

Convention collective

IDCC : 9521. – **EXPLOITATIONS DE POLYCLTURE ET D'ÉLEVAGE,
COOPÉRATIVES D'UTILISATION DE MATÉRIEL AGRICOLE
ET EXPLOITATIONS DE CULTURES SPÉCIALISÉES
(HAUTE-MARNE)
(11 février 1997)**

(Etendue par arrêté du 19 octobre 1998,
Journal officiel du 22 octobre 1998)

AVENANT N° 18 DU 18 MAI 2006 (1)

NOR : *AGRS0697096M*
IDCC : 9521

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles
(FDSEA) ;

La fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel
agricole (CUMA),

D'une part, et

L'union départementale des syndicats CFDT ;

L'union départementale des syndicats CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Le c « Prestations » du chapitre XII *bis* est remplacé par ce qui suit :

« c) Prestations

La présente garantie intègre les dispositions découlant de la loi n° 2004-810
du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie et du décret
n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 fixant le cadre dans lequel les contrats
d'assurance maladie complémentaire seront qualifiés de "responsables".

(1) La procédure d'extension de ce texte a été engagée.

Conformément aux dispositions du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 :

- à compter du 1^{er} janvier 2006, le régime d'assurance complémentaire de santé ne prend pas en charge :
 - la majoration de la participation de l'assuré prévue aux articles L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale (consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale (refus du droit d'accès au dossier médical personnel) ;
 - les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit au minimum 7 €, valeur novembre 2005) ;
 - la participation forfaitaire de 1 € ;
- le régime frais de santé prendra en charge :
 - la participation de l'assuré pour au moins 2 prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard de certains objectifs de santé publique,

dès parution de la liste de prestations fixée par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM).

Les prestations sont versées conformément aux dispositions du tableau suivant :

	REMBOURSEMENT Agri Prévoyance
Hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> - frais de soins et de séjour - forfait hospitalier - dépassement d'honoraires hors maternité et psychiatrie (frais de soins et frais de séjour) - chambre particulière et frais d'accompagnement - maternité - psychiatrie 	20 % 100 % dès le premier jour Frais réels limités à 220 % Remboursement aux frais réels Remboursement complémentaire des frais de soins et de séjour à concurrence du tiers du PMSS (*) 20 % + un forfait par an et par bénéficiaire à concurrence du tiers du PMSS (*)
Frais médicaux : <ul style="list-style-type: none"> - consultation d'un médecin, radiographie - auxiliaires médicaux, analyses - fournitures médicales, petit appareillage et pansements - dépassement d'honoraires 	30 % 40 % 35 % 220 %

	REMBOURSEMENT Agri Prévoyance
Pharmacie : - vignettes blanches - vignettes bleues	35 % 65 %
Optique : - soins et honoraires - verres, monture et lentilles (prise en charge acceptée) - lentilles non jetables (prise en charge refusée)	390 % Forfait de 199 € par an et par bénéficiaire Forfait de 199 € par an et par bénéficiaire
Dentaire : - soins et honoraires : - conventionné - non conventionné - prothèses dentaires : - prise en charge acceptée - prise en charge refusée - orthodontie : - prise en charge acceptée - prise en charge refusée	Frais réels restant à charge Frais réels restant à charge dans la limite de 90 % (**) 280 % Forfait de 214 € par an et par bénéficiaire 200 % Forfait de 397 € par an et par bénéficiaire
Autres : - prothèse auditive acceptée - cures thermales (prise en charge acceptée)	390 % 35 %
(*) Plafond mensuel de la sécurité sociale. (**) Plafonné à 300 % du tarif de convention. (***) Exprimé en pourcentage du tarif d'autorité.	

Les remboursements complémentaires sont déterminés en fonction de ceux effectués par le régime de base de la sécurité sociale et exprimés en pourcentage du tarif de responsabilité à partir duquel se fonde le régime de base pour calculer ses propres remboursements.

Si les taux du remboursement du régime de base venaient à varier, les prestations du régime complémentaire ne seraient pas modifiées pour autant, sauf modification du présent article.

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

Sont exclus de la garantie santé, les maladies ou accidents résultant :

- de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- de la guerre civile ou étrangère ;
- du fait volontaire du membre participant ou du bénéficiaire ; les conséquences de tentatives de suicide étant toutefois prises en charge ;

- d'accidents d'avion, survenus au cours des voyages aériens effectués sur des lignes civiles ou militaires, non officiellement autorisés au transport des passagers ;
- de sauts en parachutes, non officiellement contrôlés.

En tout état de cause, le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) ne peut dépasser les frais réellement engagés par le bénéficiaire. »

Article 2

Les dispositions du présent avenant prennent effet au 1^{er} janvier 2006.

Article 3

Les parties signataires demandent l'extension de cet avenant qui sera déposé en 2 exemplaires, dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique au service départemental de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles de la Haute-Marne à Chaumont.

Fait à Chaumont, le 18 mai 2006.

(Suivent les signatures.)