

**Convention collective**

**IDCC : 8252. – ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES  
ET RURAUX  
(Basse-Normandie)  
(19 décembre 1989)**

(Etendue par arrêté du 13 août 1990,  
*Journal officiel* du 30 août 1990)

**AVENANT N° 50 DU 4 JUILLET 2011**

NOR : AGRS1197109M  
IDCC : 8252

Entre :

La fédération régionale des entrepreneurs des territoires,

D'une part, et

L'UR des syndicats FO de Basse-Normandie ;

L'UR des syndicats chrétiens CFTC de Basse-Normandie ;

L'UNSA2A ;

Le SNCEA CFE-CGC,

il a été convenu ce qui suit :

Les partenaires sociaux ont souhaité améliorer le régime santé des salariés cadres prévu dans la convention collective nationale de 1952 dont ils relèvent.

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

Il est créé un article 27 *ter* à la convention collective des ETAR de Basse-Normandie dont la teneur est la suivante :

« Article 27 *ter*

*Régime de santé surcomplémentaire des salariés cadres*

I. – Préambule

Il est rappelé que les employeurs des cadres sont tenus d'adhérer à la caisse de prévoyance des cadres des exploitations agricoles (CPCEA) et d'y affilier leurs cadres assimilés dans les conditions prévues par la convention collective de prévoyance du 2 avril 1952 étendue par l'arrêté ministériel du 13 octobre 1953. Les employeurs sont responsables des versements trimestriels de la cotisation totale audit organisme.

Ce régime de prévoyance comprend notamment un régime frais de santé.

II. – Entreprises concernées

Les employeurs liés par la présente convention sont également tenus d'adhérer pour leurs salariés cadres à la garantie surcomplémentaire frais de santé « Top Santé » gérée par la CPCEA,

institution de prévoyance sise 21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris et régie par les dispositions de l'article L. 727-2-II du code rural et de la pêche maritime.

### III. – Bénéficiaires

Ce régime surcomplémentaire couvre le salarié cadre et l'ensemble de ses ayants droit tels que définis dans la convention collective nationale de 1952.

### IV. – Cotisations

Le financement de cette garantie est assuré par une cotisation mensuelle déterminée tous les ans par le conseil d'administration de la CPCEA et répartie à hauteur de 50 % par l'entreprise et 50 % par le salarié cadre.

### V. – Prestations

a) Top Santé assure une prise en charge supplémentaire des dépenses de santé, comme indiqué dans le tableau de garanties ci-après.

	REMBOURSEMENTS (*)	
	MSA	MSA + vos garanties Santé et Top Santé (4)
<b>Hospitalisation</b>		
Frais de soins et de séjour	80 ou 100 % BR	100 % BR
Dépassement d'honoraires	-	100 % des frais réels (1)
Chambre particulière	-	100 % des frais réels limités à 60 jours par an par bénéficiaire (1)
Frais d'accompagnant	-	40 € par jour limité à 60 jours par an et par bénéficiaire
Forfait hospitalier	-	100 % du forfait dès le premier jour
<b>Maternité</b>		
Frais de soins et de séjour	100 %	100 % BR
Dépassement d'honoraires et chambre	-	Crédit d'un tiers du PMSS par bénéficiaire et par maternité
Prime de naissance	-	191,63 € par enfant pour les deux premiers
	-	287,52 € à partir du 3 <sup>e</sup>
Prime de séjour	-	9,45 € par jour d'hospitalisation
<b>Psychiatrie</b>		
Frais de soins et de séjour	80 % BR	100 % BR
Dépassement d'honoraires et chambre particulière	-	Crédit d'un tiers du PMSS par bénéficiaire et par an
Forfait hospitalier	-	100 % du forfait hospitalier à partir du 1 <sup>er</sup> jour

	REMBOURSEMENTS (*)	
	MSA	MSA + vos garanties Santé et Top Santé (4)
<b>Frais médicaux</b> Consultation d'un médecin ou d'un spécialiste Radiographie Auxiliaire médical, analyses Soins, actes techniques, actes de prévention responsables (y compris optique et dentaire) (3)	70 % BR  70 % BR 60 % BR 70 à 60 % BR	100 % des frais réels (1)
<b>Pharmacie remboursable</b> Médicaments remboursables	De 65 à 15 % BR	100 % BR
<b>Optique</b> Verres, monture, étui, lentilles (prise en charge acceptée) Lentilles (prise en charge refusée)	60 % BR  -	455 % BR + crédit de 290 € par an et par bénéficiaire (2)  Crédit de 290 € par an et par bénéficiaire (2)
<b>Dentaire</b> Prothèse dentaire acceptée Prothèse dentaire refusée Orthodontie acceptée Orthodontie refusée	70 % BR - 100 % BR -	350 % BR  300 % BR Crédit de 383,41 € par an et par bénéficiaire
<b>Appareillage</b> Fourniture médicale, pansements (prise en charge acceptée) Prothèse auditive acceptée Prothèse auditive refusée Gros et petit appareillage, autres prothèses (prise en charge acceptée)	60 % BR 60 % BR - 60 % ou 100 % BR	100 % des frais réels  455 % BR + crédit de 383,41 € par an et par bénéficiaire  300 % BR
<b>Cures thermales</b> Honoraires de surveillance médicale Frais de traitements thermaux	70 % BR 65 % BR	100 % des frais réels (1) 100 % BR + prime de 191,63 € par an et par bénéficiaire
<b>Forfait actes lourds (18 €)</b>	-	100 % du forfait
<b>Transport</b>	65 % BR	100 % des frais réels
(*) Remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR). (1) Si secteur conventionné. Si secteur non conventionné, le remboursement est égal à 90 % des frais réels, plafonné à 300 % de la base de remboursement secteur conventionné (BRC). (2) Pour l'ensemble du poste optique, un seul crédit de 290 € peut être accordé par an et par bénéficiaire. (3) Y compris les actes de prévention « responsables » définis par l'arrêté du 8 juin 2006. Les actes de prévention sont présentés au b de l'article V. (4) Dans le cadre du respect des parcours de soins. PMSS (plafond mensuel de la sécurité sociale), valeur pour 2011 : 2 946 €.		
BR : base de remboursement.		

b) Liste des actes de prévention couverts selon la réglementation en vigueur :

- 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 premières et deuxièmes molaires permanentes, une fois par dent et avant le 14<sup>e</sup> 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.

## VI. – Définitions

Base de remboursement (BR) : désigne l'ensemble des éléments tarifaires (tarif de responsabilité, etc.) sur lequel le régime de base applique un taux (0 à 100 %) pour déterminer le niveau de son remboursement.

Base de remboursement secteur conventionné (BRC) : base de remboursement appliquée au secteur conventionné (établissement ou praticien).

Frais réels : dépenses engagées par l'assuré pour se soigner à l'exception des frais ne figurant pas à la nomenclature des actes médicaux.

Crédit : le crédit est un montant disponible, attribué en fonction des frais réellement engagés.

Il est utilisable en plusieurs fois jusqu'à épuisement au cours de l'année civile. Il est toujours limité aux frais réels.

A noter :

- les remboursements complémentaires sont déterminés en fonction de ceux effectués par le régime de base des assurances sociales (mutualité sociale agricole, sécurité sociale...) ;
- en cas de changement des taux de prise en charge par le régime de base, ils peuvent être modifiés ;
- les remboursements complémentaires s'inscrivent dans le respect du parcours de soins institué par la loi du 13 août 2004 (consultation préalable du médecin traitant notamment). Les pénalités financières prévues par la loi (majoration du ticket modérateur et dépassement d'honoraires autorisé) en cas de non-respect du parcours de soins ou de refus d'accès au dossier médical personnel sont exclues de la garantie ;

- le total des remboursements est limité aux frais réels ;
- les actes de prévention définis dans le cadre du contrat responsable selon les conditions prévues dans l'arrêté du 8 juin 2006, sont pris en compte par la complémentaire dans l'expression de la garantie « soins et actes techniques ».

#### VII. – Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

Il est rappelé que, conformément aux dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les chômeurs, les invalides et les retraités peuvent continuer à bénéficier de la garantie Top Santé, s'ils en font la demande à la CPCEA.

Les salariés couverts par la garantie Top Santé auront la faculté de souscrire auprès de la CPCEA, pour eux-mêmes et/ou leurs ayants droit, des garanties optionnelles individuelles qui viendront améliorer leur niveau de couverture.

#### VIII. – Choix de l'organisme gestionnaire et réexamen du régime

Les conditions et les modalités de la mutualisation des risques ainsi que le choix de l'organisme assureur sont réexaminés par les signataires du présent avenant, selon une périodicité qui ne peut excéder 5 ans, conformément aux articles L. 912-1 et L. 912-2 du code de la sécurité sociale. »

### **Article 2**

Le présent accord, adopté pour une durée de 1 an, est renouvelable chaque année par tacite reconduction, sauf dénonciation expresse de l'une des deux parties au moins 2 mois avant la date anniversaire de son entrée en vigueur.

### **Article 3**

Les parties demandent l'extension du présent avenant qui prendra effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de la convention collective des entreprises de travaux agricoles ruraux de la région Basse-Normandie du 19 décembre 1989.

Fait à Caen, le 4 juillet 2011.

(Suivent les signatures.)