

Convention collective

IDCC : 8723. – **TRAVAUX D'AMÉNAGEMENT  
ET D'ENTRETIEN FORESTIERS  
(Gironde, Landes et Lot-et-Garonne)  
(4 mars 1985)**

(Etendue par arrêté du 22 octobre 1985,  
*Journal officiel* du 30 octobre 1985)

---

AVENANT N° 42 DU 22 DÉCEMBRE 2009  
RELATIF AU RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NOR : AGRS1097075M

IDCC : 8723

---

Entre :

Le syndicat des sylviculteurs du Sud-Ouest ;

La fédération régionale des entrepreneurs des territoires d'Aquitaine ;

La fédération régionale des coopératives d'Aquitaine,

D'une part, et

L'union professionnelle régionale agroalimentaire d'Aquitaine CFDT ;

L'union régionale des syndicats des travailleurs de la forêt de Gascogne  
CGT ;

Le syndicat régional des travailleurs de l'agriculture d'Aquitaine FO ;

Le syndicat régional des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC  
d'Aquitaine,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

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

Il est créé un titre XVI dans la convention collective du travail intitulé  
« Régime collectif d'assurance complémentaire santé ».

#### « Titre XVI

#### Régime collectif d'assurance complémentaire santé

### **Article 102**

#### *Champ d'application*

Les dispositions ci-après s'appliquent à l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des travaux d'aménagement et d'entretien forestiers (préparation des reboisements, labours, semis, plantations, dépressages, élagages, entretien des pistes et fossés, etc.), telles que définies à l'article 1<sup>er</sup> de la présente convention collective régionale du 4 mars 1985 susvisée.

(Les exploitations forestières en sont exclues.)

Par ailleurs, le régime établi par le présent avenant ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet.

### **Article 103**

#### *Affiliation obligatoire des salariés bénéficiaires*

Les présentes dispositions s'appliquent aux salariés non cadres ayant 3 mois d'ancienneté continue au sein d'une même entreprise.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert l'ancienneté requise.

#### **103.1. Affiliation**

Les entreprises doivent affilier leurs salariés bénéficiaires, auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 106.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise.

#### **103.2. Cas d'exclusion**

Sont exclus du bénéfice du présent régime :

- les cadres ressortissant à la convention collective nationale du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;

- les VRP ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles obligatoires ;
- les salariés non cadres définis ci-dessus ressortissant à un accord d'entreprise dans les conditions fixées à l'article 112.

### 103.3. Dispenses d'affiliation

Ont par ailleurs la possibilité de solliciter une dispense d'affiliation au présent régime collectif d'assurance complémentaire "frais de santé" les salariés se trouvant notamment dans un des cas ci-dessous :

- les salariés bénéficiant d'une assurance complémentaire frais de santé, en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs tel que défini par la loi, et en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations au moins équivalent. Cette dispense prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C ainsi que ceux bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, et ce temporairement jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément et n'entrant pas dans le champ d'application des présentes dispositions fixées à l'article 102 ;
- les salariés en contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois ;
- les salariés ayant une faible rémunération : les salariés concernés sont ceux ayant une durée du travail inférieure à un mi-temps et n'ayant qu'un seul employeur ou bien ceux en contrat d'apprentissage, pour lesquels le montant de cotisation à leur charge représenterait 10 % ou plus de leur rémunération ;
- les salariés qui devraient acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle au revenu, au moins égale à 10 % de leur rémunération, peuvent choisir de ne pas adhérer, sans remise en cause du caractère collectif du régime.

Pour les salariés à employeurs multiples, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié a le plus d'ancienneté, qui prendra en charge la cotisation à la complémentaire frais de santé telle que définie à l'article 107.2.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse de la part du salarié concerné, qui devra produire

chaque année les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

La demande d'exclusion doit être notifiée par écrit à l'employeur dans un délai de 1 mois suivant l'obtention de la condition d'ancienneté requise.

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d'affiliation, il doit en informer l'employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant.

Dans tous les cas d'exclusion ou de dispense, les cotisations correspondantes ne sont pas dues, ni par le salarié ni par l'employeur.

## Article 104

### *Adhésions volontaires et extensions facultatives*

#### 104.1. Adhésion volontaire des salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

Les salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté requise permettant d'accéder au régime obligatoire mis en place peuvent adhérer volontairement à titre individuel à un régime facultatif offrant des prestations identiques.

#### 104.2. Extensions facultatives des garanties aux membres de la famille

Les salariés bénéficiaires peuvent également étendre volontairement à titre individuel et facultatif leur niveau de garanties à leurs ayants droit tels que définis dans la convention de gestion conclue avec l'organisme gestionnaire défini à l'article 106.

#### 104.3. Extension facultative solidarité famille

Les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord peuvent choisir d'étendre à titre obligatoire et collectif, par accord collectif, la couverture des salariés à leurs ayants droit.

## Article 105

### *Nature et montant des prestations*

La nature et le montant des prestations du régime conventionnel obligatoire sont présentés à l'annexe I (tableau garanties complémentaire santé).

Le présent régime ne couvre à titre obligatoire que le salarié seul. Il a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime social de base, dans la limite des frais réellement engagés. Il s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits "responsables" défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application.

Ainsi, les pénalités mises à la charge de l'assuré notamment en cas de non-respect du parcours de soins ainsi que la participation forfaitaire et la franchise respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ne sont pas remboursables.

En tout état de cause, les garanties du présent régime seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits "responsables".

## Article 106

### *Gestion du régime*

Pour assurer la gestion de leur régime complémentaire obligatoire frais de santé, les organisations signataires de la présente convention ont convenu de désigner l'organisme assureur suivant : Landes-Mutualité, mutuelle du livre II régie par le code de la mutualité, immatriculée au registre national des mutuelles sous le numéro 782 099 196, sise, allée de La Capère, 40016 Mont-de-Marsan Cedex, membre fondateur du groupe Vittavi-Mutualité.

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans la convention conclue entre l'organisme assureur et les partenaires sociaux signataires.

Les modalités d'organisation de la mutualisation du régime seront régulièrement réexaminées par les partenaires sociaux.

## Article 107

### *Cotisations*

#### 107.1. Montant des cotisations

Les taux de cotisations sont garantis par l'organisme assureur désigné à compter de la date d'entrée en vigueur du présent avenant et jusqu'au 31 décembre 2011, dans le cadre de la réglementation applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

#### 107.2. Cotisation pour affiliation obligatoire du salarié seul, dit "isolé"

Le taux global de la cotisation mensuelle pour l'affiliation obligatoire du seul salarié, dit "isolé", au présent régime "complémentaire frais de santé", dont les garanties sont définies en annexe I, est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS), et égal à 1,196 % du PMSS.

La cotisation obligatoire ainsi prévue est répartie à raison de 15 % pour l'employeur dans la limite d'un montant de 5 € par mois, le reste à la charge du salarié.

### 107.3. Cotisation volontaire pour adhésion facultative du salarié seul dit “isolé”

Le taux de cotisation mensuelle à la seule charge du salarié n’ayant pas l’ancienneté requise, exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS), est de 1,196 % du PMSS.

### 107.4. Cotisation volontaire pour extension facultative aux ayants droit du salarié seul dit “isolé”

Le taux de cotisation mensuelle supplémentaire à la seule charge du salarié pour cette extension facultative, exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS), est de + 1,542 % du PMSS.

### 107.5. Cotisation solidarité famille, tarif uniforme

La cotisation couvre le salarié et l’ensemble de ses ayants droit.

	COTISATION mensuelle totale	PART PATRONALE minimale	PART salariale
Tarif uniforme	2,288 % du PMSS	15 %	Solde restant à la charge du salarié

### 107.6. Appel et recouvrement des cotisations

L’appel et le recouvrement des cotisations obligatoires et facultatives seront effectués selon les modalités définies dans la convention de gestion entre l’organisme assureur et les partenaires sociaux signataires.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées.

## Article 108

### *Règlement des prestations et tiers payant*

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant. Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans la convention de gestion et la notice d’information remise aux salariés.

## Article 109

### *Cas de cessation ou de maintien des garanties*

Pour tout salarié, la garantie cesse d’être accordée à l’expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l’entreprise adhérente.

Néanmoins, les salariés cessant leur activité ont la possibilité de demander auprès de l’organisme assureur désigné, dans les conditions définies par la convention de gestion du présent régime, le maintien à titre volon-

taire de leur couverture santé dans les conditions fixées par la convention de gestion du présent accord, sous réserve qu'ils en fassent la demande au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail ou du décès. Dans ce cadre, l'organisme assureur désigné procédera à la collecte de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés.

Les conjoints eux-mêmes retraités ou préretraités pourront demander également à bénéficier du maintien de ces garanties à titre individuel auprès de l'organisme assureur, dans les 6 mois suivant la rupture du contrat ou de la date de décès du salarié.

## Article 110

### *Cas de suspension du contrat de travail*

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du présent régime obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions fixées par la convention de gestion avec l'organisme assureur.

## Article 111

### *Convention de gestion spécifique*

Les modalités pratiques de mises en œuvre des garanties prévues au présent chapitre font l'objet d'une convention de gestion entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux signataires. Celle-ci définit les modalités de gestion et de suivi du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront, soit dans le cadre d'une réunion de la commission mixte, soit dans le cadre d'un groupe paritaire réunissant au moins deux représentants employeurs et deux représentants salariés d'organisations syndicales distinctes et chargé de rendre compte à la commission mixte, au moins une fois par an, et en cas de besoin avec les représentants de l'organisme désigné, afin notamment :

- de faire le point des entreprises et salariés relevant du présent accord ;
- de dresser un bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de frais de santé mis en place par l'accord ;
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime ;
- de vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions ;
- de consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés.

*Recours contre les tiers responsables*

En cas de paiement des prestations par l'organisme désigné à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales. »

**Article 2**

Les dispositions du présent avenant sont conclues pour une durée indéterminée. Elles entreront en vigueur pour l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application à compter du premier jour du mois civil qui suit la publication au *Journal officiel* de l'arrêté d'extension du présent avenant.

Toutefois, ces dispositions s'imposeront à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 aux employeurs et salariés ressortissant à des entreprises adhérentes aux organisations signataires.

Par ailleurs, elles pourront, préalablement à son extension et dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010, être appliquées de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissants à des entreprises non adhérentes aux organisations signataires.

Les entreprises disposant déjà d'un régime complémentaire santé obligatoire au 22 décembre 2009, comprenant l'ensemble des garanties définies en annexe I pour un niveau de prestations supérieur, peuvent ne pas remettre en cause leur propre régime et ne pas rejoindre l'organisme désigné à l'article 106.

En revanche, les entreprises ayant mis en place, avant le 22 décembre 2009, un régime complémentaire santé obligatoire de niveau égal ou inférieur aux garanties définies en annexe I, doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel ainsi défini, à compter de la date de son entrée en vigueur.

Les salariés présents dans l'entreprise au jour de l'entrée en vigueur du présent avenant et concernés par l'article 103.3 précité doivent faire leur demande de dispense par écrit adressée à l'employeur avant la fin du premier mois d'application du présent avenant, avec les justificatifs de leur situation.

**Article 3**

Conformément aux articles L. 912-1 et L. 912-2 du code de la sécurité sociale, le régime d'assurance complémentaire santé mis en œuvre par le présent avenant fera l'objet d'un réexamen, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date de son entrée en vigueur, pour permet-



tre aux partenaires sociaux signataires d'en revoir, au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les conditions tant en matière de garanties que de financement et de choix de l'organisme assureur.

Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve d'un préavis de 3 mois. Les modalités de dénonciation sont celles définies à l'article L. 2261-9 du code du travail.

#### **Article 4**

Le présent avenant sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

#### **Article 5**

L'article 102 de la convention collective régionale du 4 mars 1985 concernant les travaux d'aménagement et d'entretien forestiers de la Gironde, des Landes et de Lot-et-Garonne devient l'article 113.

Fait à Mont-de-Marsan, le 22 décembre 2009.

(Suivent les signatures.)

## ANNEXE I

### TABLEAU DES GARANTIES D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

GARANTIES	RÉGIME OBLIGATOIRE	MUTUELLE	TOTAL
<b>Maladie :</b>			
Honoraires médicaux (consultations généralistes, consultations spécialistes, actes techniques médicaux, actes d'imagerie...)	70 %	80 %	150 %
Pharmacie (vignettes blanches)	65 %	35 %	100 %
Pharmacie (vignettes bleues)	35 %	65 %	100 %
Analyses médicales	60 %	90 %	150 %
Auxiliaires médicaux	60 %	90 %	150 %
Appareillage orthopédique et autres prothèses	65 %	85 %	150 %
Transport ambulance	65 %	35 %	100 %
<b>Dentaire :</b>			
Soins dentaires	70 %	30 %	100 %
Prothèses dentaires acceptées	70 %	180 %	250 %
Forfait prothèses dentaires acceptées		300 €	300 €
Orthodontie acceptée	100 %	150 %	250 %
Orthodontie refusée		250 %	250 %
Implants		180 €	180 €
<b>Optique :</b>			
Verres, montures et lentilles remboursées	65 %	335 %	400 %
Forfait optique		10 % du PMSS	10 % du PMSS
Lentilles refusées		10 % du PMSS	10 % du PMSS
Chirurgie corrective de l'œil (par œil)		180 €	180 €
Adaptation de lentilles		60 €	60 €
<b>Acoustique :</b>			
Appareil	65 %	35 %	100 %
Forfait acoustique (par oreille)		310 €	310 €
<b>Hospitalisation* :</b>			
Frais de séjour	80 % ou 100 %	0 % ou 20 %	100 %
Honoraires, soins	80 % ou 100 %	150 % ou 170 %	250 %

GARANTIES	RÉGIME OBLIGATOIRE	MUTUELLE	TOTAL
Chambre particulière		100 %	100 %
Forfait journalier		100 %	100 %
Forfait accompagnant**		20 € par jour	20 € par jour
Nombre de jours d'hospitalisation		Illimité	Illimité
Frais de télévision (toute hospitalisation confondue, prise en charge à compter du 5 <sup>e</sup> jour d'hospitalisation)		30 jours par an	30 jours par an
Soins de remise en forme suite à maternité		250 €	250 €
<b>Cure thermique :</b>			
Soins	65 %	45 %	110 %
Forfait cure		250 €	250 €
<b>Forfait prévention :</b>			
Médecine alternative (acupuncture, homéopathie, ostéopathie, substituts nicotiniques après intervention du régime obligatoire)		150 €	150 €
Pédicure, podologie		60 €	60 €
Ostéodensitométrie		60 €	60 €
Orthopédie		60 €	60 €
Vaccin		30 €	30 €
<b>Décès :</b>			
Obsèques actifs***		100 % PMSS	100 % PMSS
<b>Services :</b>			
Assistance		Gratuit	Gratuit
Plateforme santé		Gratuit	Gratuit
Protection juridique santé		Gratuit	Gratuit

Les prestations tiennent compte du remboursement du régime obligatoire et de Landes Mutualité. Les prestations sont prises en charge sur la base du tarif de responsabilité de la sécurité sociale et dans la limite des dépenses engagées. Une modification des taux de remboursement du régime obligatoire n'engage pas la mutuelle. Les prestations respectent les contraintes et les obligations des « contrats responsables ». La majoration du ticket modérateur payé par l'assuré lorsque celui-ci consultera hors parcours de soins n'est pas prise en charge (majoration fixée par décret).

Les prestations exprimées en forfait (euro ou pourcentage du PMSS) sont limitées par an et par personne.

\* La durée de ces prestations est liée à la nature de l'hospitalisation.

\*\* Frais d'accompagnant : cette prestation concerne exclusivement les nuits et les repas facturés par l'établissement de soins à la personne accompagnant une personne hospitalisée (voir conditions générales).

\*\*\* Ce forfait est une garantie annuelle.

Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par votre complémentaire santé conformément à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale soit 0,50 € par boîte de médicaments, 0,50 € par acte paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste et pédicure-podologue), 2 € par transport sanitaire (taxi, VSL, ambulance, sauf en cas d'urgence). Plafond : 50 €/an, au total.

Une participation forfaitaire de 18 €, non remboursée par la sécurité sociale, s'applique sur les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 €, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50. Ce forfait est pris en charge par votre mutuelle.