

Convention collective régionale

IDCC : 8113. – **EXPLOITATIONS DE MARAÎCHAGE, ARBORICULTURE,
HORTICULTURE, PÉPINIÈRES ET CRESSICULTURE
(ÎLE-DE-FRANCE)
(8 septembre 2006)**

(Etendue par arrêté du 10 janvier 2007,
Journal officiel du 4 février 2007)

**ACCORD DU 30 JANVIER 2008
RELATIF À LA PRÉVOYANCE DES SALARIÉS CADRES**

NOR : *AGRS0897055M*

IDCC : *8113*

Entre :

La fédération régionale des syndicats d'exploitants agricoles (FRSEAIF)
d'Ile-de-France,

D'une part, et

La fédération de l'agriculture CFTC ;

La SNCEA CFE-CGC ;

La fédération nationale agroalimentaire et forestière (FNAF) CGT ;

La fédération générale agroalimentaire (FGA) CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord concerne les salariés cadres des entreprises qui relèvent de la convention collective des exploitations d'arboriculture, de maraîchage, d'horticulture, de pépinières et de cressiculture du 8 septembre 2006 (départements 75, 77, 78, 91, 92, 93, 94, 95).

Article 2

Complémentaire frais de santé

Les employeurs de salariés relevant de la convention collective nationale de prévoyance des ingénieurs et cadres du 2 avril 1952 doivent adhérer au

contrat Top Santé géré par la CPCEA, institution de prévoyance, sise 21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris, et régie par les dispositions de l'article L. 727-2-II du code rural.

Top Santé assure une prise en charge supplémentaire des dépenses de santé, comme indiqué dans le tableau de garanties ci-après.

Le financement de cette garantie est assuré par une cotisation mensuelle répartie à hauteur de 10 % à la charge de l'entreprise et 90 % à la charge du salarié. Le montant de cette cotisation est de 44,10 € à la date de prise d'effet du présent accord.

Tableau de garanties Top Santé

Remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR)

	REMBOURSEMENTS MSA (***)	REMBOURSEMENTS TOTAUX MSA + garanties santé et Top Santé (****)
Frais médicaux Consultation d'un médecin ou d'un spécialiste Radiographie Auxiliaire médical, analyses Soins, actes techniques, actes de prévention responsables (y compris optique et dentaire)	70 % 70 % 60 % 70 % à 60 %	100 % des frais réels (*)
Pharmacie remboursable Médicaments remboursables	65 % à 15 %	100 %
Optique Verres, monture, étui, lentilles – prise en charge (PEC) acceptée Lentilles – PEC refusée	65 % –	455 % + crédit de 290 € par an et par bénéficiaire (**) Crédit de 290 € par an et par bénéficiaire (**)
Dentaire Prothèse dentaire acceptée	70 %	350 %
Orthodontie Orthodontie acceptée Orthodontie refusée	100 % –	300 % Crédit de 383,41 € par an et par bénéficiaire
Appareillage Fourniture médicale, pansements		

	REMBOURSEMENTS MSA (****)	REMBOURSEMENTS TOTAUX MSA + garanties santé et Top Santé (****)
<ul style="list-style-type: none"> – PEC acceptée Prothèse auditive acceptée Gros et petit appareillage, autres prothèses – PEC acceptée 	65 % 65 % 65 % ou 100 %	100 % des frais réels 455 % + crédit de 383,41 € par an et par bénéficiaire 300 %
Forfait actes lourds (18 €)	–	100 % du forfait
Hospitalisation Frais de soins et de séjour Dépassements d'honoraires Chambre particulière Frais d'accompagnant Forfait hospitalier	80 % ou 100 % – – – –	100 % 100 % des frais réels (*) 100 % des frais réels limités à 60 jours/an/bénéficiaire (*) 40 € par jour limité à 60 jours/an/bénéficiaire 100 % dès le 1 ^{er} jour
Maternité Frais de soins et de séjour Dépassement d'honoraires et chambre Prime de naissance Prime de séjour	100 % – – –	100 % Crédit d'un tiers du PMSS (**)/bénéficiaire/maternité 191,63 € par enfant pour les 2 premiers; 287,52 € à partir du 3 ^e 9,45 € par jour d'hospitalisation
Psychiatrie Frais de soins et de séjour Dépassement d'honoraires et chambre particulière Forfait hospitalier	80 % – –	100 % Crédit d'un tiers du PMSS (****)/bénéficiaire/an 100 % du forfait hospitalier à partir du 1 ^{er} jour

	REMBOURSEMENTS MSA (****)	REMBOURSEMENTS TOTAUX MSA + garanties santé et Top Santé (****)
Cures thermales Honoraires de surveillance médicale Frais de traitements thermaux	70 % 65 %	100 % des frais réels (*) 100 % + prime de 191,63 € par an et par bénéficiaire
Transport	65 %	100 % des frais réels
<p>(*) Si secteur conventionné. Si secteur non conventionné, le remboursement est égal à 90 % des frais réels, plafonné à 300 % de la base de remboursement secteur conventionné (BRC).</p> <p>(**) Pour l'ensemble du poste optique, un seul crédit de 290 € peut être accordé par an et par bénéficiaire.</p> <p>(***) Valeur du PMSS (plafond mensuel de la sécurité sociale) pour 2007 : 2 682 €.</p> <p>(****) Dans le cadre du respect des parcours de soins.</p>		

Base de remboursement : désigne l'ensemble des éléments tarifaires (tarif de responsabilité, etc.) sur lequel le régime de base applique un taux (0 à 100 %) pour déterminer le niveau de son remboursement.

Base de remboursement secteur conventionné (BRC) : base de remboursement appliquée au secteur conventionné (établissement ou praticien).

Tarif de responsabilité : il correspond au montant sur lequel le régime de base (MSA...) effectue ses remboursements selon des taux pouvant varier de 35 % à 100 %.

Ce tarif concerne des produits (médicaments...) ou des actes (consultations, visites...) et est :

- soit déterminé en accord avec les membres des professions de santé : il s'agit alors du tarif de convention (TC), appliqué au secteur conventionné ;
- soit déterminé unilatéralement par les pouvoirs publics : il s'agit alors du tarif d'autorité (TA) appliqué au secteur non conventionné.

Frais réels : dépenses engagées par l'assuré pour se soigner, à l'exception des frais ne figurant pas à la nomenclature des actes médicaux.

Crédit : le crédit est un montant disponible, attribué en fonction des frais réellement engagés. Il est utilisable en plusieurs fois jusqu'à épuisement au cours de l'année civile. Il est toujours limité aux frais réels.

A noter :

Les remboursements complémentaires sont déterminés en fonction de ceux effectués par le régime de base des assurances sociales (mutualité sociale agricole, sécurité sociale...).

En cas de changement des taux de prise en charge par le régime de base, ils peuvent être modifiés.

Les remboursements complémentaires s'inscrivent dans le respect du parcours de soins institué par la loi du 13 août 2004 (consultation préalable du médecin traitant notamment). Les pénalités financières prévues par la loi (majoration du ticket modérateur et dépassement d'honoraires autorisé) en cas de non-respect du parcours de soins ou de refus d'accès au dossier médical personnel sont exclues de la garantie.

Le total des remboursements est limité aux frais réels.

Les actes de prévention définis dans le cadre du contrat responsable selon les conditions prévues dans l'arrêté du 8 juin 2006 sont pris en compte par la complémentaire dans l'expression de la garantie « soins et actes techniques ».

Sont annexées à cet avenant les conditions générales du produit Top Santé qui s'appliquent dans leur intégralité.

Par ailleurs, il est rappelé que conformément aux dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les chômeurs, les invalides et les retraités peuvent continuer à bénéficier de la garantie Top Santé, s'ils en font la demande à la CPCEA.

Les salariés couverts par la garantie Top Santé auront la faculté de souscrire auprès de la CPCEA, pour eux-mêmes et/ou leurs ayants droit, des garanties optionnelles individuelles qui viendront améliorer leur niveau de couverture.

Article 3

Retraite supplémentaire

Tout employeur visé par le présent accord doit adhérer pour son personnel d'encadrement à un régime de retraite supplémentaire géré par la CPCEA, institution de prévoyance sise 21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris, et régie par les dispositions de l'article L. 727-2-II du code rural.

Le taux de cotisation est de 3,50 % du salaire brut tranche A, réparti à hauteur de 50 % à la charge de l'employeur et 50 % à la charge du salarié.

Article 4

Révision. – Dénonciation

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 avenant, selon une périodicité qui ne peut excéder 5 ans, conformément aux articles L. 912-1 et L. 912-2 du code de sécurité sociale.

Article 5

Durée de l'accord

Le présent accord, adopté pour une durée de 1 an, est renouvelable chaque année par tacite reconduction, sauf dénonciation expresse de l'une des deux parties au moins 2 mois avant la date anniversaire de son entrée en vigueur.

Article 6

Date d'effet

Les dispositions du présent accord entreront en vigueur à compter du premier jour du trimestre qui suit la date de publication au *Journal officiel*.

Article 7

Extension

Les partenaires sociaux demandent l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 30 janvier 2008.

(Suivent les signatures.)