

Convention collective

IDCC : 8532. – **ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX
(BRETAGNE)**

(13 juin 1991)

(Etendue par arrêté du 16 décembre 1991,
Journal officiel du 31 décembre 1991)

AVENANT N° 42 DU 1^{ER} JUILLET 2009

NOR : *AGRS0997110M*

IDCC : 8532

Entre :

Les entrepreneurs des territoires, fédération de Bretagne ;

Le syndicat des prestataires de services avicoles ;

Le SDETARF des Côtes-d'Armor,

D'une part, et

L'UPRA CFDT ;

L'union régionale CFTC ;

Le SNCEA CFE-CGC ;

La FNAF CGT ;

La FGTA FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Les organisations professionnelles et syndicales, visées ci-dessus, ont souhaité mettre en place, au sein des entreprises relevant du champ d'application du présent accord, un régime de frais de santé obligatoire ayant pour objet de garantir le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées, en complétant les prestations versées par le régime social de base.

Article 1^{er}

Dans la convention du 13 juin 1991, il est inséré un nouvel article 26 *bis* ainsi rédigé :

« Article 26 *bis*

Frais de santé pour les salariés non cadres

I. – Entreprises concernées par l'accord

Sont concernées par le présent accord les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective du 13 juin 1991, sauf exceptions prévues au deuxième alinéa de l'article 8 ci-dessous.

II. – Les bénéficiaires

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

1. Les salariés

Bénéficie obligatoirement de la garantie de frais de santé mise en place par le présent accord l'ensemble des salariés non cadres, ayant acquis 12 mois d'ancienneté continue dans une même entreprise, visée à l'article 1^{er} du présent accord

Les salariés nouvellement embauchés, ayant acquis précédemment le bénéfice de la garantie dans une autre entreprise relevant du champ d'application du présent accord, 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 de frais de santé prend effet le premier jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint l'ancienneté de 12 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 de frais de santé au profit de ses ayants droit.

Sont considérés comme ayants droit du salarié :

- le conjoint marié résidant en France et non séparé de droit ou de fait ;
- le concubin résidant en France, s'il justifie de 2 années de vie commune avec le salarié ou s'ils ont un enfant en commun ;
- le cocontractant d'un Pacs résidant en France ;
- les enfants du salarié, de son conjoint, partenaire ou concubin :
 - âgé de moins de 21 ans et bénéficiant du régime social de base du chef de l'affilié, de son conjoint, partenaire ou concubin ;
 - âgé de moins de 28 ans, poursuivant ses études et inscrit au régime de la sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgé de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de son activité salariée ;
- quel que soit son âge, s'il est atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoit l'allocation prévue par la législation en vigueur en faveur des adultes handicapés. L'handicapé qui remplit les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auquel celle-ci n'est pas versée en raison de son niveau de ressources peut être garanti.

III. – Les dispenses d'affiliation

Les exclusions et dispenses d'affiliation à la garantie de frais de santé sont celles qui sont prévues à l'article 3 de l'accord national et, le cas échéant, ses avenants ultérieurs.

IV. – Les prestations

Le régime de 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.

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT (y compris régime de base)
Soins courants	
Consultations, visites, médecins ou spécialistes, sages-femmes	100% BR (1)
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages pédicures, orthophonistes, orthoptistes	100 % BR
Analyses, examens de laboratoire	100 % BR
Radiographie, électroradiologie	100 % BR
Ensemble des actes de prévention responsable	100 % BR
Pharmacie (de 15 à 65 %)	100 % BR
Optique	
Forfait verres et montures	
Lentilles avec prise en charge acceptée	455 % BR + un crédit de 250 € par an
Dentaire	
Frais de soins dentaires	100 % BR
Prothèse acceptée	210 % BR + un crédit de 350 € par an
Orthodontie acceptée par le régime de base	250 % BR
Prothèses et appareillage	
Fournitures médicales, pansements, petits et gros appareillages, prothèses sauf auditives (part obligatoire 65 % BR)	100 % BR
Prothèses auditives acceptées	455 % BR
Hospitalisation (médicale ou chirurgicale)	
Frais de soins et séjours	100 % BR
Actes de chirurgie et d'anesthésie, autres honoraires	100 %
Dépassement d'honoraires hospitaliers	150 %

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT (y compris régime de base)
Chambre particulière	40 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour
Forfait hospitalier	100 % dès le 1 ^{er} jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	2 % du PMSS par jour
Maternité	
Frais de soins et séjours	100 %
Dépassement d'honoraires et chambre particulière	Crédit d'un tiers du PMSS (2) par bénéficiaire par maternité
Forfait actes lourds (18 €)	100 % du forfait
Forfait santé	
Forfait médecine douce (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie)	50 € par an et par bénéficiaire (2 x 25 € par séance)
(1) BR : base de remboursement. (2) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.	

Les remboursements de la garantie de 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 de 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 de 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 de frais de santé sont maintenues moyennant le versement respectif des cotisations salariales et patronales correspondant aux conditions tarifaires initialement prévues.

En cas de suspension du contrat de travail, ne donnant pas lieu à complément de salaire, les garanties de 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 de 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 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 de 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.

VII. – Cotisations

La garantie de frais de santé est financée par une cotisation mensuelle due au titre de chaque salarié bénéficiaire défini à l'article 2 du présent accord et dont le taux est exprimé en pourcentage du 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	0,80 %	0,12 %	0,68 %
Tarif famille	2,30 %	0,12 %	2,18 %

La structure tarifaire du régime de 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 à l'article 2 du présent accord.

Ces taux de cotisation seront maintenus pendant une période de 2 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du régime.

La nature et le montant de la 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 de frais de santé est assurée par Mutualia Bretagne, 6, avenue Bournis-Desbordes, 56007 Vannes Cedex.

Toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord sont donc tenues d'adhérer à Mutualia pour leur personnel non cadre ayant acquis 12 mois d'ancienneté continue. Toutefois, les entreprises ayant déjà mis en place une garantie de frais de santé avant l'entrée en vigueur du présent accord peuvent ne pas remettre en cause leur propre garantie et ne pas rejoindre l'organisme désigné, sous réserve que leur couverture de 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 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 2

Le présent accord entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2010 pour une durée indéterminée. Dans l'hypothèse où la publication de son arrêté d'extension ne serait pas intervenue à cette date, les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective des entreprises de travaux agricoles et ruraux, y compris les entreprises prestataires de services avicoles, auraient la faculté d'appliquer volontairement les dispositions du présent accord de telle manière que les salariés bénéficiaires, au sens de l'article 1^{er} ci-dessus, en relèvent dès cette date plutôt que de relever successivement de l'accord national du 10 juin 2008 puis du présent accord.

Article 3

Le présent accord, dont les parties signataires demandent l'extension, sera déposé à la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle d'Ille-et-Vilaine.

Fait à Loudéac, le 1^{er} juillet 2009.

(Suivent les signatures.)