

**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° 4 DU 3 JUILLET 2012**

NOR : AGRS1297195M

IDCC : 8113

Entre :

La FRSEA d'Ile-de-France,

D'une part, et

L'URSAF CGT ;

Le SNCEA CFE-CGC ;

La FGTA FO ;

La CFTC-Agri ;

Le SFPAH CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

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

L'article 1<sup>er</sup> de l'accord intitulé « Champ d'application » est modifié comme suit :

« Le présent accord concerne les salariés non ressortissants de la convention collective nationale AGIRC de 1947 qui relèvent de la convention collective des exploitations d'arboriculture, de maraîchage, d'horticulture, de pépinières et de cressiculture du 8 septembre 2006 (départements 75, 77, 78, 91, 92, 93, 94, 95) ».

**Article 2**

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 6 mois continus dans une entreprise 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 3

L'article 6 de l'accord intitulé « Complémentaire frais de santé » est modifié comme suit dans ses parties *a*, *b* et *c* :

#### « Article 6

#### *Complémentaire frais de santé*

##### *a) Bénéficiaires*

Les salariés ayant acquis 6 mois 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 6 mois, de la garantie santé 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 la famille).

*b) Prestations* : les prestations seront versées conformément au tableau ci-dessous.

ACTE	REMBOURSEMENTS MSA	REMBOURSEMENTS complémentaires	REMBOURSEMENTS totaux
Hospitalisation			
Frais de soins et de séjour	80 % ou 100 % BR	TM	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	–	100 % dès le premier jour	100 % dès le premier jour
Dépassement d'honoraires	–		
Secteurs conventionnés 1 et 2		Frais réels limités à 220 % BR	Frais réels limités à 220 % BR

ACTE	REMBOURSEMENTS MSA	REMBOURSEMENTS complémentaires	REMBOURSEMENTS totaux
(Soins et frais de séjour dont chambre particulière et frais d'accompagnant <sup>(1)</sup> hors maternité et psychiatrie)			
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
Psychiatrie Frais de soins et de séjour (y compris chambre particulière)	80 % ou 100 % BR <sup>(3)</sup>	TM + remboursement complémentaire à concurrence du tiers du PMSS par an et par bénéficiaire	100 % BR <sup>(3)</sup> + remboursement complémentaire à concurrence du tiers du PMSS par an et par bénéficiaire
Forfait actes lourds	0 %	100 % du forfait	100 % du forfait
Frais médicaux (5)			
Consultation médecin	70 % BR <sup>(3)</sup>	30 % BR <sup>(3)</sup>	100 % BR <sup>(3)</sup>
Radiographie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux, analyses	60 % BR <sup>(3)</sup>	40 % BR <sup>(3)</sup>	100 % BR <sup>(3)</sup>
Soins, actes techniques (4)	De 60 à 70 % BR	100 % FR <sup>(2)</sup>	100 % FR <sup>(2)</sup>
Fournitures médicales, petit appareillage et pansements	60 % BR <sup>(3)</sup>	40 % BR <sup>(3)</sup>	100 % BR <sup>(3)</sup>
Gros appareillage	100 % BR <sup>(3)</sup>		100 % BR <sup>(3)</sup>
Dépassement d'honoraires	0 %	220 % BR <sup>(3)</sup> 5 fois par an	220 % BR <sup>(3)</sup> , 5 fois par an
Pharmacie (5)			
Vignettes « blanches »	65 % BR <sup>(3)</sup>	35 % BR <sup>(3)</sup>	100 % BR <sup>(3)</sup>
Vignettes « bleues »	35 % BR <sup>(3)</sup>	65 % BR <sup>(3)</sup>	100 % BR <sup>(3)</sup>
Médicaments RO 16 % TR	15 % <sup>(3)</sup>	85 % BR <sup>(3)</sup>	100 % BR <sup>(3)</sup>
Frais de transport	65 % BR <sup>(3)</sup>	35 % BR <sup>(3)</sup>	100 % BR <sup>(3)</sup>
Optique			
Honoraires	70 % BR <sup>(3)</sup>	390 % BR <sup>(3)</sup>	460 % BR <sup>(3)</sup>
Verres, monture et lentilles (prise en charge acceptée)	60 % BR <sup>(3)</sup>	395 % BR <sup>(3)</sup> + crédit de 200 € par an et par bénéficiaire	455 % BR <sup>(3)</sup> + crédit de 200 € par an et par bénéficiaire
Lentilles non jetables (prise en charge refusée)	0 %	Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire	Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire
Dentaire (5)			
Honoraires	70 % BR	Frais réels restant à charge <sup>(2)</sup>	100 % des frais réels <sup>(2)</sup>
Prothèses dentaires : – prise en charge acceptée	70 % BR	140 % BR + forfait annuel de 300 €	210 % BR + forfait annuel de 300 €

ACTE	REMBOURSEMENTS MSA	REMBOURSEMENTS complémentaires	REMBOURSEMENTS totaux
– prise en charge refusée	0 %	Crédit 215 € par an et par bénéficiaire	Crédit 215 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie :			
– prise en charge acceptée	100 % BR	200 % BR	300 % BR
– prise en charge refusée	0 %	Crédit de 400 € par an et par bénéficiaire	Crédit de 400 € par an et par bénéficiaire
Autres			
Prothèse auditive acceptée	60 % BR <sup>(3)</sup>	395 % BR <sup>(3)</sup>	455 % BR <sup>(3)</sup> par oreille
Cures thermales, prise en charge acceptée :			
– honoraire (surveillance médi- cale)	70 % BR <sup>(3)</sup>	30 % BR <sup>(3)</sup>	100 % BR <sup>(3)</sup>
– frais balnéaires	65 % BR <sup>(3)</sup>	35 % BR <sup>(3)</sup>	100 % BR <sup>(3)</sup>
– transport et hébergement	0 %	0 %	0 %
<p>PMSS : plafond mensuel de sécurité sociale. Il est de 3 031 € pour 2012.  BR : base de remboursement du régime de base.  TM : ticket modérateur.  FR : frais réels.  TR : tarif de responsabilité.</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.</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 % 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 :

1. Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum (SC12).
2. Un dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
3. 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.
4. 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.
5. 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).
6. 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.
7. 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 sur demande du salarié ou, le cas échéant, de l'apprenti dans les situations suivantes :

- le salarié est bénéficiaire de la CMUC, ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire frais de santé prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou couvert par une assurance individuelle frais de santé. Cette dispense d'affiliation ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- le salarié ou l'apprenti est en contrat à durée déterminée d'une durée supérieure à 12 mois et bénéficie d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs (sous réserve d'en apporter la preuve) ;
- le salarié est en contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois même s'il ne bénéficie pas par ailleurs d'une couverture ;
- le salarié à temps partiel ou l'apprenti perçoit une rémunération brute dont la cotisation à sa charge est supérieure à 10 % de cette rémunération brute ;
- le salarié (sous réserve d'en apporter la preuve) bénéficie par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture complémentaire collective et obligatoire, ou :
  - du régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;
  - du régime complémentaire maladie des industries électriques et gazières ;
  - des dispositifs de protection sociale complémentaire souscrits avec la participation des employeurs publics par des fonctionnaires, des agents de droit public de l'Etat et de ses établissements publics ;
  - des dispositifs de protection sociale complémentaire souscrits avec la participation des collectivités territoriales par des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics ;
  - d'un contrat d'assurance de groupe instauré au profit des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

En cas de contrôle, l'employeur doit produire la preuve, pour chaque dossier, de la dispense d'affiliation (demande du salarié ou, le cas échéant, de l'apprenti, pièces justificatives lorsque nécessaires). »

## Article 4

L'article 7 de l'accord intitulé « Cotisations et organisme gestionnaire » est modifié comme suit :

### « Article 7

#### *Cotisations et organisme gestionnaire*

La gestion du régime de prévoyance est assurée par Agri-Prévoyance, institution de prévoyance, sise 21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris.

Toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord sont donc tenues d'adhérer à Agri-Prévoyance pour leur personnel ne relevant pas de la convention collective nationale AGIRC de 1947.

Les cotisations des garanties de prévoyance sont dues dès que le salarié a acquis 6 mois d'ancienneté continue dans une entreprise appartenant à un secteur d'activité relevant du présent accord pour les garanties incapacité de travail, incapacité permanente, décès et assurance des charges sociales.

Pour la garantie complémentaire frais de santé, les cotisations sont dues par :

- les salariés ayant acquis 6 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ;
- 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.

Les cotisations, telles que fixées par l'accord d'adhésion à l'institution, sont sur les éléments de rémunération entrant dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale et réparties comme suit :

*(En pourcentage.)*

	TAUX	PART patronale	PART salariale
Incapacité de travail	0,67	0,30 (*)	0,37
Invalidité	0,30	0,24	0,06
Décès	0,38	0,38	–
Total	1,35		
Assurance des charges sociales patronales	0,10	0,10	–
Total	1,45	1,02	0,43
(*) Cette cotisation de 0,30 % correspond au financement des dispositions sur la mensualisation prévue par les articles L. 1226-1 et D. 1226-2 du code du travail, ainsi qu'au financement des prestations complémentaires en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle.			

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ	TOTAL	PART patronale	PART salariale
Cotisation brute 2013 (taxe CMU de 6,27 % incluse)	72,00 € par mois	21,60 € par mois	50,40 € par mois
Cotisation nette 2013 (hors taxe CMU)	67,75 € par mois	20,32 € par mois	47,43 € par mois

## Article 5

### *Date d'effet et extension*

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant qui prendra effet le premier jour du trimestre civil suivant la parution de son arrêté d'extension et au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

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 3 juillet 2012.

(Suivent les signatures.)