

Convention collective

IDCC : 8214. – **EXPLOITATIONS DE POLYCLTURE-ÉLEVAGE,
MARAÎCHÈRES, HORTICOLES ET DE PÉPINIÈRES ET CUMA
(MARNE)**

**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° 56 DU 5 OCTOBRE 2006 (1)

NOR : *AGRS0797008M*

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 :

Article 1^{er}

Le paragraphe 2 de l'article 19 intitulé « Garantie en cas d'incapacité supérieure à 150 jours » est remplacé par les dispositions suivantes :

« A l'expiration de la période d'indemnisation à la charge de l'employeur en application du paragraphe 1 du présent article, soit après 150 jours indemnisés pour un ou plusieurs arrêts de travail par année civile, il est insti-

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

tué au profit des salariés non cadres relevant de l'article 1^{er} de la présente convention et visés par le paragraphe 1 du présent article, un régime de prévoyance obligatoire qui assure les prestations suivantes :

- versement d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par le régime de base de la mutualité sociale agricole, en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident ;
- versement d'une pension d'invalidité ou d'incapacité permanente, en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle au moins des 2/3, reconnue par le régime de base de la mutualité sociale agricole.

A. Garantie incapacité de travail

En cas d'arrêt de travail pour accident du travail, accident de trajet, maladie professionnelle, accident ou maladie de la vie privée, et à l'expiration de la période d'indemnisation par l'employeur visée précédemment, le salarié perçoit, en complément de ses indemnités journalières légales, des indemnités journalières complémentaires qui portent son indemnisation globale (y compris indemnités légales servies par la MSA) à hauteur de 80 % de sa rémunération brute mensuelle, tant que dure le versement des indemnités journalières légales.

La rémunération brute mensuelle prise en compte pour le calcul de ces indemnités journalières complémentaires est celle qui est retenue pour le calcul des indemnités journalières légales.

En cas d'arrêt continu, le versement des indemnités journalières complémentaires débutera au 154^e jour d'arrêt de travail.

Lorsque le salarié a déjà bénéficié au cours de la même année civile de 150 jours continus indemnisés par l'employeur, le versement des indemnités journalières complémentaires se poursuivra aussi longtemps que seront servies les indemnités journalières légales.

En cas d'arrêts successifs survenus postérieurement aux 150 jours indemnisés par l'employeur au cours de la même année civile, le versement des indemnités journalières complémentaires débutera :

- au 4^e jour de chaque nouvel arrêt s'il s'agit d'un arrêt pour maladie ou accident de la vie privée ;
- au 1^{er} jour en cas d'accident du travail, de maladie professionnelle ou d'accident de trajet.

Lorsque le salarié se trouve en arrêt de travail indemnisé et bénéficie des indemnités journalières complémentaires alors qu'il a bénéficié de l'indemnisation par son employeur de 150 jours pour des arrêts successifs, l'indemnisation complémentaire s'interrompt au 31 décembre, la poursuite de l'arrêt sur l'année civile suivante étant à nouveau à la charge de l'employeur, dans la limite de 150 jours.

Lorsque le service des indemnités journalières légales prend fin, le service des indemnités journalières complémentaires prend également fin. 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 tout état de cause, le montant de la prestation, cumulée à celle du régime de base de la mutualité sociale agricole, ne doit pas conduire l'intéressé à percevoir plus que son salaire net de période d'activité.

Les revalorisations de ces prestations sont effectuées en fonction des taux de revalorisation des assurances sociales agricoles.

Le paiement des charges sociales dues sur les indemnités journalières complémentaires est effectué par l'organisme assureur désigné. Les indemnités journalières sont donc versées nettes de charges sociales, de CSG et de CRDS.

B. Garantie invalidité

En cas d'invalidité de catégorie 1, 2 ou 3, reconnue par le régime de base de sécurité sociale ou en cas d'attribution d'une rente accident du travail pour un taux d'incapacité permanente professionnelle (IPP) au moins égal aux 2/3, la garantie assure le versement d'une pension d'invalidité complémentaire aux prestations versées par le régime de base de la mutualité sociale agricole.

La pension d'invalidité est égale à 80 % du salaire brut du salarié sous déduction de la pension ou de la rente versée par la MSA ainsi que, le cas échéant, de la rémunération d'une activité salariée.

Le salaire brut pris en compte correspond au 12^e de la somme perçue par le salarié au cours des 12 mois civils précédant la date de l'arrêt de travail.

Les pensions d'invalidité en cours de service à la date d'entrée en vigueur du régime ou résultant d'un arrêt de travail antérieur à cette même date continuent à être supportées par l'organisme antérieurement désigné. En revanche, les revalorisations postérieures à cette même date d'entrée en vigueur sont prises en charge par l'organisme gestionnaire désigné au C. 2 dans la mesure où elles ne le sont pas déjà par l'organisme antérieurement désigné.

La pension d'invalidité est servie, sous réserve que le taux d'incapacité reste au moins égal aux 2/3, jusqu'à la date d'entrée en jouissance de la retraite à taux plein.

Les revalorisations de cette prestation sont effectuées en fonction des taux de revalorisation des assurances sociales agricoles.

C. Dispositions communes

1. Cotisations.

Le régime de prévoyance (garantie incapacité de travail - invalidité) est financé par une cotisation égale à 1,24 % des rémunérations brutes, à hauteur de 10 % par l'employeur et de 90 % par le salarié.

Les cotisations sont ainsi réparties :

	TAUX	PART PATRONALE	PART OUVRIÈRE
Incapacité temporaire	0,56 %	0,056 %	0,504 %
Incapacité permanente	0,68 %	0,068 %	0,612 %
TOTAL	1,24 %	0,124 %	1,116 %

2. Organisme assureur.

AGRI Prévoyance, institution agréée par arrêté du ministre chargé de l'agriculture en date du 24 décembre 1993, sise 21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris, est désignée comme organisme gestionnaire du régime de prévoyance.

Toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord de prévoyance sont tenues d'adhérer à AGRI Prévoyance pour leur personnel, à l'exception du personnel d'encadrement tel que défini par la convention du 2 avril 1952 concernant les ingénieurs et cadres d'exploitations agricoles.

3. Modalités pratiques.

Les modalités pratiques et complémentaires relatives aux prestations, à leur revalorisation, aux charges sociales dues sur les indemnités journalières, à l'examen des comptes de ce régime, à l'information des salariés couverts, sont exposées dans le contrat d'adhésion annexé au présent avenant. Ces modalités feront l'objet d'une notice d'information diffusée à tous les salariés couverts.

En tout état de cause, il sera fait application de la loi du 8 août 1994 relative à la protection sociale complémentaire des salariés (effet au 1^{er} janvier 1995).

4. Réexamen du régime et du choix de l'organisme gestionnaire.

Les conditions et les modalités de la mutualisation des risques ainsi que le choix de l'organisme assureur sont réexaminés par les signataires du présent accord, selon une périodicité qui ne peut excéder 5 ans, conformément aux dispositions des articles L. 912-1 et L. 912-2 du code de la sécurité sociale.

D. Date d'effet

Les prestations définies ci-dessus s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2007.

E. Révision. – Dénonciation

Le présent accord peut faire l'objet d'une révision ou d'une dénonciation à la demande de l'une des parties signataires.

La demande de révision ainsi que la dénonciation doivent être notifiées, au moins 3 mois avant le terme de chaque année civile, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée d'une part aux autres parties signataires, d'autre part au service départemental de l'inspection du travail.

La partie signataire qui dénonce le présent accord doit procéder aux formalités de dépôt de sa dénonciation conformément aux articles L. 132-8 et L. 132-10 du code du travail.

En cas de dénonciation du présent accord, de changement d'organisme assureur, les prestations de prévoyance périodique d'indemnités journalières, de rentes d'invalidité ou d'incapacité professionnelle permanente en cours de service sont maintenues à leur niveau atteint au jour de la résiliation.

Dans cette hypothèse, 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 et invalidité, au moins sur la base de l'évolution du point ARRCO. »

Article 2

Les dispositions de l'article 64 intitulé « Retraite complémentaire et assurance décès » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« I. Retraite complémentaire

Tout employeur relevant du champ d'application de la présente convention doit adhérer pour les salariés à son service à la Caisse mutuelle autonome de retraites complémentaires agricoles (CAMARCA) dont le siège est situé 21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris, à l'exception du personnel d'encadrement tel que défini par la convention collective de prévoyance du 2 avril 1952 concernant les ingénieurs et cadres d'exploitations agricoles.

Les cotisations sont assises sur le salaire brut tel qu'il est défini en matières d'assurances sociales agricoles.

Le taux et la répartition des cotisations sont ceux définis respectivement à l'annexe I et à l'annexe II à la convention nationale de retraite des salariés de l'agriculture du 24 mars 1971.

II. Assurance décès

Les salariés non cadres bénéficient sans condition d'ancienneté d'une garantie décès qui comprend le versement d'un capital décès, de rentes éducation et d'une indemnité frais d'obsèques.

A. Prestations

1. Capital décès

En cas de décès du salarié, un capital décès d'un montant égal à 100 % de son salaire annuel brut, majoré de 50 % en présence d'un conjoint survivant non séparé de corps, et de 25 % par enfant à charge, est versé à la demande du ou des bénéficiaires.

Le capital est versé en priorité 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 pouvant réduire la part du conjoint à moins de 50 % du capital.

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 ;
- du concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune ;
- aux héritiers.

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

Dans le cadre de cette garantie, le cocontractant d'un PACS est assimilé à un conjoint non séparé de corps.

En cas d'invalidité permanente et définitive du salarié, constatée par le régime de base de la mutualité sociale agricole (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.

2. Rente éducation

En cas de décès du salarié, chaque enfant à sa charge au moment du décès, perçoit une rente annuelle d'éducation égale à :

- 50 points s'il est âgé de 0 à 10 ans ;
- 113 points s'il est âgé de 11 ans à 17 ans ;
- 150 points s'il est âgé de 18 ans à 25 ans.

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

La valeur du point est égale à celle du point AGRI Prévoyance revalorisée chaque année au 1^{er} septembre.

3. Indemnité frais d'obsèques

En cas de décès de son conjoint non séparé de corps, de son concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune ou d'un enfant à charge, le salarié perçoit, sur sa demande déposée dans les 6 mois suivant le décès et à la condition qu'il ait lui même réglé les frais d'obsèques, une indemnité frais d'obsèques d'un montant égal à 100 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur à la date du décès.

4. Risques exclus

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

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

5. Maintien de la garantie décès

En cas de non-renouvellement ou de résiliation de l'accord, 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.

B. Dispositions communes

1. Cotisations

L'assurance décès est financée par une cotisation égale à 0,40 % des rémunérations brutes, répartie à hauteur de 50 % pour l'employeur et de 50 % pour le salarié.

La cotisation est ainsi répartie :

	TAUX	PART PATRONALE	PART OUVRIÈRE
Décès	0,40 %	0,20 %	0,20 %

La cotisation décès est appelée sur la rémunération brute de tous les salariés dès leur entrée dans l'entreprise.

2. Organisme assureur

AGRI Prévoyance, institution agréée par arrêté du ministre chargé de l'agriculture en date du 24 décembre 1993, sise 21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris, est désignée comme organisme gestionnaire du régime de prévoyance.

Toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord de prévoyance sont donc tenues d'adhérer à AGRI Prévoyance pour leur personnel, à l'exception du personnel d'encadrement tel que défini par la convention du 2 avril 1952 concernant les ingénieurs et cadres d'exploitations agricoles.

3. Modalités pratiques

Les modalités pratiques et complémentaires relatives aux prestations, à leur revalorisation, à l'examen des comptes de ce régime, à l'information des salariés couverts, sont exposés dans le contrat d'adhésion annexé au présent avenant. Ces modalités feront l'objet d'une notice d'information diffusée à tous les salariés couverts.

En tout état de cause, il sera fait application de la loi du 8 août 1994 relative à la protection sociale complémentaire des salariés (effet au 1^{er} janvier 1995).

4. Réexamen du régime et du choix de l'organisme gestionnaire

Les conditions et les modalités de la mutualisation des risques ainsi que le choix de l'organisme assureur sont réexaminés par les signataires du présent accord, selon une périodicité qui ne peut excéder 5 ans, conformément aux dispositions des articles L. 912-1 et L. 912-2 du code de la sécurité sociale.

C. Date d'effet

Les prestations définies ci-dessus s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2007.

D. Révision. – Dénonciation

Le présent accord peut faire l'objet d'une révision ou d'une dénonciation à la demande de l'une des parties signataires.

La demande de révision ainsi que la dénonciation doivent être notifiées, au moins 3 mois avant le terme de chaque année civile, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée d'une part aux autres parties signataires, d'autre part au service départemental de l'inspection du travail.

La partie signataire qui dénonce le présent accord doit procéder aux formalités de dépôt de sa dénonciation conformément aux articles L. 132-8 et L. 132-10 du code du travail.

En cas de dénonciation du présent accord, de changement d'organisme assureur, la rente éducation de la garantie décès en cours de service est maintenue à son niveau atteint au jour de la résiliation.

Dans cette hypothèse, 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 rentes éducation, au moins sur la base de l'évolution du point ARRCO.

Les prestations de la garantie décès sont également maintenues pour les assurés en cours de service de rente invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle. »

Article 3

Les dispositions de l'article 65 intitulé « Assurance maladie complémentaire » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« I. Objet

L'assurance complémentaire frais de soins garantit, dans la limite des frais réels, le remboursement des frais de santé engagés par le salarié assuré et ses ayants droit, à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'assureur intervient après versement des prestations du régime social de base, sauf exceptions indiquées dans le tableau de garanties.

Le contrat comporte deux niveaux de garantie :

- un niveau minimum conventionnel obligatoire et identique pour tous les salariés ;
- une option couverture supérieure individuelle.

A. Contrat obligatoire

Les salariés ayant acquis une ancienneté minimale de un an dans une entreprise visée à l'article 1^{er} et non couverts par la caisse de prévoyance des cadres d'entreprise agricole (CPCEA) bénéficient à compter du 1^{er} jour du mois suivant, d'une assurance maladie complémentaire, dans le cadre d'un contrat collectif dont la gestion est confiée à l'institution de prévoyance AGRI Prévoyance selon les modalités fixées ci-après.

L'adhésion n'est facultative que pour les salariés qui se trouvent dans l'un des cas suivants :

- salariés dont le niveau de rémunération est inférieur au salaire mensuel conventionnel correspondant au niveau 1, échelon 1 ;
- salariés à temps partiel, au sens de l'article L. 212-4-2 du code du travail, occupés dans une ou plusieurs entreprises et sous réserve que le cumul de leurs rémunérations soit inférieur au salaire mensuel conventionnel correspondant au niveau 1, échelon 1.

B. Option couverture supérieure individuelle

1. Adhésion à l'option couverture supérieure individuelle

L'adhésion à l'option couverture supérieure individuelle est ouverte à tout salarié, sans questionnaire ni examen médical préalable, dans les conditions suivantes :

- le salarié adhère à l'option couverture supérieure individuelle par la signature d'un bulletin d'adhésion adressé à l'organisme assureur ;
- dans un délai de 2 mois suivant l'affiliation du salarié au niveau minimum conventionnel, l'adhésion à l'option couverture supérieure individuelle prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion ;
- passé ce délai de 2 mois, le salarié bénéficiant du niveau minimum conventionnel a la possibilité d'adhérer à l'option couverture supérieure individuelle au 1^{er} janvier de chaque année.

L'option de couverture supérieure demandée par un salarié s'applique automatiquement à ses ayants droit.

L'option de couverture supérieure est retenue pour une durée minimale de 1 an à compter de sa date d'effet.

2. Renonciation au régime optionnel

A l'issue de cette durée minimale de 1 an, le salarié a la faculté de renoncer chaque année à l'option couverture supérieure individuelle, sous réserve d'un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Toute renonciation à l'option couverture supérieure individuelle entraîne une impossibilité de nouvelle adhésion pour une période de 2 ans.

II. Prestations

La présente garantie intègre les dispositions découlant de la loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie et du décret 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 2005-1226 du 29 septembre 2005 :

A 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^o 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” 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 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 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.

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’informations à chaque salarié et ensuite à tout salarié nouvellement embauché, dès qu’il relève de cette couverture. Les mêmes dispositions s’appliquent en cas de modification de la couverture.

(Voir tableau pages suivantes.)

NATURE DES RISQUES	MONTANT DU REMBOURSEMENT (1) en % de la base de remboursement MSA		
	Régime de base MSA	Remboursement « minimum conventionnel »	Remboursement « option couverture supérieure »
Actes et traitements médicaux et paramédicaux			
Consultations – visites	70 %	30 %	100 % des frais réels (2)
Auxiliaires médicaux	60 %	40 %	100 % des frais réels (2)
Soins infirmiers	60 %	40 %	100 % des frais réels (2)
Massages-pédicures	60 %	40 %	100 % des frais réels (2)
Orthophonistes, orthoptistes	60 %	40 %	100 % des frais réels (2)
Sages-femmes	60 %	40 %	100 % des frais réels (2)
Analyses, examens de laboratoire	60 %	40 %	100 % des frais réels (2)
Radiographies, électro-radiologie	70 %	30 %	100 % des frais réels (2)
Transport	65 %	35 %	100 % des frais réels (2)

NATURE DES RISQUES	MONTANT DU REMBOURSEMENT (1) en % de la base de remboursement MSA		
	Régime de base MSA	Remboursement « minimum conventionnel »	Remboursement « option couverture supérieure »
Actes de prévention « responsables » (5)	de 35 % à 70 %	de 30 % à 65 %	-
Pharmacie	de 15 % à 100 %	de 0 % à 85 %	-
Cures thermales acceptées			
Honoraires	70 %	30 %	100 % des frais réels (2)
Frais de soins	65 %	35 %	Crédit de 191,63 € par an et par bénéficiaire
Dentaire			
Soins	70 %	130 %	100 % des frais réels (2)
Prothèses acceptées	70 %	130 %	150 %
Prothèses refusées	-	Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire	Crédit de 15 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie acceptée (moins de 16 ans)	100 %	100 %	100 %

NATURE DES RISQUES	MONTANT DU REMBOURSEMENT (1) en % de la base de remboursement MSA		
	Régime de base MSA	Remboursement « minimum conventionnel »	Remboursement « option couverture supérieure »
Orthodontie refusée	–	Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire	Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire
Optique			
Soins	70 %	–	100 % des frais réels (2)
Verres, montures, lentilles acceptées	65 %	100 % + crédit de 100 € par an et par bénéficiaire (3)	290 % + crédit de 190 € par an et par bénéficiaire (4)
Lentilles refusées non jetables	–	Crédit de 100 € par an et par bénéficiaire (3)	Crédit de 190 € par an et par bénéficiaire (4)
Appareillage			
Orthopédie et gros appareillage	65 %	135 %	100 %
Prothèses auditives	65 %	135 %	255 % + crédit de 383,41 € par an et par bénéficiaire
Fourniture médicale, pansements, prise en charge acceptée	65 %	–	100 % des frais réels

NATURE DES RISQUES	MONTANT DU REMBOURSEMENT (1) en % de la base de remboursement MSA		
	Régime de base MSA	Remboursement « minimum conventionnel »	Remboursement « option couverture supérieure »
Chirurgie et hospitalisation			
Forfait hospitalier	-	100 %	-
Hospitalisation chirurgicale, honoraires et frais de séjour	100 %	-	-
Hospitalisation médicale, honoraires et frais de séjour	80 %	20 %	-
Dépassement d'honoraires	-	-	100 % des frais réels (2)
Chambre particulière	-	-	100 % des frais réels limités à 60 jours par an et par bénéficiaire (2)
Lit d'accompagnant pour un enfant de moins de 15 ans	-	100 % des frais réels	-
Frais d'accompagnant pour enfant à charge (hors lit d'accompagnant pour un enfant de moins de 15 ans)	-	-	40 € par jour limité à 60 jours par an et par bénéficiaire

NATURE DES RISQUES	MONTANT DU REMBOURSEMENT (1) en % de la base de remboursement MSA		
	Régime de base MSA	Remboursement « minimum conventionnel »	Remboursement « option couverture supérieure »
Maternité			
Dépassement d'honoraires et chambre particulière	-	-	Crédit d'un tiers du PMSS/bénéficiaire/maternité
Prime de naissance	-	-	191,63 € par enfant pour les deux 1 ^{ers} , 287,52 € à partir du 3 ^e
Prime de séjour	-	-	9,45 € par jour d'hospitalisation
Psychiatrie			
Honoraires et frais de séjour	80 %	-	20 %

NATURE DES RISQUES	MONTANT DU REMBOURSEMENT (1) en % de la base de remboursement MSA		
	Régime de base MSA	Remboursement « minimum conventionnel »	Remboursement « option couverture supérieure »
Dépassement d'honoraires et chambre particulière	-	-	Crédit d'un tiers du PMSS par bénéficiaire et par an
Forfait hospitalier	-	-	100 %
Forfait actes lourds (18 euros)	-	-	100 % du forfait

(1) Dans le cadre du respect du « parcours de soins » institué par la loi 2004-810 du 13 août 2004, hors parcours de soins, les pénalités financières prévues par la loi restent à la charge de l'assuré.

(2) Si secteur conventionné : 100 % des frais réels restant à charge après remboursement MSA et Niveau minimum conventionnel.

Si secteur non conventionné : 90 % des frais réels, plafonné à 300 % de la base de remboursement secteur conventionné (BRC).

(3) Pour l'ensemble du poste optique « Niveau conventionnel », un seul crédit de 100 € peut être accordé par an et par bénéficiaire.

(4) Pour l'ensemble du poste optique « Option couverture supérieure », un seul crédit de 190 € peut être accordé par an et par bénéficiaire.

(5) Dans les conditions prévues dans l'arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention obligatoires dans un contrat « res-ponsable ».

III. Bénéficiaires des prestations

L'assuré social affilié répondant aux conditions du a) du présent article.

Son conjoint marié, résidant en France, non séparé de droit ou de fait.

Son concubin, résidant en France, s'il est à la charge de l'assuré au sens de l'article L. 161-14 du code de la sécurité sociale ou s'ils ont un ou des enfants en commun.

Les enfants à charge résidant en France :

- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité (pour un taux au moins égal à 80 %) prévue à l'article 173 du code de la famille ;
- jusqu'à 25 ans accomplis s'ils poursuivent leurs études ;
- tant que leur salaire ne dépasse pas 55 % du SMIC s'ils sont en apprentissage, en contrat de professionnalisation ou toute autre formation professionnelle par alternance ;
- jusqu'à 18 ans accomplis dans les autres cas.

Dans le cadre de cette garantie, le cocontractant d'un PACS est assimilé à un conjoint non séparé de corps.

IV. Cotisations

Le régime minimum conventionnel obligatoire d'assurance complémentaire frais de soins est financé par une cotisation mensuelle égale à 2,09 % du plafond mensuel de la sécurité sociale, à hauteur de 40 % par l'employeur et de 60 % par le salarié.

L'employeur doit s'acquitter de l'intégralité de la cotisation du régime minimum conventionnel obligatoire auprès de l'organisme chargé de la collecter. La contribution du salarié est prélevée chaque mois sur son salaire par l'employeur.

La cotisation est ainsi appelée :

L'option couverture supérieure individuelle est financée par une cotisation mensuelle égale à 1,97 % du plafond mensuel de la sécurité sociale, intégralement à la charge du salarié.

La cotisation est ainsi appelée :

	TAUX	PART PATRONALE	PART OUVRIÈRE
Régime minimum conventionnel d'assurance complémentaire frais de soins	2,09 %	0,836 %	1,254 %

L'option couverture supérieure individuelle est financée par une cotisation mensuelle égale à 1,97 % du plafond mensuel de la sécurité sociale, intégralement à la charge du salarié.

La cotisation est ainsi appelée :

	TAUX	PART PATRONALE	PART OUVRIÈRE
Régime optionnel individuel d'assurance complémentaire frais de soins	1,97 %	pas de prise en charge	1,97 %

En cas d'arrêt maladie indemnisé par la garantie de ressources visée à l'article 19 II de la présente convention collective, la cotisation du régime minimum conventionnel obligatoire n'est pas due. La cotisation de l'option couverture supérieure individuelle est due par le salarié.

V. Rupture du contrat de travail

Après la rupture du contrat de travail, le salarié et ses ayants droits bénéficient d'une couverture, gratuitement pendant un mois, des garanties prévues au régime minimum conventionnel obligatoire.

En outre, ont droit au maintien de la garantie auprès de l'organisme assureur dans le cadre d'un contrat individuel et dans les conditions ci-après définies, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux :

1. Les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, de revenu de remplacement sans condition de durée.

Les intéressés doivent en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.

2. Les personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Dans les 2 cas, la garantie prend effet le lendemain du jour de la demande.

Le tarif applicable aux personnes concernées ne peut être supérieur à 150 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

VI. Communication des résultats

AGRI Prévoyance s'engage à fournir à la commission mixte, de préférence au mois de juillet et en tout état de cause avant le 31 août de chaque exercice, un compte de résultats définitif du régime de prévoyance de l'année précédente ainsi que toute autre information disponible susceptible d'aider les organisations au pilotage du régime.

VII. Dispositions communes

A. Organisme assureur

AGRI Prévoyance, institution agréée par arrêté du ministre chargé de l'agriculture en date du 24 décembre 1993, sise 21 rue de la Bienfaisance, 75008 Paris, est désignée comme organisme gestionnaire du régime de prévoyance.

Toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord de prévoyance sont tenues d'adhérer à AGRI Prévoyance pour leur personnel, à l'exception du personnel d'encadrement tel que défini par la convention du 2 avril 1952 concernant les ingénieurs et cadres d'exploitations agricoles.

B. Réexamen du régime et du choix de l'organisme gestionnaire

Les conditions et les modalités de la mutualisation des risques ainsi que le choix de l'organisme assureur sont réexaminés par les signataires du présent accord, selon une périodicité qui ne peut excéder 5 ans, conformément aux dispositions des articles L. 912-1 et L. 912-2 du code de la sécurité sociale.

C. Date d'effet

Les prestations définies ci-dessus s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2007.

D. Révision. – Dénonciation

Le présent accord peut faire l'objet d'une révision ou d'une dénonciation à la demande de l'une des parties signataires.

La demande de révision ainsi que la dénonciation doivent être notifiées au moins 3 mois avant le terme de chaque année civile, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée d'une part aux autres parties signataires, d'autre part au service départemental de l'inspection du travail.

La partie signataire qui dénonce le présent accord doit procéder aux formalités de dépôt de sa dénonciation conformément aux articles L. 132-8 et L. 132-10 du code du travail. »

Article 4

Les présentes dispositions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2007.

Article 5

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Fait à Châlons-en-Champagne, le 5 octobre 2006.

(Suivent les signatures.)