

Convention collective régionale

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

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

AVENANT N° 2 DU 29 JUIN 2009
À L'ACCORD DU 30 JANVIER 2008 RELATIF À LA PRÉVOYANCE

NOR : *AGRS1097045M*
IDCC : *8113*

Entre :

La FRSEA d'Ile-de-France,

D'une part, et

La fédération de l'agriculture CFTC ;

La FNAF CGT ;

La FGA CFDT ;

Le SNCEA CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

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.

Au-delà de 90 jours, Agri-Prévoyance verse au salarié une indemnité complémentaire égale à 25 % du salaire brut 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

A l'article 6 de l'accord intitulé « Complémentaire frais de santé », le paragraphe *b* « Les prestations » est modifié comme suit :

(Voir tableau pages suivantes.)

Les prestations seront versées conformément au tableau ci-dessous :

AGRI-PRÉVOYANCE	REMBOURSEMENT MSA	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE	REMBOURSEMENT TOTAL
Hospitalisation Frais de soins et de séjour Forfait journalier hospitalier Dépassement d'honoraires Soins et frais de séjour dont chambre particulière et frais d'accompagnement (1) hors maternité et psychiatrie Maternité, frais de soins et de séjour (y compris chambre particulière)	80 % BR - - 100 % BR	20 % BR 100 % dès le 1 ^{er} jour Frais réels limités à 200 % BR Remboursement complémentaire à concurrence du tiers du PMSS par an et par bénéficiaire	100 % BR 100 % dès le 1 ^{er} jour Frais réels limités à 200 % BR 100 % BR + remboursement complémentaire à concurrence du tiers du PMSS par bénéficiaire et par maternité 100 % BR (3) + remboursement complémentaire à concurrence du tiers du PMSS par an et par bénéficiaire
Psychiatrie, frais de soins et de séjour (y compris chambre particulière)	80 % BR (3)	20 % BR (3) + remboursement complémentaire à concurrence du tiers du PMSS par an et par bénéficiaire	
Forfait actes lourds	-	100 % du forfait	100 % du forfait
Frais médicaux (5) Consultation d'un médecin Radiographie Auxiliaires médicaux, analyses Soins, actes techniques (4) Fournitures médicales, petit appareillage et pansements Gros appareillage Dépassement d'honoraires	70 % BR (3) 70 % BR 60 % BR (3) De 60 à 70 % BR 65 % BR (3) 65 % BR (3) -	30 % BR (3) 30 % BR 40 % BR (3) 100 % FR (2) 35 % BR (3) 35 % BR (3) 220 % BR (3), 5 fois par an	100 % BR (3) 100 % BR 100 % BR (3) 100 % FR (2) 100 % BR (3) 100 % BR (3) 220 % BR (3), 5 fois par an

AGRI-PRÉVOYANCE	REMBOURSEMENT MSA	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE	REMBOURSEMENT TOTAL
Pharmacie (5) 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)
Frais de transport	65 % BR (3)	35 % BR (3)	100 % BR (3)
Optique Honoraires Verres, monture et lentilles, prise en charge acceptée Lentilles non jetables, prise en charge refusée	70 % BR (3) 65 % BR (3) –	390 % BR (3) + crédit 200 € par an et par bénéficiaire Crédit 200 € par an et par bénéficiaire	460 % BR (3) 455 % BR (3) + crédit de 200 € par an et par bénéficiaire Crédit 200 € par an et par bénéficiaire
Dentaire (5) Honoraires Prothèses dentaires - prise en charge acceptée - prise en charge refusée Orthodontie - prise en charge acceptée - prise en charge refusée	70 % BR 70 % BR – 100 % BR –	Frais réels restant à charge (2) 140 % BR + forfait annuel de 300 € Crédit de 215 € par an et par bénéficiaire 200 % BR Crédit de 400 € par an et par bénéficiaire	100 % des frais réels (2) 210 % BR + forfait annuel de 300 € Crédit de 215 € par an et par bénéficiaire 300 % BR Crédit de 400 € par an et par bénéficiaire

AGRI-PRÉVOYANCE	REMBOURSEMENT MSA	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE	REMBOURSEMENT TOTAL
Autres Prothèse auditive acceptée Cures thermales, prise en charge acceptée ; Honoraires (surveillance médicale) Frais balnéaires Transport et hébergement	65 % BR (3) 70 % BR (3) 65 % BR (3) -	390 % BR (3) 30 % BR (3) 35 % BR (3) -	455 % BR (3) par oreille 100 % BR (3) 100 % BR (3) -
<p>PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale ; TR : tarif de responsabilité ; TC : tarif de convention ; TA : tarif d'autorité ; TM : ticket modérateur ; FR : frais réels.</p> <p>BR : base de remboursement.</p> <p>BR C : base de remboursement appliquée au secteur conventionné (établissement ou praticien).</p> <p>(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.</p> <p>(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 à 90 % des frais réels limité à 300 % de BR secteur conventionné).</p> <p>(3) Ici BR = TR.</p> <p>(4) Y compris optique et dentaire.</p> <p>(5) Y compris actes de prévention selon les conditions prévues par l'arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention.</p>			

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 aux 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 3

Date d'effet et extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant qui prendra effet au 1^{er} janvier 2010.

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 29 juin 2009.

(Suivent les signatures.)