

Convention collective

IDCC : 8252. – **ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX
(BASSE-NORMANDIE)
(19 décembre 1989)**

(Etendue par arrêté du 13 août 1990,
Journal officiel du 30 août 1990)

AVENANT N° 40 DU 4 DÉCEMBRE 2008

NOR : *AGRS0997034M*
IDCC : 8252

Entre :

La fédération régionale des entrepreneurs des territoires,

D'une part, et

L'union régionale des syndicats chrétiens de Basse-Normandie CFTC ;

L'union régionale de Basse-Normandie FGA-CFDT ;

L'union régionale des syndicats de Basse-Normandie FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Dans la convention du 12 décembre 1989, il est inséré un nouvel article 27 *bis* ainsi rédigé :

« Article « 27 *bis*

Frais de santé pour les salariés non cadres

I. – Les entreprises concernées

Sont concernées par le présent avenant les entreprises entrant dans le champ d'application de la présente convention, sauf exceptions prévues au 2^e alinéa du paragraphe VIII ci-dessous.

II. – Les bénéficiaires

Ce régime frais de santé est de type « isolé/famille » : il couvre obligatoirement le salarié non cadre et, au choix de ce dernier, l'ensemble de ses ayants droit définis ci-dessous.

1. Les salariés

Bénéficiaire obligatoirement de la garantie frais de santé mise en place par le présent avenant l'ensemble des salariés ayant acquis 6 mois d'ancienneté continue dans une même entreprise visée au paragraphe 1 du présent avenant.

Les salariés nouvellement embauchés, ayant acquis précédemment le bénéfice de la garantie dans une autre entreprise relevant du champ d'application du présent avenant, font l'objet d'une reprise d'ancienneté, dès lors que leur embauche intervient au plus tard dans les 3 mois qui suivent leur cessation d'activité.

Le bénéfice de la garantie frais de santé prend effet le premier jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint l'ancienneté de 6 mois ou dès la date de l'embauche du salarié en cas de reprise d'ancienneté.

2. Les ayants droit du salarié

Chaque salarié bénéficiaire de la garantie peut demander l'extension de son régime frais de santé au profit de ses ayants droit.

Sont considérés comme ayants droit du salarié :

- 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) sous réserve que le salarié soit libre au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de Pacs ;
- 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 lui 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 la base de 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 ASSÉDIC ;
- tous les enfants invalides au sens de la législation sociale si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21^e anniversaire.

III. – Les dispenses d'affiliation

Par dérogation à l'article précédent, des dispenses d'affiliation à la garantie frais de santé sont possibles à la demande des salariés se trouvant dans l'une des situations suivantes :

- les salariés bénéficiaires de la CMUC, pendant toute la durée de leur prise en charge au titre de cette couverture. Dès lors que les salariés perdent le bénéfice de la CMUC, ils doivent être affiliés à la garantie frais de santé s'ils justifient de la condition d'ancienneté continue de 6 mois ;

- les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire dans le cadre d'un autre emploi ;
- les salariés sous contrat à durée déterminée ;
- les travailleurs saisonniers ;
- les salariés bénéficiant, à la date de mise en place du régime prévue par le présent avenant, d'une couverture obligatoire de par leur conjoint. Dès que ces salariés ne sont plus couverts par leur conjoint, ils doivent être affiliés à la garantie frais de santé s'ils justifient de la condition d'ancienneté continue de 6 mois.

IV. – Les prestations

Le régime frais de santé mis en place garantit le remboursement des dépenses de santé engagées par les bénéficiaires, consécutives à une maladie, une maternité ou un accident.

Ces remboursements s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits « responsables » institué par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures.

Ils interviennent après versement des prestations du régime social de base, dans les conditions visées au tableau des garanties ci-dessous, sauf exceptions indiquées dans ce même tableau.

	REMBOURSEMENT (1) y compris régime de base	SERVICE
Soins courants <ul style="list-style-type: none"> - Honoraires de généralistes et spécialistes - Honoraires de médecine douce - 4 pratiques médicales : acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie - Analyses biologiques, auxiliaires médicaux, radiologie et actes techniques (3) - Pharmacie de 15 à 65 % - Pharmacie sur prescription non prise en charge par le régime de base - Vaccins non pris en charge par le régime de base 	<p>300 % BR (2)</p> <p>23 € par consultation dans la limite de 4 par an par famille</p> <p>100 % BR</p> <p>100 % BR</p> <p>40 € par an par famille</p> <p>40 € par an par famille</p>	<p>Information par téléphone sur les adresses proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin</p> <p>Information par téléphone sur les laboratoires et centres de radiologie proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin</p> <p>4 portages de médicaments à domicile en cas d'immobilisation de plus de 5 jours</p> <p>Information sur le calendrier des vaccins</p>
Prothèses <ul style="list-style-type: none"> - Prothèses et appareillage (dont orthopédie) - Part obligatoire 65 % BR - Part obligatoire 100 % BR - Prothèses auditives 	<p>465 % BR</p> <p>500 % BR</p> <p>455 % BR + crédit 350 € par oreille (4)</p>	<p>Informations par téléphone pour trouver le matériel</p> <p>Organisation de la livraison</p> <p>Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une prothèse de remplacement en cas de perte</p>

	REMBOURSEMENT (1) y compris régime de base	SERVICE
Optique <ul style="list-style-type: none"> - Forfait montures + lentilles - Forfait verres unifocaux - Forfaits verres progressifs et multifocaux - Forfait optique 	65 % BR + 175 € par an 65 % BR + 182 € par paire limitée à 1 paire par an 65 % BR + 350 € par paire limitée à 1 paire par an + 50 € la 3 ^e année si absence de consommation les 2 années précédentes	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une paire de lunettes en cas de perte Service d'analyse et de conseil sur les devis optiques
Dentaire <ul style="list-style-type: none"> - Soins dentaires - Prothèses dentaires - Inlays core - Forfait parodontologie - Forfait implantologie - Orthodontie acceptée par le régime de base 	100 % BR 410 % BR 170 % BR 100 € par an 200 € par an 350 % BR	Service d'analyse et de conseil sur les devis dentaires
Hospitalisation médicale ou chirurgicale <ul style="list-style-type: none"> - Frais de séjour - Honoraires - Forfait journalier - Chambre particulière 	100 % BR De 480 % à 500 % BR suivant PEC RB FR 78 € par jour limité à 60 jours par an	Remboursement complémentaire d'un éventuel reliquat sur les frais de lit d'accompagnement (5 nuits suppl., 60 € par nuit) et sur les frais de télévision (7 jours maxi)

	REMBOURSEMENT (1) y compris régime de base	SERVICE
<ul style="list-style-type: none"> - Frais de lit d'accompagnant - Forfait confort : prise en charge des frais de télévision et de téléphone 	52 € par jour limité à 30 jours par an (5) 26 € par an	Remboursement des frais de transfert du téléphone du domicile sur le téléphone de la chambre
Maternité <ul style="list-style-type: none"> - Honoraires - Chambre particulière - Frais de séjour - Honoraires - Forfait journalier 	300 % BR 52 € par jour 100 % BR 300 % BR FR limité à 30 jours par an	Information par téléphone sur la santé, vie quotidienne, diététique, hygiène, vaccins Orientation vers organismes spécialisés
Polyvalents <ul style="list-style-type: none"> - 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) 	FR 18 € 52 € par jour limité à 60 jours par an + forfait prestations de services limité à 400 € par an par famille	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 services dans la limite de 30 heures par an par contrat

	REMBOURSEMENT (1) y compris régime de base	SERVICE
- Cures thermales : frais balnéaires acceptés	100 % BR + 150 € par an	
BR : Base de remboursement PEC : Prise en charge RB : Régime de base FR : Frais réels. NB. – Les prestations des services assistance sont exprimées « à concurrence de » 1) Uniquement en secteurs conventionnés 1 et 2, praticiens et/ou établissements. 2) Les dépassements sur les consultations hors parcours ne sont pas pris en charge. 3) Y compris actes de prévention « responsables » prévus par l'arrêté du 8 juin 2006. 4) Un équipement tous les 3 ans et un réglage par an. 5) Y compris frais de lit d'accompagnement en maison de parents ou structure hôtelière agréée par l'établissement hospitalier.		

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 la 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 de la garantie frais de santé 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 crédit annuel par bénéficiaire.

En tout état de cause, les remboursements du régime de base et du régime frais de santé ne peuvent dépasser le montant des frais réellement engagés par le participant.

V. – Le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil, donnant lieu à complément de salaire, les garanties frais de santé sont maintenues moyennant le versement respectif des cotisations salariales et patronales correspondantes aux conditions tarifaires initialement prévues.

En cas de suspension du contrat de travail, ne donnant pas lieu à complément de salaire, les garanties frais de santé peuvent être maintenues sur demande du salarié, sous réserve que le salarié en fasse la demande et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante.

VI. – Le maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

Les garanties cessent après la rupture du contrat de travail.

Cependant, les garanties sont maintenues, sans période probatoire ni contrôle médical, sous forme de garantie individuelle, dans les cas suivants :

- aux anciens salariés 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 salarié peut obtenir le maintien de ses garanties frais de santé, 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 salarié qui entend se prévaloir des dispositions de l'alinéa précédent peut demander le maintien à titre individuel des garanties au bénéfice d'un ou de plusieurs de ses ayants droit, pour lesquels une extension familiale avait été demandée ;

- aux ayants droit du salarié décédé.

Les ayants droit du salarié décédé peuvent demander le maintien à titre individuel des garanties frais de santé, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Ces garanties sont maintenues pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès.

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 avenant.

VII. – Les cotisations

La garantie frais de santé est financée par une cotisation mensuelle due au titre de chaque salarié bénéficiaire défini au paragraphe II du présent avenant et dont le taux est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Le montant de la cotisation est réparti à raison de 15 % à la charge de l'employeur sur la base du tarif isolé.

TAUX DE COTISATION (en % du PMSS)	COTISATION mensuelle	PART PATRONALE	PART SALARIALE
Tarif isolé	1,102 %	0,165 %	0,937 %
Tarif famille	3,00 %	0,165 %	2,835 %

La structure tarifaire du régime frais de santé est de type « isolé/famille » :

- le tarif isolé est appliqué lorsque la garantie ne couvre que le salarié ;
- le tarif famille est appliqué lorsque le salarié a demandé l'extension de ses garanties au bénéfice de ses ayants droit. Cette cotisation famille couvre alors le salarié et tous ses ayants droit, tels que définis au paragraphe II du présent avenant.

La nature et le montant de cotisation appelée seront mentionnés sur le bulletin de paie du salarié.

VIII. – Choix de l'organisme gestionnaire et réexamen du régime

La gestion du régime frais de santé 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 avenant sont donc tenues d'adhérer à Agri-Prévoyance pour leur personnel non cadre ayant acquis 6 mois d'ancienneté continue. Toutefois, les entreprises ayant déjà mis en place une garantie frais de santé avant l'entrée en vigueur du présent avenant peuvent ne pas remettre en cause leur propre garantie et ne pas rejoindre l'organisme désigné, sous réserve que leur couverture frais de santé soit d'un niveau supérieur.

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 dispositions des articles L. 912-1 et L. 912-2 du code de la sécurité sociale. »

Article 2

Sous réserve de leur extension, les dispositions du présent avenant entreront en vigueur le 1^{er} juillet 2009 pour une durée indéterminée.

Article 3

Le présent avenant, dont les parties signataires demandent l'extension, sera déposé au secrétariat du service départemental de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles du Calvados.

Fait à Caen, le 4 décembre 2008.

(Suivent les signatures.)