1

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

La garantie frais de santé a pour objet de compléter les prestations versées par le régime de base en matière de remboursement de frais de santé (frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation ...), dans la limite des frais réellement engagés.

1-1-1 • Les bénéficiaires

Les bénéficiaires de la garantie frais de santé, définis dans la CCN du Paysage, sont les suivants :

1. Le salarié, sous réserve qu'il soit présent de manière continue dans l'entreprise **depuis trois mois**.

CAS PARTICULIER :

Un salarié embauché, au plus tard, dans les trois mois qui suivent sa sortie d'une entreprise visée par la CCN du Paysage et qui ouvrirait droit à la garantie frais santé dans le cadre de son ancien emploi, est couvert dès son entrée dans la nouvelle entreprise.

2. Les ayants-droit du salarié, à savoir :

- **son conjoint**, non divorcé, résidant en France métropolitaine ou dans un Département d'Outre-Mer ;

Sont assimilés au conjoint :

- **Le cocontractant d'un PACS**, résidant en France métropolitaine ou dans un Département d'Outre-Mer ;
- **Le concubin**, résidant en France métropolitaine ou dans un Département d'Outre-Mer s'il est à la charge du salarié (cette condition n'est pas requise lorsqu'ils ont eu au moins un enfant en commun), sous réserve que le salarié ne soit ni marié ni pacsé.

● Ses enfants à charge :

Par enfant, il faut entendre :

- les enfants du salarié (légitimes, adoptés ou reconnus) ;
- les enfants recueillis par le salarié et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;

- les enfants qui ont été élevés par le salarié pendant neuf ans au moins avant leur 16^{ème} anniversaire ;
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin aura été reconnue par le régime de base de Sécurité Sociale.

Sont considérés comme enfants à charge :

- tous les enfants âgés de moins de 16 ans ;
- tous les enfants âgés de moins de 20 ans s'ils sont apprentis ;
- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants.

1-1-2 • Affiliation et entrée en vigueur de la garantie

L'affiliation à la garantie frais de santé des employés et ouvriers, justifiant de 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise, est **obligatoire**.

Cette affiliation prend effet :

- soit, dès la date de prise d'effet du régime si le salarié est déjà présent dans l'entreprise et qu'il remplit cette condition d'ancienneté de 3 mois ;
- soit, le 1^{er} jour du mois qui suit l'acquisition de cette ancienneté. Toutefois, dans le cas où cette condition vient à être satisfaite au plus tard le 4 d'un mois, l'affiliation prend effet le premier jour de ce même mois ;
- soit, dès le premier jour de l'embauche du salarié en cas de reprise d'ancienneté, acquise auprès de l'ancien employeur.

La cotisation afférente à la garantie frais de santé est due à compter de la prise d'effet de l'affiliation du salarié.

Le régime ne prévoyant aucun délai de « carence », le droit à l'ensemble des prestations santé est ouvert au salarié et à ses ayants droit dès le 1^{er} jour de son d'affiliation.

1-1-3 • Montant de la garantie

La garantie frais de santé assure le remboursement des dépenses de santé consécutives à une maladie, une maternité ou un accident.

Ces remboursements sont réalisés après versement des prestations du régime social de base.

Ils s'effectuent, poste par poste, conformément au tableau des garanties annexé ci-après.

Ils s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats dits « responsables », institué par l'Article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions future.

En tout état de cause, ces remboursements ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés par l'assuré, après remboursement de toute nature auxquels il a droit.

1-1-4 • Cas d'affiliation facultative

Par dérogation au principe d'affiliation obligatoire de l'ensemble des employés et ouvriers justifiant de l'ancienneté requise, la CCN du 10 octobre 2008 permet aux salariés relevant de l'une des 5 catégories visées ci-dessous, de choisir de ne pas être affiliés à la garantie frais de santé.

Ces 5 catégories de salariés sont les suivantes :

- les bénéficiaires de la CMU-Complémentaire, pendant toute la durée de leur prise en charge au titre de celle-ci ;
- les bénéficiaires d'une couverture complémentaire obligatoire dans le cadre d'un autre emploi, tant qu'ils peuvent justifier annuellement de cette couverture obligatoire ;
- les salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) dont la part de cotisation à leur charge représente 10% ou plus de leur rémunération ;
- les salariés en contrat d'apprentissage dont la part de cotisation à leur charge représente 10% ou plus de leur rémunération ;
- les salariés couverts par la garantie frais de santé du paysage à titre d'ayant droit (en tant que conjoint ou enfant travaillant dans la même entreprise qu'un salarié déjà affilié).

Nous attirons toutefois votre attention sur les incidences que peut avoir la mise en œuvre de ces affiliations facultatives sur le traitement des cotisations affectées au financement de la garantie frais de santé.

C'est la raison pour laquelle, nous vous invitons à vous reporter aux dispositions relatives à ce sujet, prévues à l'article 3.4 du présent guide.

Article 1-2

GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Cette garantie assure aux salariés en arrêt de travail pour accident ou maladie, dûment justifié par prescription médicale, le versement d'indemnités journalières complémentaires à celles servies par le régime de base, au titre de l'Assurance Maladie.

1-2-1 • Bénéficiaires

Bénéficient de cette garantie :

- En cas d'accident du travail, de trajet et de maladie professionnelle, **l'ensemble** des employés et ouvriers, **sans condition d'ancienneté**.
- En cas de maladie et d'accidents de la vie privée, les employés et ouvriers justifiant **d'une année d'ancienneté continue ou non** dans l'entreprise. L'ancienneté prise en considération pour l'ouverture du droit à l'indemnisation s'apprécie au premier jour de l'absence.

1-2-2 • Entrée en vigueur de la garantie

La garantie entre en vigueur :

- dès le 1^{er} jour d'arrêt indemnisé par le régime de base, en cas d'accident du travail, d'accident de trajet, ou de maladie professionnelle ;
- à compter du 8^{ème} jour d'arrêt indemnisé par le régime de base, en cas de maladie ou d'accident de la vie privée, dès lors que l'intéressé justifie d'une année d'ancienneté.

1-2-3 • Montant de la garantie

Les indemnités journalières complémentaires sont versées de sorte que le montant de l'indemnisation totale (indemnité du régime de base plus indemnité complémentaire) soit égal :

- à 100% du salaire net pendant les 90 premiers jours ;
- puis à 80% de ce même salaire pour la suite de l'arrêt de travail.

Elles le sont tant que dure le versement des indemnités journalières du régime de base, que

l'indemnisation résulte d'un accident du travail, de trajet, de maladie professionnelle ou de maladie ou accident de la vie privée.

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

La revalorisation des indemnités journalières complémentaires s'effectue selon les mêmes modalités que les indemnités journalières du régime de base.

1-2-4 • Maintien de la garantie

En cas de rupture du contrat de travail intervenant avant la fin de la période d'indemnisation, les indemnités journalières complémentaires continuent à être versées en complément des indemnités journalières du régime de base.

Article 1-3

GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE

Cette garantie assure le versement d'une **pension mensuelle complémentaire** à la pension ou à la rente servie par le régime de base, au titre de l'Assurance Invalidité ou de l'assurance Accidents du travail et Maladies professionnelles.

1-3-1 • Bénéficiaires

Les salariés précédemment indemnisés au titre de la garantie incapacité temporaire de travail bénéficient de la garantie incapacité permanente dès lors qu'ils perçoivent du régime de base :

- une pension d'invalidité de catégorie 2 ou 3,
- une rente accident du travail pour un taux d'incapacité au moins égal à 2/3.

La garantie incapacité permanente est également ouverte aux salariés justifiant d'une ancienneté continue ou non de 12 mois qui seraient reconnus invalides par le régime de base, sans indemnisation préalable au titre de l'incapacité temporaire de travail.

Les pensions complémentaires en cours de service à la date d'entrée en vigueur du régime, ou résultant d'un arrêt de travail à cette même date, continuent à être supportées par l'organisme antérieurement désigné. Seules les revalorisations

sont effectuées par le nouvel organisme assureur à compter de la date d'effet du régime, dans la mesure où elles ne sont pas par l'organisme antérieurement désigné.

1-3-2 • Montant de la garantie

Le montant de pension complémentaire porte l'indemnisation globale (pension ou rente du régime de base plus pension complémentaire) à 80% du salaire net du salarié.

Le salaire net pris en compte pour le calcul de la pension complémentaire correspond au douzième des salaires nets perçus par le salarié au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail.

En tout état de cause, la pension complémentaire ne peut avoir pour effet de servir un revenu de remplacement net (pension ou rente du régime de base plus pension complémentaire) d'un montant supérieur à sa rémunération nette perçue avant l'incapacité permanente du salarié.

La revalorisation de la pension complémentaire s'effectue selon les mêmes modalités que celle du régime de base.

1-3-3 • Maintien de la garantie

Cette pension complémentaire est maintenue à l'intéressé aussi longtemps qu'il perçoit une pension ou une rente du régime de base.

Elle est suspendue si le régime de base suspend le versement de sa propre prestation.

Elle cesse, en tout état de cause, à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime de base.

Article 1-4

GARANTIE DÉCÈS

Cette garantie qui couvre le risque décès des employés et ouvriers en activité, quelle que soit leur ancienneté, comprend plusieurs prestations :

- un capital décès ;
- une rente éducation ;
- une indemnité frais d'obsèques.

Dans le cadre de la garantie décès, par « enfant », il faut entendre :

- les enfants du salarié (légitimes, adoptés ou reconnus, nés ou à naître) ;
- les enfants recueillis par le salarié et pour lequel la qualité de tuteur lui est reconnue ;
- les enfants qui ont été élevés par le salarié pendant neuf ans au moins avant leur 16^{ème} anniversaire ;
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du salarié aura été reconnue par le régime de base de sécurité sociale.

Sont considérés comme enfants « à charge » les enfants nés ou élevés :

- âgés de moins de 18 ans, quelle que soit leur situation,
- âgés de 18 à 26 ans lorsqu'ils sont étudiants, apprentis, demandeurs d'emploi inscrits à PÔLE EMPLOI et non indemnisés par le régime Assurance Chômage,
- reconnus invalides au sens de la législation des assurances sociales, quel que soit leur âge.

1-4-1 • Capital décès

● Bénéficiaires

Le capital est versé en priorité et en totalité au conjoint survivant non séparé de corps, à moins que le salarié ait fixé et notifié à AGRI PRÉVOYANCE une répartition entre son conjoint et ses descendants. Cette répartition ne peut toutefois réduire la part revenant au conjoint à moins de 50% du capital.

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

Il est précisé que le cocontractant d'un PACS est assimilé au conjoint non séparé de corps.

En cas d'absence de bénéficiaire prioritaire, le capital est attribué dans l'ordre suivant :

- aux bénéficiaires désignés par le salarié,
- au concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune,
- à ses héritiers.

CAS PARTICULIER :

En cas d'invalidité absolue et définitive (3ème catégorie), constatée par le régime de base, interdisant au salarié 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 24 mensualités.

Le paiement anticipé du capital décès met fin à la prestation « capital décès ».

● Montant

Le montant du capital décès est égal à 100% de son salaire annuel brut.

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

Le montant de ce capital décès est majoré de 25% par enfant à charge.

Les majorations familiales sont directement versées à l'enfant à charge si ce dernier est majeur, ou à son représentant légal, s'il est mineur.

1-4-2 • Rente éducation

● Bénéficiaires

Sous réserve pour le salarié décédé de justifier de 12 mois continus ou non d'affiliation à la garantie décès, chacun des enfants reconnus à la charge du salarié, au jour de son décès, bénéficie d'une rente annuelle éducation.

Pour les enfants à charge de plus de 18 ans, le droit à la rente est soumis à la justification de la poursuite de la scolarité.

● Montant

En cas de décès du salarié, il est versé à chacun des enfants reconnus à sa charge au jour de son décès une rente annuelle éducation égale à :

- 50 points par enfant âgé de 0 à 10 ans ;
- 75 points par enfant âgé de 11 à 17 ans ;
- 100 points par enfant âgé de 18 à 26 ans (s'il poursuit des études).

La valeur du point est égale à celle du point AGRI PRÉVOYANCE, revalorisée chaque année au 1er septembre.

La rente éducation est versée directement à l'enfant s'il est majeur, ou à son représentant légal, s'il est mineur.

1-4-3 • Indemnité frais d'obsèques

● Bénéficiaires

Le salarié ouvre droit à l'indemnité frais d'obsèques en cas de décès :

- de son conjoint non séparé de corps ou de son cocontractant de PACS ;
- à défaut, de son concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune ;
- d'un enfant à charge.

● **Montant**

Le montant de l'indemnité frais d'obsèques égal à 100% du plafond mensuel de Sécurité Sociale en vigueur au moment du décès.

Pour bénéficier de cette indemnité, le salarié doit avoir réglé lui-même les frais d'obsèques et déposé sa demande d'indemnité dans les six mois qui suivent le décès.

1-4-4 • Exclusions de garantie

Pour toutes les prestations versées dans le cadre de la garantie décès, tous les risques décès sont couverts, à l'exception de ceux résultant de la guerre civile ou étrangère ou du fait volontaire du bénéficiaire.

Le décès résultant du suicide du salarié est couvert.

1-4-5 • Cessation de la garantie

La garantie décès cesse dès le 1er jour du mois suivant :

- la rupture du contrat de travail pour quelle que cause que se soit ;
- le décès.

La cotisation du mois, au cours duquel l'évènement est intervenu, reste due.

1-4-6 • Maintien de la garantie

En cas de rupture du contrat de travail, de non renouvellement ou de résiliation de l'accord collectif de prévoyance, la garantie décès est maintenue pour les salariés indemnisés au titre :

- de la garantie incapacité temporaire de travail ;
- de la garantie incapacité permanente.

TITRE 2 • LA GESTION DES GARANTIES

Article 2-1

DÉCLARATION DES ENTRÉES ET DES SORTIES DE PERSONNEL

2-1-1 • Entreprises en France métropolitaine

(hors garantie santé pour la Charente Maritime)

C'est auprès de la **caisse de Mutualité Sociale Agricole (MSA)** que vous devez déclarer les entrées et les sorties de votre personnel.

Cette déclaration est valable pour le régime de base obligatoire et le régime complémentaire.

Lors du départ du salarié de l'entreprise, les cotisations du mois de départ sont dues et les garanties sont maintenues jusqu'au dernier jour du mois de départ.

Dès que vous avez connaissance de la date de départ d'un salarié de votre entreprise, il est indispensable de le signaler au plus vite en adressant à votre MSA (par fax ou courrier) l'« **Avis de radiation** » déjà à votre disposition (ou à se procurer auprès de la MSA), à compléter avec vos coordonnées, celles du salarié concerné (Nom, prénom et numéro d'Assuré Social) ainsi que le **motif de la résiliation de son contrat de travail**.

2-1-2 • Entreprises en France métropolitaine cas de la garantie santé pour la Charente Maritime

C'est auprès de La Mutuelle Verte que vous devez déclarer les entrées et les sorties de votre personnel.

Dès que vous avez connaissance de la date de départ d'un salarié de votre entreprise, il est indispensable de le signaler au plus vite à :

La Mutuelle Verte

**78 cours Lafayette - BP 521
83041 TOULON Cedex 09**

en indiquant vos coordonnées, celles du salarié concerné (Nom, prénom et numéro d'Assuré Social) la date de rupture de son contrat de travail et le motif de la résiliation de son contrat de travail.

2-1-3 • Entreprises dans les départements d'Outre-Mer

● Régime obligatoire

C'est auprès de votre Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS) que vous devez déclarer les entrées et les sorties de votre personnel.

Dès que vous avez connaissance de la date de départ d'un salarié de votre entreprise, il est indispensable de le signaler au plus vite à votre CGSS.

● Régime complémentaire

Vous devez déclarer auprès d'AGRI PRÉVOYANCE les entrées et les sorties de votre personnel.

Dès que vous avez connaissance de la date de départ d'un salarié de votre entreprise, il est indispensable de le signaler au plus vite à AGRI PRÉVOYANCE par fax ou courrier en précisant vos coordonnées, celles du salarié concerné (Nom, prénom et numéro d'Assuré Social) ainsi que le motif de la résiliation de son contrat de travail.

Lors du départ du salarié de l'entreprise, les cotisations du mois de départ sont dues et les garanties sont maintenues jusqu'au dernier jour du mois de départ.

Article 2-2

LES PRESTATIONS

● Gestion des prestations complémentaires frais de santé

Entreprises en France métropolitaine (hors Charente Maritime)

En ce qui concerne le paiement des prestations Santé, la MSA rembourse conjointement la part obligatoire et la part complémentaire sans formalité particulière, exception faite des prothèses dentaires et de l'optique pour lesquels une facture devra être transmise à la MSA.

Entreprises en France métropolitaine - cas de la Charente Maritime

Les remboursements des prestations santé sont assurés par :

La Mutuelle Verte

78 cours Lafayette - BP 521

83041 TOULON Cedex 09

Tel : 04 94 18 50 50

Entreprises dans les départements d'Outre-Mer

Les remboursements des prestations santé sont assurés par :

CCMO MUTUELLE

17 place J. Hachette - BP 50993

60014 BEAUVAIS Cedex

Tel : 03 44 06 90 00

● Gestion des prestations Incapacité Temporaire Complémentaire

Entreprises en France métropolitaine

Les indemnités journalières complémentaires sont versées, par la MSA, au même destinataire et simultanément aux indemnités journalières du régime de base et cela sans formalités supplémentaires.

Vous êtes informé de leur versement au moyen d'un bordereau trimestriel transmis par la MSA.

Entreprises dans les départements d'Outre-Mer

Le versement des indemnités journalières complémentaires est assuré par AGRI PRÉVOYANCE.

● Gestion des prestations Incapacité Permanente et Décès

Tant pour les entreprises situées en France métropolitaine que celles des départements d'Outre-Mer, les prestations Incapacité Permanente et Décès sont réglées par AGRI PRÉVOYANCE.

Lors du décès d'un salarié, nous vous invitons à inciter la famille du défunt à contacter AGRI PRÉVOYANCE dans de brefs délais afin que les prestations « capital décès » et « rente éducation » puissent être payées rapidement au(x) bénéficiaire(s).

Concernant l'indemnité frais d'obsèques, le salarié doit contacter AGRI PRÉVOYANCE pour le versement de cette prestation.

TITRE 3 • LES COTISATIONS

Le financement des garanties du régime est assuré conjointement par l'employeur et le salarié.

ARTICLE 3-1

COTISATIONS GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

La cotisation de la garantie frais de santé est supportée conjointement et à parts égales par l'employeur et le salarié.

Le tableau ci-dessous récapitule cette répartition ainsi que le montant de la cotisation.

Ce montant est actualisé chaque année par les partenaires sociaux et fera l'objet d'une communication spécifique chaque début d'année.

Garantie frais de santé	France métropolitaine (hors Alsace-Moselle) et DOM	Alsace- Moselle
Cotisation globale	43,89 €/mois	29,33 €/mois
Part employeur	21,95 €/mois	14,67 €/mois
Part salarié	21,94 €/mois	14,66 €/mois

Cette répartition correspond au minimum prévu par la convention collective. Juridiquement, il est possible pour votre entreprise, de prendre en charge un pourcentage plus élevé.

Article 3-2

COTISATIONS GARANTIES PRÉVOYANCE

Les cotisations servant au financement des garanties prévoyance sont assises sur la totalité des rémunérations brutes entrant dans l'assiette des cotisations du régime de base de Sécurité Sociale.

Leur montant est déterminé comme suit :

	Taux	Part Employeur	Part Salarié
Incapacité Temporaire de Travail	0,75%	0,44%*	0,31%
Incapacité Permanente	0,30%	0,17%	0,13%
Décès	0,36%	0,22%	0,14%
Assurance des charges sociales	0,15%	0,15%	-
Total	1,56%	0,98%	0,58%

* Dont 0,29% au titre de la mensualisation légale.

Article 3-3

PAIEMENT DES COTISATIONS

Pour chaque garantie, vous devez prélever la part de cotisation due par le salarié, en l'indiquant sur son bulletin de salaire. Les cotisations à la charge du salarié sont déduites par l'employeur sur le bulletin de salaire sous une rubrique « prévoyance ».

3-3-1 • Entreprises en France métropolitaine

L'employeur a la responsabilité du versement total des cotisations.

Chaque trimestre, la MSA, en tant que gestionnaire des garanties, appelle les cotisations correspondantes conjointement aux autres cotisations légales et conventionnelles.

Ainsi, pour chaque garantie et pour chacun de vos salariés, cet appel à cotisation indique le montant de la cotisation globalement due.

Pour la garantie frais de santé

Dans le cas particulier du salarié à temps partiel travaillant sur plusieurs entreprises, l'appel à cotisation est adressé à un seul de ses employeurs, choisi selon les critères suivants :

- l'employeur qui occupe de façon principale le salarié c'est à dire à plus de 50% de son temps,
- à défaut, le plus ancien employeur du salarié.

Pour tout mois civil complet d'arrêt de travail consécutif à une maladie, à un accident de travail ou à une maternité, il y a exonération de la cotisation frais de santé, à la fois pour la part employeur et la part salarié.

Pour tout problème concernant l'appel à cotisations, veuillez adresser un courrier à la MSA.

3-3-2 • Entreprises dans les départements d'Outre-Mer

Chaque trimestre, AGRI PRÉVOYANCE, en tant que gestionnaire des garanties Prévoyance et Santé, appelle les cotisations correspondantes à ces garanties.

Ainsi, pour chaque garantie et pour chacun de vos salariés, cet appel à cotisation indique le montant de la cotisation globalement due.

Pour la garantie frais de santé

Dans le cas particulier du salarié à temps partiel travaillant sur plusieurs entreprises, l'appel à cotisation est adressé à un seul de ses employeurs, choisi selon les critères suivants :

- l'employeur qui occupe de façon principale le salarié c'est à dire à plus de 50% de son temps,
- à défaut, le plus ancien employeur du salarié.

Pour tout mois civil complet d'arrêt de travail consécutif à une maladie, à un accident de travail ou à une maternité, il y a exonération de la cotisation frais de santé, à la fois pour la part employeur et la part salariale.

Pour tout problème concernant l'appel à cotisations, veuillez adresser un courrier à AGRI PRÉVOYANCE ou téléphoner à votre correspondant habituel.

Article 3-4

STATUT FISCAL ET SOCIAL DES GARANTIES

Rappel sur les avantages sociaux et fiscaux des contrats santé et de prévoyance complémentaires.

Pour bénéficier des avantages sociaux et fiscaux visés au paragraphe 3.4.1, les contrats collectifs santé et de prévoyance complémentaires doivent respecter un certain nombre de règles.

Notamment, seuls les contrats pour lesquels l'adhésion du salarié est obligatoire peuvent bénéficier de ces avantages.

Par exception à ce principe, les administrations sociales et fiscales autorisent, sans remise en cause du bénéfice des exonérations, des cas de dispense d'affiliation **pour certaines catégories de salariés définies, dans des conditions expressément prévues.**

Dans la CCN du Paysage du 10 octobre 2008, les partenaires sociaux ont prévu 5 possibilités d'affiliation facultatives au régime :

1. les salariés bénéficiaires de la C M U- Complémentaire ;
2. les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire obligatoire dans le cadre d'un autre emploi ;
3. les salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) dont la part de cotisation à leur charge représente 10% ou plus de leur rémunération ;
4. les salariés en contrat d'apprentissage dont la part de cotisation à leur charge représente 10% ou plus de leur rémunération ;
5. les salariés couverts par la garantie frais de santé du paysage à titre d'ayant droit (en tant que conjoint ou enfant travaillant dans la même entreprise qu'un salarié déjà affilié).

Si les cas 1 et 2 ne posent aucun souci, nous attirons votre attention sur les conséquences fiscales que peuvent avoir la mise en œuvre dans votre entreprise des cas de dispenses 3, 4 et 5 qui sont admis par l'administration sociale mais pas par l'administration fiscale pour le bénéfice de l'exonération d'impôt sur le revenu.

Par conséquent, si vous prenez la décision de ne pas affilier les salariés visés aux cas 3, 4 et 5, vous devrez, **pour l'ensemble de vos salariés** soumettre à l'impôt sur le revenu, la totalité de la cotisation (part patronale et part salariale).

3-4-1 • Statut fiscal et social des cotisations

● Statut fiscal

Les cotisations à un régime collectif obligatoire de prévoyance sont déductibles du revenu imposable pour l'entreprise et n'entrent pas dans l'assiette pour le calcul de l'impôt sur le revenu pour le salarié, dans la limite d'une somme égale à 7% du montant annuel du plafond de la Sécurité Sociale, plus 3% de la rémunération brute annuelle retenue à concurrence de 8 fois le montant annuel du plafond de la Sécurité Sociale, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 3% de 8 fois le plafond de la Sécurité Sociale.

Elles sont soumises à la CSG-CRDS, comme n'importe quel élément de salaire, après abattement

de 3%, à l'exception de la part de cotisation finançant l'obligation de maintien de salaire de 0,29% et de l'assurance des charges sociales patronales. Les cotisations patronales doivent donc être intégrées à l'assiette soumise à la CRDS et CSG payable par le salarié.

CSG prévoyance :

7,5% de $(0,44\% + 0,17\% + 0,22\%) - 0,29\%$
soit de 0,54%

CSG santé :

7,5% de 21,95 € soit : 1,65 €

CRDS prévoyance :

0,5% de $(0,44\% + 0,17\% + 0,22\%) - 0,29\%$
soit de 0,54%

CRDS santé : 0,5% de 21,95 € soit : 0,11 €

Cette part de cotisation est à déclarer auprès de la MSA ou de votre CGSS.

Forfait social au taux de 8 % :

Si votre entreprise compte plus de 9 salariés, les cotisations patronales de prévoyance, à l'exception de la part finançant le maintien de salaire et de l'assurance des charges sociales patronales, doivent être intégrées dans l'assiette du forfait social.

● **Statut social**

Les cotisations patronales versées à un régime collectif obligatoire de prévoyance sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité Sociale à hauteur d'une fraction n'excédant pas un montant égal à la somme de 6% du plafond annuel de la Sécurité Sociale (PASS) et de 1,5% de la rémunération annuelle soumise à cotisation Sécurité Sociale, sans que le total ainsi obtenu ne puisse excéder 12% de ce même plafond.

3-4-2 • Statut fiscal et social des prestations

● **Statut fiscal**

Exception faite des remboursements de la garantie frais de santé et des capitaux décès, toutes les prestations sont soumises à l'impôt sur le revenu.

● **Statut social**

Seules sont soumises à cotisations de Sécurité Sociale les indemnités journalières complémentaires versées dans le cadre de la garantie incapacité de travail, au prorata de la contribution patronale.

En effet, les indemnités journalières correspondant à la part patronale de financement de la garantie incapacité de travail temporaire sont considérées comme ayant le caractère d'un salaire. Cette part des indemnités journalières est donc soumise à toutes les cotisations légales et conventionnelles.

Afin de vous éviter le calcul de ces cotisations sociales, la garantie incapacité de travail est complétée par l'assurance des charges sociales patronales.

Ces charges sociales dues sur les indemnités journalières complémentaires sont payées directement par AGRI PRÉVOYANCE à la Caisse de MSA pour les entreprises en France métropolitaine ou à votre entreprise pour les départements d'Outre-Mer sans autre formalité de votre part.

Les indemnités journalières sont servies nettes de cotisations ouvrières, mais également de CSG et de CRDS.

TITRE 4 • ACTION SOCIALE

L'affiliation de vos salariés à AGRI PRÉVOYANCE leur donne accès à nos services d'action sociale.

Confrontés à une situation difficile, ils peuvent bénéficier d'une aide, notamment dans les cas suivants :

- accompagnement hospitalier ;
- aide à la famille (enfants en difficulté, placements, vacances) ;
- dettes engendrées par un problème de santé ;
- réinsertion professionnelle suite à un accident du travail.

Pour toute information, contactez le :

08 21 200 800 ou **www.groupagrica.com**

Ce guide n'a qu'une valeur indicative, il est rédigé en fonction des paramètres juridiques actuellement existants.

Des modifications seront à prévoir face à une évolution juridique constante.

ANNEXE 1 • TABLEAU DES GARANTIES (HORS RÉGIME LOCAL)

Les remboursements s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats dits « responsables », institué par l'Article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures

En l'absence de prise en charge du régime de base, ces mêmes remboursements peuvent aussi être exprimés dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire.

En tout état de cause, l'addition de remboursements du régime de base et du régime complémentaire ne peut dépasser le montant des frais réellement engagés par le bénéficiaire.

(voir tableau page 14)

ANNEXE 2 • TABLEAU DES GARANTIES (RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE)

Les remboursements s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats dits « responsables », institué par l'Article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures

En l'absence de prise en charge du régime de base, ces mêmes remboursements peuvent aussi être exprimés dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire.

En tout état de cause, l'addition de remboursements du régime de base et du régime complémentaire ne peut dépasser le montant des frais réellement engagés par le bénéficiaire.

(voir tableau page 15)

ANNEXE 1 • TABLEAU DES GARANTIES (HORS RÉGIME LOCAL)

Les pourcentages sont exprimés sur la base des montants pris en référence pour le calcul des remboursements du régime de sécurité sociale.

	Remboursements Régime Obligatoire	Remboursements Régime Complémentaire	Remboursements TOTAUX
HOSPITALISATION			
Frais de soins et de séjour	80 % BR	20 % BR	100 % BR
Forfait hospitalier	-	100 % du forfait dès le premier jour	100 % du forfait dès le premier jour
Dépassement d'honoraires (hors maternité et psychiatrie)	-	remboursement supplémentaire de 220 % BR	remboursement supplémentaire de 220 % BR
Chambre particulière	-	25 € par jour	25 € par jour
Frais accompagnant	-	25 € par jour	25 € par jour
Maternité	100 % BR	remboursement complémentaire des frais de soins et de séjour à concurrence du tiers du PMSS	100 % BR + remboursement complémentaire des frais de soins et de séjour à concurrence du tiers du PMSS
Allocation de naissance (1)	-	191,63€ par enfant (287,52€ à partir du 3ème)	191,63€ par enfant (287,52€ à partir du 3ème)
Dépassements d'honoraires en Psychiatrie	-	forfait/an/bénéficiaire à concurrence du tiers du PMSS	forfait/an/bénéficiaire à concurrence du tiers du PMSS
FRAIS MÉDICAUX (2)			
Consultation d'un médecin, radiographie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux, analyses	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Fournitures médicales, petit appareillage et pansements	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Dépassement d'honoraires	-	220 % BR 5 fois par an / bénéficiaire	220 % BR 5 fois par an / bénéficiaire
PHARMACIE REMBOURSABLE (2)	15 à 65 % BR	35 % à 85 % BR	100 % BR
OPTIQUE			
Soins et honoraires	70 % BR	390 % BR	460 % BR
Verres et lentilles adultes	60 % BR 60 % BR 60 % BR 60 % BR	si BR = 2,29€ : crédit de 80€ (3) si BR = 3,66€ : crédit de 88€ (3) si BR = 7,32€ : crédit de 112€ (3) autres BR : forfait de 128€ (3)	60 % BR + crédit de 80€ (3) si BR = 2,29€ 60 % BR + crédit de 88€ (3) si BR = 3,66€ 60 % BR + crédit de 112€ (3) si BR = 7,32€ 60 % BR + crédit de 128€ (3) (autres BR)
Verres et lentilles enfant	60 % BR 60 % BR	si BR = 12,04€ : crédit de 80€ (3) si BR = 14,94€ : crédit de 88€ (3)	60 % BR + crédit de 80€ (3) si BR = 12,04€ 60 % BR + crédit de 88€ (3) si BR = 14,94€
Monture adulte Monture enfant	60 % BR 60 % BR	3,50 % du PMSS 395 % BR	60 % BR + 3,50 % du PMSS 455 % BR
Lentilles Prise en charge refusée	-	crédit de 175 €/an / bénéficiaire	crédit de 175 €/ an / par bénéficiaire
DENTAIRE (2)			
Soins et honoraires Conventionné Non conventionné	70 % BR 70 % BR	100 % BR 100 % BR	170 % BR 170 % BR
Prothèses dentaires (sauf inlays core) Prise en charge acceptée Prise en charge refusée	70 % BR -	200% BR forfait de 215 € / an / bénéficiaire	270 % BR forfait de 215 € / an / bénéficiaire
inlays core	70 % BR	180 % BR	250 % BR
Orthodontie Prise en charge acceptée Prise en charge refusée	100 % BR -	230 % forfait de 200 € / an / bénéficiaire	330 % BR forfait de 200 € / an / bénéficiaire
AUTRES			
Prothèse auditive acceptée	60 % BR	395 % BR	455 % BR
Transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait Actes lourds	-	100 % du forfait	100 % du forfait

PMSS = Plafond mensuel de sécurité sociale. BR = Base de Remboursement du régime de base.

(1) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès de la MSA sur justificatif ; (2) Y compris actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention ; (3) par verre ou par lentille.

ANNEXE 2 • TABLEAU DES GARANTIES (RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE)

Les pourcentages sont exprimés sur la base des montants pris en référence pour le calcul des remboursements du régime de sécurité sociale.

	Remboursements Régime Obligatoire	Remboursements Régime Complémentaire	Remboursements TOTAUX
HOSPITALISATION			
Frais de soins et de séjour	100% BR	-	100% BR
Forfait hospitalier	100% BR	-	100 % du forfait dès le premier jour
Dépassement d'honoraires (hors maternité et psychiatrie)	100% BR	remboursement supplémentaire de 120 % BR	remboursement supplémentaire de 220 % BR
Chambre particulière	-	25 € par jour	25 € par jour
Frais accompagnant	-	25 € par jour	25 € par jour
Maternité	100 % BR	remboursement complémentaire des frais de soins et de séjour à concurrence du tiers du PMSS	100 % BR + remboursement complémentaire des frais de soins et de séjour à concurrence du tiers du PMSS
Allocation de naissance (1)		191,63€ par enfant (287,52€ à partir du 3ème)	191,63€ par enfant (287,52€ à partir du 3ème)
Dépassements d'honoraires en Psychiatrie	-	forfait / an / bénéficiaire à concurrence du tiers du PMSS	forfait / an / bénéficiaire à concurrence du tiers du PMSS
FRAIS MÉDICAUX (2)			
Consultation d'un médecin, radiographie	90 % BR	10 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux, analyses	90 % BR	10 % BR	100 % BR
Fournitures médicales, petit appareillage et pansements	90 % BR	10 % BR	100 % BR
Dépassement d'honoraires	-	220 % BR 5 fois par an / bénéficiaire	220 % BR 5 fois par an / bénéficiaire
PHARMACIE REMBOURSABLE (2)	80 à 100 % BR	0 à 20 % BR	100 % BR
OPTIQUE			
Soins et honoraires	90 % BR	370 % BR	460 % BR
Verres et lentilles adultes	90 % BR 90 % BR 90 % BR 90 % BR	si BR = 2,29€ : crédit de 80€ (3) si BR = 3,66€ : crédit de 88€ (3) si BR = 7,32€ : crédit de 112€ (3) autres BR : forfait de 128€ (3)	90 % BR + crédit de 80€ (3) si BR = 2,29€ 90 % BR + crédit de 88€ (3) si BR = 3,66€ 90 % BR + crédit de 112€ (3) si BR = 7,32€ 90 % BR + crédit de 128€ (3) (autres BR)
Verres et lentilles enfant	90 % BR 90 % BR	si BR = 12,04€ : crédit de 80€ (3) si BR = 14,94€ : crédit de 88€ (3)	90 % BR + crédit de 80€ (3) si BR = 12,04€ 90 % BR + crédit de 88€ (3) si BR = 14,94€
Monture adulte Monture enfant	90 % BR 90 % BR	3,50 % du PMSS 365 % BR	90 % BR + 3,50 % du PMSS 455 % BR
Lentilles Prise en charge refusée	-	crédit de 175 €/an / bénéficiaire	crédit de 175 €/ an / par bénéficiaire
DENTAIRE (2)			
Soins et honoraires Conventionné Non conventionné	90 % BR 90 % BR	80 % BR 80 % BR	170 % BR 170 % BR
Prothèses dentaires (sauf inlays core) Prise en charge acceptée Prise en charge refusée	90 % BR -	180% BR forfait de 215 € / an / bénéficiaire	270 % BR forfait de 215 € / an / bénéficiaire
inlays core	90 % BR	160 % BR	250 % BR
Orthodontie Prise en charge acceptée Prise en charge refusée	100 % BR -	230 % forfait de 200 € / an / bénéficiaire	330 % BR forfait de 200 € / an / bénéficiaire
AUTRES			
Prothèse auditive acceptée	90 % BR	365 % BR	455 % BR
Transport	100 % BR	-	100 % BR
Forfait Actes lourds	-	100 % du forfait	100 % du forfait

PMSS = Plafond mensuel de sécurité sociale, BR = Base de Remboursement du régime de base.

(1) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès de la MSA sur justificatif ; (2) Y compris actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention ; (3) par verre ou par lentille.

AGRI PRÉVOYANCE
Groupe AGRICA

21, rue de la Bienfaisance

75382 Paris cedex 08

Tél. : 01 71 21 00 00

Fax : 01 71 21 00 01

www.groupagricar.com

AGRI PRÉVOYANCE - institution de prévoyance régie par le Code Rural
Membre du GIE AGRICA GESTION - RCS Paris 493 373 682