

**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)

**AVENANT N° 1 DU 17 DÉCEMBRE 2008  
À L'ACCORD DE PRÉVOYANCE DU 30 JANVIER 2008  
DES SALARIÉS NON CADRES  
NOR : AGRS0997037M  
IDCC : 8113**

Entre :

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

D'une part, et

La fédération nationale de l'agriculture et de la forêt (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 SNCEA CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Article 1<sup>er</sup>**

L'article 2 de l'accord intitulé « Incapacité temporaire » est modifié comme suit :

« En cas d'incapacité de travail temporaire dûment justifiée par prescription médicale et ouvrant droit aux indemnités journalières légales, le salarié bénéficie d'une indemnité complémentaire versée par Agri-Prévoyance de sorte que l'indemnisation globale (indemnité légale plus indemnité complémentaire) soit égale à 90 % du salaire brut pendant 90 jours puis 75 % du salaire brut du salarié tant que dure le versement des indemnités journalières légales.

Les conditions de versement des indemnités journalières complémentaires sont les suivantes :

- le salarié devra justifier de 1 année d'ancienneté continue ou discontinue (sur une période de 36 mois) dans une ou plusieurs entreprises appartenant à un secteur d'activité relevant du présent accord ;
- le versement des indemnités journalières complémentaires intervient après un délai de carence de 7 jours en cas d'accident et de maladie de la vie privée et, sans délai de carence, en cas d'arrêt consécutif à un accident de travail, de trajet, ou de maladie professionnelle ;
- les indemnités journalières complémentaires sont revalorisées selon les mêmes modalités que les indemnités journalières légales ;
- l'indemnisation prévue ci-dessus ne peut avoir pour effet de servir au salarié une indemnisation nette supérieure à sa rémunération nette d'activité.

En cas de rupture du contrat de travail, avant la fin de la période d'indemnisation, les garanties sont maintenues. »

## **Article 2**

L'article 3 de l'accord intitulé « Incapacité permanente (invalidité) » est modifié comme suit :

« En cas d'attribution d'une rente accident de travail pour un taux d'incapacité au moins égal aux 2/3, ou d'une pension d'invalidité des assurances sociales agricoles de catégorie 1, 2 ou 3, Agri-Prévoyance verse au salarié une pension complémentaire mensuelle égale à 25 % de son salaire brut, et ce jusqu'à son départ à la retraite.

Les prestations sont revalorisées selon les mêmes modalités que les prestations légales.

L'indemnisation prévue ci-dessus ne peut avoir pour effet de servir au salarié une indemnisation nette supérieure à sa rémunération nette d'activité.

S'agissant des pensions d'invalidité en cours de service auprès d'un organisme assureur autre que celui désigné à l'article 7 ci-dessous, les revalorisations postérieures à la date d'effet du présent régime sont prises en charge par cet organisme dans la mesure où elles ne le sont pas par l'organisme antérieurement désigné. »

## **Article 3**

A l'article 6 de l'accord intitulé « complémentaire frais de santé », le paragraphe « B. Les prestations » est modifié comme suit :

« Les prestations seront versées conformément au tableau ci-après.

*(Voir tableau pages suivantes)*

AGRI-PRÉVOYANCE	REMBOURSEMENT MSA	REMBOURSEMENT complémentaire	REMBOURSEMENT total
<b>Hospitalisation</b>			
Frais de soins et de séjour	80 % BR	20 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	-	100 % dès le premier jour	100 % dès le premier jour
Dépassement d'honoraires : frais de soins et frais de séjour dont chambre particulière et frais d'accompagnement (hors maternité et psychiatrie) (1)	-	Frais réels limités à 220 % BR	Frais réels limités à 220 % BR
Maternité	100 % BR	Remboursement complémentaire à concurrence de 1/3 du PMSS par maternité et par an	100 % BR + remboursement complémentaire à concurrence de 1/3 du PMSS par maternité et par an
Psychiatrie	80 % BR (3)	20 % BR (3) + remboursement complémentaire à concurrence de 1/3 du PMSS par an et par bénéficiaire	100 % BR (3) + remboursement complémentaire à concurrence de 1/3 du PMSS par an et par bénéficiaire
<b>Forfait actes lourds</b>	0 %	100 % du forfait	100 % du forfait
<b>Frais médicaux (5)</b>			
Consultation d'un médecin	70 % BR (3)	30 % BR (3)	100 % BR (3)
Radiographie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux, analyses	60 % BR (3)	40 % BR (3)	100 % BR (3)
Soins, actes techniques (4)	de 60 à 70 % BR	100 % FR (2)	100 % FR (2)

AGRI-PRÉVOYANCE	REMBOURSEMENT MSA	REMBOURSEMENT complémentaire	REMBOURSEMENT total
Fournitures médicales, petit appareillage et pansements Gros appareillage Dépassement d'honoraires	65 % BR (3) 65 % BR (3) 0 %	35 % BR (3) 35 % BR (3) 220 % BR (3), 5 fois par an	100 % BR (3) 100 % BR (3) 220 % BR (3), 5 fois par an
<b>Pharmacie (5)</b> Vignettes blanches Vignettes bleues Médicaments RO 15 % TR	65 % BR (3) 35 % BR (3) 15 % BR (3)	35 % BR (3) 65 % BR (3) 85 % BR (3)	100 % BR (3) 100 % BR (3) 100 % BR (3)
<b>Frais de transport</b>	65 % BR (3)	35 % BR (3)	100 % BR (3)
<b>Optique</b> Honoraires Verres, monture et lentilles Prise en charge acceptée Lentilles non jetables Prise en charge refusée	70 % BR (3) 65 % BR (3) 0 %	390 % BR (3) + crédit de 200 € par an et par bénéficiaire Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire	460 % BR (3) 455 % BR (3) + crédit de 200 € par an et par bénéficiaire Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire
<b>Dentaire (5)</b> Honoraires Prothèses dentaires : - prise en charge acceptée - prise en charge refusée	70 % BR 70 % BR 0 %	Frais réels restant à charge (2) 210 % BR + forfait annuel de 300 € Crédit de 215 € par an et par bénéficiaire	100 % des frais réels (2) 210 % BR + forfait annuel de 300 € Crédit de 215 € par an et par bénéficiaire

AGRI-PRÉVOYANCE	REMBOURSEMENT MSA	REMBOURSEMENT complémentaire	REMBOURSEMENT total
<b>Orthodontie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prise en charge acceptée</li> <li>- prise en charge refusée</li> </ul>	100 % BR 0 %	200 % BR Crédit de 400 € par an et par bénéficiaire	300 % BR Crédit de 400 € par an et par bénéficiaire
<b>Autres</b> Prothèse auditive acceptée Cures thermales : <ul style="list-style-type: none"> <li>- prise en charge acceptée :</li> <li>- honoraires (surveillance médicale)</li> <li>- frais balnéaires</li> <li>- transport et hébergement</li> </ul>	65 % BR (3)  70 % BR (3) 65 % BR (3) 0 %	390 % BR (3)  30 % BR (3) 35 % BR (3) 0 %	455 % BR (3) par oreille  100 % BR (3) 100 % BR (3) 0 %

PMSS : Plafond mensuel de la sécurité sociale.  
 TR : Tarif de responsabilité.  
 TC : Tarif convention.  
 TA : Tarif d'autorité.  
 TM : Ticket modérateur.  
 FR : Frais réels.  
 BR : Base de remboursement.  
 BRC : Base de remboursement appliquée au secteur conventionné (établissement ou praticien).

(1) Les frais d'accompagnement sont pris en charge pour l'accompagnement des enfants à charge ; ces frais ne concernent que l'hébergement et les repas de l'accompagnant facturés par l'établissement de soins où l'enfant à charge est hospitalisé.

(2) Si secteur conventionné, le remboursement comprend la part obligatoire + la part complémentaire ; si secteur non conventionné, le remboursement est égal à 90 % des frais réels (part obligatoire + part complémentaire) limité à 300 % du TC (ou selon a 90 % des frais réels limité à 300 % de BR secteur conventionné).

(3) Ici BR = TR.

(4) Y compris optique et dentaire.

(5) Y compris actes de prévention selon les conditions prévues dans l'arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention.

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 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 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**

##### *Date d'effet et extension*

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant qui prendra effet au premier jour du trimestre suivant sa parution au *Journal officiel*.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de l'accord collectif de prévoyance du 30 janvier 2008.

Fait à Paris, le 17 décembre 2008.

(Suivent les signatures.)