

Convention collective

IDCC : 8214. – **EXPLOITATIONS DE POLYCLTURE ET D'ÉLEVAGE,
MARAÎCHÈRES, HORTICOLES ET DE PÉPINIÈRES
ET COOPÉRATIVES D'UTILISATION DE MATÉRIEL AGRICOLE,
AINSI QUE LES ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX
(MARNE ET AUBE)
(12 février 1991)**

(Etendue par arrêté du 25 juin 1991,
Journal officiel du 18 juillet 1991)

AVENANT N° 54 DU 2 MARS 2006 (1)

NOR : *AGRS0697095M*
IDCC : 8214

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles de la Marne ;

Le syndicat des horticulteurs, maraîchers et pépiniéristes de la Marne ;

Les syndicats des entrepreneurs de travaux agricoles et ruraux de la Marne et de l'Aube ;

La fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole de la Marne,

D'une part, et

Le syndicat départemental des salariés de l'agriculture FGA-CFDT ;

L'union départementale CGT-FO ;

La fédération nationale de l'agriculture et de la forêt CGT ;

La confédération française des travailleurs chrétiens CFTC-AGRI ;

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit.

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

Article 1^{er}

Le paragraphe *b* de l'article 65 intitulé « Prestations » est supprimé et remplacé par le *b* qui suit :

« 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 ».

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 modifié par cet avenant 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 « soins de santé » institué par cet avenant 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 remboursements sont déterminés en fonction de ceux effectués par le régime de base de la sécurité sociale et exprimés en pourcentage de la base de remboursement (montant sur lequel le régime de base se fonde pour calculer ses propres remboursements), selon le tableau ci-après :

NATURE DES RISQUES	MONTANT DU REMBOURSEMENT EN POURCENTAGE du tarif de responsabilité		
	RÉGIME de base MSA	REMBOURSEMENT complémentaire	TOTAL (maxi frais réels)
Actes et traitements médicaux et paramédicaux :			
– consultations – visites	70 %	30 %	100 %
– auxiliaires médicaux	60 %	40 %	100 %
– soins infirmiers	60 %	40 %	100 %
– m a s s a g e s , pédicures...	60 %	40 %	100 %
– orthophonistes, orthoptistes	60 %	40 %	100 %
– sages-femmes	60 %	40 %	100 %
– analyses, examens de laboratoires	60 %	40 %	100 %
– radiographies, électro- radiologie	70 %	30 %	100 %
– transports	65 %	35 %	100 %
Pharmacie	35 % à 100 %	0 % à 65 %	100 %
Cures thermales acceptées :			
– honoraires	70 %	30 %	100 %
– frais de soins	65 %	35 %	100 %
Dentaire :			
– soins	70 %	130 %	200 %
– prothèses acceptées	70 %	130 %	200 %
– prothèses refusées	–	crédit de 200 € par an et par bénéficiaire	crédit de 200 € par an et par bénéficiaire
– orthodontie acceptée (moins de 16 ans)	100 %	100 %	200 %
– orthodontie refusée	–	crédit de 200 € par an et par bénéficiaire	crédit de 200 € par an et par bénéficiaire
Optique :			
– verres, montures, lentilles acceptées	65 %	100 % + crédit de 100 € par an et par bénéficiaire	165 % + crédit de 100 € par an et par bénéficiaire
– lentilles refusées non jetables	–	crédit de 100 € par an et par bénéficiaire	crédit de 100 € par an et par bénéficiaire

NATURE DES RISQUES	MONTANT DU REMBOURSEMENT EN POURCENTAGE du tarif de responsabilité		
	RÉGIME de base MSA	REMBOURSEMENT complémentaire	TOTAL (maxi frais réels)
Gros appareillage et prothèses auditives :			
- orthopédie et gros appareillage	65 %	135 %	200 %
- prothèses auditives (par oreille)	65 %	135 %	200 %
Chirurgie et hospitalisation :			
- forfait hospitalier	0 %	100 %	100 %
- hospitalisation chirurgicale			
- honoraires et frais de séjour	100 %	0 %	100 %
- hospitalisation médicale			
- honoraires et frais de séjour	80 %	20 %	100 %
- lit accompagnant pour un enfant de moins de 15 ans	-	100 % des frais réels	100 % des frais réels

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

La garantie s'exerce dans le cadre du contrat annexé à l'avenant n° 25.

L'institution de prévoyance est responsable de la rédaction d'une notice d'information claire et précise, adressée à l'employeur au moment de l'adhésion et en cas de modification de la couverture.

Le chef d'entreprise est tenu, lors de la mise en place de la couverture, de remettre la notice d'information à tout salarié nouvellement embauché, dès qu'il relève de cette couverture.

Les mêmes dispositions s'appliquent en cas de modification de la couverture. »

Article 2

Les présentes dispositions entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2006.

Article 3

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Fait à Châlons-en-Champagne, le 2 mars 2006.

(Suivent les signatures.)