

Convention collective

IDCC : 8912. – **ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES,
RURAUX ET FORESTIERS
(LANGUEDOC-ROUSSILLON ET VAUCLUSE)
(25 mars 1996)**

(Etendue par arrêté du 12 novembre 1996,
Journal officiel du 20 novembre 1996)

ACCORD DU 12 AOÛT 2008

RELATIF À LA MISE EN PLACE D'UN RÉGIME DE PRÉVOYANCE SANTÉ
NOR : *AGRS0997025M*
IDCC : *8912*

Entre :

La fédération régionale des entrepreneurs des territoires de Languedoc-Roussillon ;

Le syndicat départemental des entrepreneurs des territoires de Vaucluse,
D'une part, et

La fédération de l'agriculture CFTC ;

La fédération nationale agroalimentaire et forestière (FNAF) CGT ;

La fédération générale agroalimentaire (FGA) CFDT ;

La fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes (FGTA) FO ;

La CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord concerne les salariés non cadres des entreprises qui relèvent de la convention collective des entreprises de travaux agricoles ruraux et forestiers de la région Languedoc-Roussillon et du département de Vaucluse du 25 mars 1996.

Article 2

Les bénéficiaires

Les salariés ayant acquis 3 mois d'ancienneté continue dans une même entreprise visée à l'article 1^{er} du présent accord bénéficient de la garantie complémentaire de frais de santé.

Sont également bénéficiaires de la garantie, sans condition d'ancienneté, les salariés embauchés dans les 3 mois au plus tard après avoir quitté une entreprise visée à l'article 1^{er} du présent accord et ayant acquis le bénéfice de la garantie.

Sont couverts également, si le salarié choisit de couvrir sa famille :

- le conjoint ;
- le cocontractant d'un Pacs ;
- le concubin du participant justifiant de 2 années de vie commune (la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'un enfant est né de l'union) ;
- les enfants à charge :
- les enfants du salarié (légitimes, adoptés ou reconnus) ;
- les enfants recueillis par le salarié et pour lesquels la qualité de tuteur leur est reconnue ;
- les enfants qui ont été élevés par le salarié pendant 9 ans au moins avant leur 16^e anniversaire ;
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du conjoint, cocontractant d'un Pacs ou concubin, du salarié aura été reconnue par le régime de base de la sécurité sociale.

Sont considérés comme enfants à charge :

- tous les enfants âgés de moins de 18 ans ;
- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants, apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits à l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) et non indemnisés par les ASSEDIC ;
- tous les enfants invalides au sens de la législation sociale si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21^e anniversaire.

Article 3

Les prestations

Les prestations seront versées conformément au tableau ci-après.

Essentiel santé confort. – Garantie Essentiel plus + Essentiel confort

	REMBOURSEMENT (1) (y compris régime de base)	SERVICES
Soins courants		
Honoraires de généralistes et spécialistes	300 % BR (2)	Information par téléphone sur les adresses proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
Honoraires de médecine douce 4 pratiques médicales : acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie	23 € par consultation dans la limite de 4 par an par famille	
Analyses biologiques, auxiliaires médicaux, radiologie et actes techniques	100 % BR	Information par téléphone sur les laboratoires et centres de radiologie proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
Pharmacie de 15 à 65 %	100 % BR	4 portages de médicaments à domicile en cas d'immobilisation de plus de 5 jours
Pharmacie sur prescription non prise en charge par le régime de base	40 € par an par famille	
Vaccins non pris en charge par le régime de base	40 € par an par famille	Information sur le calendrier des vaccins

	REMBOURSEMENT (1) (y compris régime de base)	SERVICES
Prothèses		
Prothèses et appareillage (dont orthopédie)		Informations par téléphone pour trouver le matériel, Organisation de la livraison
Part obligatoire 65 % BR	465 % BR	
Part obligatoire 100 % BR	500 % BR	
Prothèses auditives	455 % BR + crédit 350 € par oreille (3)	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une prothèse de remplacement en cas de perte
Forfait montures + lentilles	65 % BR + 175 € par an	
Forfaits verres unifocaux	65 % BR + 182 € par paire limité à 1 paire par an	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une paire de lunettes en cas de perte.
Forfaits verres progressifs et multifocaux	65 % BR + 350 € par paire limité à 1 paire par an	Service d'analyse et de conseil sur les devis optiques
Forfait optique	+ 50 € la 3 ^e année si pas de consommation les 2 années précédentes	
Dentaire		
Soins dentaires	100 % BR	
Prothèses dentaires	410 % BR	
Inlays core	170 % BR	Service d'analyse et de conseil sur les devis dentaires
Forfait parodontologique	100 € par an	

	REMBOURSEMENT (1) (y compris régime de base)	SERVICES
Forfait implantologie Orthodontie acceptée par le régime de base	200 € par an 350 % BR	
Hospitalisation médicale ou chirurgicale		
Frais de séjour	100 % BR	
Honoraires	De 480 % à 500 % BR suivant PEC RB	
Forfait journalier	FR	
Chambre particulière	78 € par jour limité à 60 jours par an	
Frais de lit d'accompagnant	52 € par jour limité à 30 jours par an (4)	
Forfait confort : prise en charge des frais de télé- vision et de téléphone	26 € par an	Remboursement complémentaire d'un éventuel reliquat sur les frais de lit d'accompagnant (5 nuits suppl., 60 € par nuit) et sur les frais de télévision (7 jours maxi) Remboursement des frais de transfert du téléphone du domicile sur le téléphone de la chambre
Maternité		
Honoraires	300 % BR	Information par téléphone sur la santé, vie quotidienne, diététique, hygiène, vaccins.
Chambre particulière	52 € par jour	Orientation vers organismes spécialisés

	REMBOURSEMENT (1) (y compris régime de base)	SERVICES
Psychiatrie Frais de séjour Honoraires Forfait journalier	100 % BR 300 % BR FR limité à 30 jours par an	
Polyvalents Transport pris en charge sur prescription (sauf transport cure thermique) Forfait actes lourds 18 € Forfait de confort en cas d'hospitalisation à domicile accepté par le régime de base (HAD) Cures thermales : Frais balnéaires acceptés	 FR 18 € 52 € par jour limité à 60 jours par an + Forfait prestations de services limité à 400 € par an par famille 100 % BR + 150 € par an	 Communication d'adresses d'ambulanciers et organisation de la course Communication d'adresses de prestataires à domicile. Organisation et prise en charge de 20 jours de prestations de service dans la limite de 30 heures par an par contrat
NB : les prestations des services assistance sont exprimées « à concurrence de » : - uniquement en secteur conventionné 1 et 2, praticiens et/ou établissements ; - les dépassements sur les consultations hors parcours ne sont pas pris en charge ; - un équipement tous les 3 ans et un réglage par an ; - y compris frais de lit d'accompagnement en maison de parents ou structure hôtelière agréée par l'établissement hospitalier.		

Les remboursements s'inscrivent dans le respect du parcours de soins par le membre cotisant et ses ayants droit. Les pénalités financières résultant du non-respect du parcours de soins ou du refus d'accès au dossier médical personnel sont exclues de la garantie.

Les franchises prévues au II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ne sont pas remboursées.

Les remboursements de la garantie frais de santé sont exprimés en pourcentage des tarifs de la base de remboursement sur lesquels se fonde le régime de base de sécurité sociale pour le calcul de ses propres remboursements.

En cas de changement des taux de prise en charge du régime de base, les remboursements peuvent être modifiés.

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 participant.

Article 4

Les dispenses d'affiliation

Des dispenses d'affiliation à la complémentaire frais de santé sont possibles dans les situations suivantes :

- les salariés bénéficiaires de la CMUC. Cette dispense est valable pendant toute la durée de leur prise en charge au titre de la CMUC. Dès lors que les salariés perdent le bénéfice de la CMUC, ils doivent être affiliés à la complémentaire frais de santé ;
- les salariés à employeurs multiples déjà couverts à titre obligatoire dans le cadre d'un autre emploi ;
- les salariés en contrat à durée déterminée ;
- les salariés qui bénéficient, à la date de mise en place du régime prévue par le présent accord, d'une couverture obligatoire de par leur conjoint qui travaille dans une autre entreprise peuvent demander une dispense d'affiliation. Dès que ces salariés ne sont plus couverts par leur conjoint, ils doivent être affiliés à la complémentaire frais de santé.

Article 5

Le maintien des garanties

Les garanties obligatoires du présent contrat sont maintenues au participant et à ses ayants droit bénéficiant d'une extension familiale, sans période probatoire ni contrôle médical, sous forme de garantie individuelle.

- Lorsque le contrat est résilié ou non renouvelé

Le participant peut alors demander le maintien de ses garanties obligatoires, sous forme de contrat individuel, avant l'expiration du délai de préavis de 2 mois attaché à la résiliation du contrat ou à son non renouvellement.

Sous réserve du maintien de ses propres garanties, le participant peut également demander le maintien à titre individuel des garanties obligatoires au bénéfice d'un ou plusieurs de ses ayants droit, pour lesquels une extension familiale avait été demandée.

En tout état de cause, les couvertures maintenues doivent être identiques pour l'ensemble des assurés visés par le contrat individuel.

- Aux anciens participants bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement.

L'ancien participant obtiendra le maintien de ses garanties obligatoires, sous forme de contrat individuel, à la condition qu'il en fasse la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de son contrat de travail.

L'ancien participant qui entend se prévaloir des dispositions de l'alinéa précédent peut demander le maintien à titre individuel des garanties obligatoires au bénéfice d'un ou plusieurs de ses ayants droit, pour lesquels une extension familiale avait été demandée.

En tout état de cause, les couvertures maintenues doivent être identiques pour l'ensemble des assurés visés par le contrat individuel.

- Aux ayants droit du participant décédé

Sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès, les ayants droit du participant décédé peuvent demander le maintien à titre individuel des garanties obligatoires.

Ces garanties sont maintenues pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès. En tout état de cause, les couvertures maintenues doivent être identiques pour l'ensemble des assurés visés par le contrat individuel.

Conformément aux dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Evin, le tarif applicable aux différentes garanties individuelles ne peut être supérieur de plus de 50 % au montant de la cotisation prévu au titre du présent contrat collectif.

Article 6

Cotisations et organisme gestionnaire

La gestion du régime de prévoyance est assurée par Agri-Prévoyance, institution de prévoyance, sise 21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris.

Toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord sont donc tenues d'adhérer à Agri-Prévoyance pour leur personnel non cadre.

La garantie est financée par une cotisation mensuelle due pour tous les salariés bénéficiaires définis à l'article 1^{er} du présent accord et dont le taux est exprimé en pourcentage du PMSS.

Le montant de la cotisation est réparti à raison de 30 % à la charge de l'employeur sur la base du tarif isolé.

(En pourcentage.)

TAUX DE COTISATION	COTISATION MENSUELLE	PART PATRONALE	PART SALARIALE
Tarif isolé	1,006	0,302	0,704
Tarif couple sans enfant	2,012	0,302	1,710
Tarif Famille	2,745	0,302	2,443

Compte tenu du montant actuel du PMSS qui s'élève à 2 773 €, le montant de la cotisation s'établit comme suit :

(En euros.)

TAUX DE COTISATION	COTISATION MENSUELLE	PART PATRONALE	PART SALARIALE
Tarif isolé	27,90	8,37	19,53
Tarif couple sans enfant	55,80	8,37	47,43
Tarif Famille	76,11	8,37	67,74

Ces taux de cotisation et ces montants de cotisation seront maintenus pendant une période de 3 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du régime.

En application de la réglementation, la nature et le montant de cette cotisation sera mentionnée sur le bulletin de paye.

Article 7

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 de la présente convention, 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.

Article 8

Date d'effet

Les dispositions du présent accord entreront en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2009.

Article 9

Extension

Les partenaires sociaux demandent l'extension du présent accord.

Fait à Montpellier, le 12 août 2008.

(Suivent les signatures.)