

**Convention collective**

IDCC : 8117. – **ENTREPRISES ET EXPLOITATIONS AGRICOLES  
DE POLY CULTURE, D'ÉLEVAGE, D'AVICULTURE ET CUMA  
(SEINE-ET-MARNE)  
ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES, RURAUX ET FORESTIERS  
(ILE-DE-FRANCE)  
(12 février 1964)**

(Etendue par arrêté du 22 mars 1965,  
*Journal officiel* du 16 avril 1965)

**AVENANT N° 1 DU 4 SEPTEMBRE 2009  
À L'ACCORD DU 16 JUIN 2008 RELATIF À LA PRÉVOYANCE  
NOR : AGRS1097052M  
IDCC : 8117**

Entre :

La fédération départementale des syndicats des exploitants agricoles de  
Seine-et-Marne ;

La fédération des coopératives d'utilisation de matériel agricole de Seine-  
et-Marne ;

Le groupement des entrepreneurs de travaux agricoles d'Ile-de-France,  
D'une part, et

L'union régionale des syndicats agroalimentaires et forestiers de la région  
parisienne CGT ;

L'union départementale FO de Seine-et-Marne ;

Le syndicat CFDT de la production agricole et forestière du département  
de Seine-et-Marne ;

Le syndicat national des cadres d'exploitations agricoles 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 prescrip-  
tion 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 complé-  
mentaire) 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.

La rémunération brute prise en compte pour le calcul de l'indemnité journalière correspond à 1/360 des salaires bruts perçus par le salarié au cours des 12 mois civils précédant la date de l'arrêt de travail (étant entendu que 1 mois vaut 30 jours).

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

- le salarié devra justifier d'une ancienneté de 1 an dans la profession ;
- 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 ;
- les prestations allouées par Agri-Prévoyance au salarié ne peuvent avoir pour effet de porter le total des indemnités nettes à une somme supérieure à la rémunération nette perçue au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail (étant entendu que 1 mois vaut 30 jours).

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.

La rémunération brute prise en compte pour le calcul de la pension correspond à 1/12 des salaires bruts perçus par le salarié au cours des 12 mois civils précédant la date de l'arrêt de travail et ayant donné lieu à cotisation.

Le salarié devra justifier d'une ancienneté de 1 an dans la profession.

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

Les prestations allouées par Agri-Prévoyance au salarié ne peuvent avoir pour effet de porter le total des indemnités nettes à une somme supérieure à la rémunération nette perçue au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail.

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

L'article 6 de l'accord intitulé « Complémentaire frais de santé » est modifié comme suit :

« a) Les bénéficiaires :

Les salariés ayant acquis 1 an d'ancienneté continue dans une même entreprise visée à l'article 1<sup>er</sup> du présent accord bénéficient, à compter du premier jour du mois suivant celui d'acquisition de leur ancienneté de 1 an, de la garantie complémentaire 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<sup>er</sup> du présent accord et ayant acquis le bénéfice de la garantie.

Sont couverts également :

- 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 à charge résidant en France : jusqu'au 18<sup>e</sup> anniversaire, jusqu'au 26<sup>e</sup> anniversaire s'ils poursuivent leurs études ; tant que le salaire ne dépasse pas 55 % du SMIC s'ils sont en apprentissage, en contrat de qualification ou toute formation professionnelle par alternance ; quel que soit leur âge s'ils sont infirmes ou titulaires d'une carte d'invalidité (pour un taux au moins égal à 80 % prévu aux articles L. 241-3 et suivants du code de l'action sociale et de la famille).

b) Les prestations :

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 Forfait journalier hospitalier Dépassement d'honoraires (soins et frais de séjour dont chambre particulière et frais d'accompagnant (1) hors maternité et psychiatrie) Maternité : frais de soins et de séjour (y compris chambre particulière) Psychiatrie : frais de soins et de séjour (y compris chambre particulière)	80 % de la BR – – 100 % de la BR 80 % de la BR (3)	20 % de la BR 100 % dès le 1 <sup>er</sup> jour Frais réels limités à 220 % de la BR  Remboursement complémentaire à concurrence de 1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité 20 % de la BR (3) + remboursement complémentaire à concurrence de 1/3 du PMSS par an et par bénéficiaire	100 % de la BR 100 % dès le 1 <sup>er</sup> jour Frais réels limités à 220 % de la BR  100 % de la BR + remboursement complémentaire à concurrence de 1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité 100 % de la BR (3) + remboursement complémentaire à concurrence de 1/3 du PMSS par an et par bénéficiaire
<b>Frais médicaux (5)</b> Consultation d'un médecin Radiographie Auxiliaires médicaux, analyses Soins, actes techniques (4) Fournitures médicales, petit appareillage et pansements Gros appareillage Dépassement d'honoraires	70 % de la BR (3) 70 % de la BR 60 % de la BR (3) de 60 à 70 % de la BR 65 % de la BR (3) 65 % de la BR (3) –	30 % de la BR (3) 30 % de la BR 40 % de la BR (3) 100 % des frais réels (2)  35 % de la BR (3)  35 % de la BR (3) 220 % de la BR (3), 5 fois par an	100 % de la BR (3) 100 % de la BR 100 % de la BR (3) 100 % des frais réels (2)  100 % de la BR (3)  100 % de la BR (3) 220 % de la BR (3), 5 fois par an

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

AGRI-PRÉVOYANCE	REMBOURSEMENT MSA	REMBOURSEMENT complémentaire	REMBOURSEMENT total
<p><b>Autres</b></p> <p>Prothèse auditive acceptée</p> <p>Cures thermales, prise en charge acceptée :</p> <p>Honoraires (surveillance médicale)</p> <p>Frais balnéaires</p> <p>- transport et hébergement</p>	<p>65 % de la BR (3)</p> <p>70 % de la BR (3)</p> <p>65 % de la BR (3)</p> <p>-</p>	<p>390 % de la BR (3)</p> <p>30 % de la BR (3)</p> <p>35 % de la BR (3)</p> <p>-</p>	<p>455 % de la BR (3) par oreille</p> <p>100 % de la BR (3)</p> <p>100 % de la BR (3)</p> <p>-</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 la 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 dans 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 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.

c) 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 (sous réserve d'en apporter la preuve). 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 (sous réserve d'en apporter la preuve) ;
- les salariés en contrat à durée déterminée d'une durée supérieure à 12 mois qui bénéficient d'une complémentaire santé par ailleurs (sous réserve d'en apporter la preuve).

d) Maintien des garanties :

Les garanties cessent après la rupture du contrat de travail ou en cas de décès du salarié :

- lors d'une démission ou d'un départ en retraite, dès le premier jour du mois suivant. La cotisation du mois de départ est due ;
- lors du décès du salarié, ses ayants droit bénéficient du maintien de garanties pendant 3 mois gratuitement ;
- lors d'un licenciement, le salarié peut bénéficier du maintien des garanties pendant 3 mois gratuitement. La demande du maintien des garanties devra être effectuée pendant la période de préavis ou, au plus tard, à la fin du mois suivant le départ de l'entreprise.

Au-delà, peuvent continuer à bénéficier de cette couverture à titre individuel et moyennant un tarif global majoré de 50 %, sans condition de durée :

- les anciens salariés bénéficiaires, à condition d'en faire la demande dans les 6 mois de la rupture du contrat de travail :
  - d'une rente incapacité de travail ou d'invalidité ;
  - d'une pension de retraite ;
  - s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement ;
- les ayants droit de l'assuré décédé, à condition d'en faire la demande dans les 6 mois du décès. »

#### **Article 4**

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

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui prendra effet au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de l'accord collectif de prévoyance du 16 juin 2008.

Fait au Mée-sur-Seine, le 4 septembre 2009.

(Suivent les signatures.)