

Accord professionnel
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE EN AGRICULTURE
DES SALARIÉS NON CADRES
(Franche-Comté)
(18 février 2009)

(Etendu par arrêté du 7 décembre 2009,
Journal officiel du 15 décembre 2009)

AVENANT N° 5 DU 12 OCTOBRE 2012

NOR : AGRS1397113M

Entre :

La FRSEA de Franche-Comté ;

La FRCUMA de Franche-Comté ;

Les entrepreneurs du territoire de Franche-Comté ;

Le syndicat régional de l'horticulture, pépinières, maraîchage de Franche-Comté ;

La FD des coopératives laitières de l'Ain ;

La FD des coopératives laitières du Doubs ;

La FD des coopératives laitières du Jura ;

La FDCUMA de ramassage de lait du Doubs,

D'une part, et

L'UR CFDT ;

L'UR CFTC ;

L'UR CGT ;

L'UR CGT-FO ;

L'UR CFE-CGC ;

L'UNSA2A ;

L'UD CFTC de l'Ain ;

L'UD CGT-FO de l'Ain ;

L'UD CFE-CGC de l'Ain,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Compte tenu de l'important déséquilibre financier enregistré par le régime d'assurance complémentaire santé au cours de l'exercice 2011, les partenaires sociaux se sont concertés avec l'assureur afin de convenir des mesures à envisager pour garantir le retour à l'équilibre et la pérennité du régime.

Il en résulte les mesures suivantes.

Article 1^{er}

Taux de cotisation

Le taux global d'appel des cotisations destinées au financement des prestations définies à l'article 4 de l'accord du 18 février 2009, couvrant le salarié seul à titre obligatoire, est de 1,06 %. Ce taux est défini en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale et réparti comme suit :

- 28 % à la charge de l'employeur, soit un taux de 0,297 % ;
- 72 % à la charge du salarié, soit un taux de 0,763 %.

En cas de souscription aux extensions de garanties prévues à l'article 4 précité, le supplément de cotisation à la charge du salarié est de :

- extension des garanties du régime conventionnel à la famille du salarié : + 1,89 % ;
- extension aux garanties de l'option facultative pour le salarié seul : + 0,26 % ;
- extension aux garanties de l'option facultative pour le salarié et sa famille : + 2,55 %.

Article 2

Prestations

Afin de limiter la hausse des cotisations, les partenaires sociaux conviennent également de revoir la prise en charge des prothèses dentaires comme suit :

Sur le socle obligatoire :

- le pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale passe de 250 à 210 % ;
- le forfait annuel s'ajoutant à la somme obtenue est maintenu à hauteur de 300 € par an.

Sur l'option facultative :

- le pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale passe de 410 à 370 % ;
- le forfait annuel s'ajoutant à la somme obtenue est maintenu à hauteur de 300 € par an.

Le tableau des garanties annexé à l'accord du 18 février 2009 est modifié en conséquence.

Article 3

Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil qui suivra la date de parution au *Journal officiel* de son arrêté d'extension.

Article 4

Dépôt et extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant dont un exemplaire est déposé auprès des services de la DIRECCTE de Franche-Comté.

Fait à Besançon, le 12 octobre 2012.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE

LISTE DES GARANTIES

NATURE DES RISQUES	PRESTATIONS	
	Régime conventionnel	Option facultative
Frais médicaux Consultations, visites, médecins ou spécialistes Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes Analyses, examens de laboratoire Radiographie, électroradiologie Actes de prévention responsable Médecine douce (acupuncture, homéopathie, chiropractie et ostéopathie uniquement)	100 % BR + 220 % BR 5 fois par an 100 % BR 100 % BR 100 % BR 100 % BR –	300 % BR 100 % BR 100 % BR 100 % BR 100 % BR 23 € par consultation 4 fois par an et par famille
Pharmacie Pharmacie sur prescription sans prise en charge du régime de base Vaccins sans prise en charge du régime de base	100 % BR –	100 % BR 40 € par an et par famille 40 € par an et par famille
Optique Montures, verres, lentilles, prise en charge acceptée	455 % BR + 210 € par an	455 % BR + 350 € par an
Dentaire Soins Prothèses dentaires Inlays core Forfait parodontologie Forfait implantologie Orthodontie acceptée	170 % BR 210 % BR + 300 € par an – – – 300 % BR	170 % BR 370 % + 300 € par an 170 % BR 100 € par an 200 € par an et par bénéficiaire 350 % BR
Appareillage Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses Prothèses auditives	100 % BR 455 % BR	465 % BR 455 % BR + 350 € par an et par oreille
Hospitalisation (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjours Dépassements d'honoraires Chambre particulière Forfait hospitalier Frais de lit d'accompagnant	100 % BR 220 % BR 25 € par jour 100 % dès le premier jour –	100 % BR De 480 % à 500 % BR 78 € par jour 60 jours par an Frais réels 52 € par jour 30 jours par an
Maternité (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjours Dépassements d'honoraires Chambre particulière	100 % BR 1/3 PMSS par bénéficiaire et par maternité 1/3 PMSS par bénéficiaire et par maternité	100 % BR 300 % BR 52 € par jour

NATURE DES RISQUES	PRESTATIONS	
	Régime conventionnel	Option facultative
Psychiatrie Frais de soins et séjours Dépassements d'honoraires Forfait hospitalier	100 % BR 1/3 PMSS par bénéficiaire et par an 1/3 PMSS par bénéficiaire et par an	100 % BR 300 % BR Frais réels 30 jours par an
Polyvalent Forfait (18 € pour actes lourds > 91 €) Transport sur prescription Cure thermique acceptée	18 € – –	18 € Frais réels 100 % BR + 150 € par an
<p>TC : tarif conventionné. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. BR : base de remboursement (tarif de référence du régime de base à partir duquel est calculé le remboursement obligatoire). TM : ticket modérateur.</p> <p>Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement aux régimes d'assurance maladie obligatoires français. Les remboursements régime d'assurance maladie obligatoire + part complémentaire sont limités aux frais réels.</p> <p>Informations liées à la législation :</p> <p>Les prestations complémentaires santé sont définies dans le cadre du respect du parcours de soins, institué par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.</p> <p>Hors parcours de soins, les pénalités financières prévues par la loi (majoration du ticket modérateur et dépassement d'honoraires autorisé) restent à la charge de l'assuré.</p> <p>Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont pris en charge par le contrat à hauteur du ticket modérateur.</p> <p>La participation forfaitaire de 1 €, laissée à la charge de l'assuré par le régime de base, ne sera pas remboursée par le présent contrat.</p> <p>Les garanties en vigueur sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) et s'entendent part régime obligatoire comprise.</p> <p>Actes de prévention :</p> <p>Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code :</p> <p>« Art. 1^{er}. – La liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale comprend les prestations de prévention suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14^e anniversaire. 2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12). 3. 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. 4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351). 5. 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 : <ol style="list-style-type: none"> a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; e) 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 : <ol style="list-style-type: none"> a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) <i>Haemophilus influenzae</i> B ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois. » 		