

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° 3 DU 14 DÉCEMBRE 2010
À L'ACCORD DU 30 JANVIER 2008 RELATIF À LA PRÉVOYANCE

NOR : AGRS1197040M

IDCC : 8113

Entre :

La FRSEA Ile-de-France,

D'une part, et

La CFTC-Agri ;

L'URSAF CGT ;

Le SNCEA CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

L'article 6 de l'accord intitulé « Complémentaire frais de santé » est modifié comme suit dans ses parties B et C.

« B. – Les prestations

Les prestations seront versées conformément au tableau ci-après :

AGRI-PRÉVOYANCE	REMBOURSEMENT MSA	REMBOURSEMENT complémentaire	REMBOURSEMENT total
Hospitalisation Frais de soins et de séjour Forfait journalier hospitalier Dépassement d'honoraires (frais de soins et de séjour dont chambre particulière et frais d'accompagnant (1) hors maternité et psychiatrie)	80 % BR – –	20 % BR 100 % dès le 1 ^{er} jour Frais réels limités à 220 % BR	100 % BR 100 % dès le 1 ^{er} jour Frais réels limités à 220 % BR
Maternité Frais de soins et de séjour (y compris chambre particulière)	100 % BR	Remboursement complémentaire à concurrence du tiers du PMSS par bénéficiaire et par maternité	100 % BR + remboursement complémentaire à concurrence du tiers du PMSS par bénéficiaire et par maternité

AGRI-PRÉVOYANCE	REMBOURSEMENT MSA	REMBOURSEMENT complémentaire	REMBOURSEMENT total
Psychiatrie Frais de soins et de séjour (y compris chambre particulière) Forfait actes lourds	80 % BR (3) 0 %	20 % BR (3) + remboursement complémentaire à concurrence du tiers du PMSS par an et par bénéficiaire 100 % du forfait	100 % BR (3) + remboursement complémentaire à concurrence du tiers du PMSS par an et par bénéficiaire 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) 0 %	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
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) 0 %	390 % BR (3) 390 % BR (3) + crédit 200 € par an et par bénéficiaire Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire	460 % BR (3) 455 % BR (3) + crédit 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 0 % 100 % BR 0 %	Frais réels restant à charge (2) 140 % BR + forfait annuel de 300 € Crédit 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 215 € par an et par bénéficiaire 300 % BR Crédit de 400 € par an et par bénéficiaire
Autres Prothèse auditive acceptée Cures thermales, prise en charge acceptée : Honoraire (surveillance médicale) Frais balnéaires Transport et hébergement	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 %
<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'accompagnant 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 dans l'arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention.</p>			

Les actes de prévention couverts selon la réglementation en vigueur sont les suivants :

Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum (SC12).

Un dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

Un scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, une fois par dent et avant le 14^e anniversaire.

Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.

Un dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

- audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
- audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
- audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
- audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
- audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.

Les vaccinations suivantes seules ou combinées :

- diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
- coqueluche : avant 14 ans ;
- hépatite B : avant 14 ans ;
- BCG : avant 6 ans ;
- rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- *haemophilus influenzae* B ;
- vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

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) ;
- les salariés à temps partiel et les apprentis, dès lors que la cotisation à leur charge est supérieure à 10 % de leur rémunération brute. »

Article 2

Date d'effet et extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant qui prendra effet au 1^{er} janvier 2011.

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 14 décembre 2010.

(Suivent les signatures.)