

Convention collective

**IDCC : 8233. – ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES
ET RURAUX
(Haute-Normandie)
(3 juillet 1970)**

(Etendue par arrêté du 2 août 1971,
Journal officiel du 21 septembre 1971)

AVENANT N° 2 *BIS* DU 12 NOVEMBRE 2014

NOR : *AGRS1597005M*
IDCC : 8233

Entre :

L'UR des entrepreneurs des territoires de Haute-Normandie,

D'une part, et

La FGTA CFDT des salariés des entreprises agricoles et agroalimentaires de Seine-Maritime ;

L'US CFTC-Agri de Haute-Normandie ;

La FGTA FO ;

Le SNCEA CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 3 du 9 juillet 2013 à l'accord national du 10 juin 2008 concernant une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord régional du 10 avril 2009. Certaines modifications prennent en compte des dispositions de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Ainsi :

- le calcul de l'ancienneté est modifié ;
- les cotisations évoluent afin d'intégrer la portabilité ;
- les cas de dispenses d'affiliation sont mis à jour ;
- les conditions de maintien des garanties en cas de suspension de contrat de travail sont modifiées.

Par ailleurs, le tableau des garanties est mis à jour :

- mise à jour de certains taux de remboursement en raison des baisses de prise en charge par le régime de base ;
- présentation du poste dentaire en prévision de la nouvelle nomenclature.

Article 1^{er}

Le 1 « Salariés » de l'article 2 « Bénéficiaires » est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1. Salariés

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié ayant 6 mois d'ancienneté et plus dans l'entreprise et relevant de son champ d'application.

En sont exclus les cadres et personnels ressortissant à la convention collective 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.

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

Les salariés nouvellement embauchés, ayant acquis précédemment le bénéfice de la garantie dans une autre entreprise relevant du champ d'application du présent accord, font l'objet d'une reprise d'ancienneté, dès lors que leur embauche intervient au plus tard dans les 3 mois qui suivent leur cessation d'activité. »

Article 2

L'article 3 « Dispenses d'affiliation » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 3

Dispenses d'affiliation

Par dérogation à l'article précédent, et sous réserve d'en apporter la preuve, des dispenses d'affiliation à la garantie frais de santé sont possibles à la demande des salariés se trouvant dans l'une des situations suivantes :

- le salarié bénéficiaire d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de son conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, avec un niveau de prestations au moins équivalent à celui du présent accord. Le salarié peut demander à être exclu de l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord dès lors qu'il apporte un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire. La dispense d'affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de modification des prestations à un niveau inférieur à celui fixé dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié ;
- le salarié bénéficiaire de la CMUC ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. Dès lors que les salariés perdent le bénéfice de la CMUC, ils doivent être affiliés à la garantie frais de santé s'ils justifient de la condition d'ancienneté de 6 mois ;
- le salarié bénéficiaire d'une couverture complémentaire santé obligatoire du fait d'une autre activité, hors champ d'application du présent accord, exercée simultanément ;
- le salarié à temps partiel ayant 6 mois d'ancienneté et plus dès lors que sa cotisation complémentaire santé est égale ou supérieure à 10 % de sa rémunération brute.

En cas d'augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, si la cotisation représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne (calcul sur 12 mois continus), le salarié devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé.

Le caractère collectif n'est toutefois pas remis en cause lorsque, par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur décide de prendre en charge l'intégralité de la cotisation due, dès lors que la situation inverse conduirait le salarié à acquitter une cotisation au moins égale à 10 % ;

- les salariés en contrat à durée déterminée, y compris les apprentis, ayant 6 mois d’ancienneté et moins de 12 mois d’ancienneté ;
- les salariés dont le conjoint travaille dans la même entreprise, l’un des membres du couple pouvant alors être affilié en propre, l’autre en tant qu’ayant droit.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d’application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l’organisme désigné. Il s’agira de l’employeur chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d’ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord entre les employeurs et le salarié.

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 auprès de son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense. En cas de non-renouvellement de la demande d’exclusion et des justificatifs, le salarié cotisera obligatoirement au régime frais de santé le premier jour du mois civil suivant.

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 premier jour du mois civil suivant.

Dans les cas de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l’employeur. »

Article 3

Le tableau de l’article 4 « Prestations » est remplacé par le suivant :

	REMBOURSEMENT ⁽¹⁾ y compris régime de base	SERVICES
Soins courants		
Honoraires de généralistes et spécialistes	300 % BR ⁽²⁾	Information par téléphone sur les adresses proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
Honoraires de médecine douce : – quatre pratiques médicales : acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie	23 € par consultation dans la limite de 4 par an et par famille	
Analyses biologiques, auxiliaires médicaux, radiologie et actes techniques ⁽³⁾	100 % BR	Information par téléphone sur les laboratoires et centres de radiologie proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
Pharmacie de 15 à 65 %	100 % BR	Quatre portages de médicaments à domicile en cas d’immobilisation de plus de 5 jours
Pharmacie sur prescription non prise en charge par le régime de base	40 € par an et par famille	
Vaccins non pris en charge par le régime de base	40 € par an et par famille	Information sur le calendrier des vaccins
Prothèses		
Prothèses et appareillage (dont orthopédie)		
Part obligatoire 65 % BR	465 % BR	Informations par téléphone pour trouver le matériel. Organisation de la livraison

	REMBOURSEMENT ⁽¹⁾ y compris régime de base	SERVICES
Part obligatoire 100 % BR	500 % BR	
Prothèses auditives	455 % BR + crédit 350 € par oreille ⁽⁴⁾	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une prothèse de remplacement en cas de perte
Optique		
Forfait montures + lentilles	60 % BR + 175 € par an	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une paire de lunettes en cas de perte Service d'analyse et de conseil sur les devis optiques
Forfait verres unifocaux	60 % BR + 182 € par paire, limité à 1 paire par an	
Forfaits verres progressifs et multifocaux	60 % BR + 350 € par paire, limité à 1 paire par an	
Forfait optique	+ 50 € la 3 ^e année si pas de consommation les 2 années précédentes	
Dentaire		
Soins dentaires	100 % BR	Service d'analyse et de conseil sur les devis dentaires
Prothèses dentaires (hors couronnes implan- toportées et inlays core)	410 % BR	
Inlays core	170 % BR	
Parodontologie	100 € par an	
Implantologie (pilier, tige, couronne)	200 € par an	
Orthodontie acceptée par le régime de base	350 % BR	
Hospitalisation médicale ou chirurgicale		
Frais de séjour	100 % BR	Remboursement complémentaire d'un éventuel reliquat sur les frais de lit d'accompagnant (5 nuits supplémentaires, 60 € par nuit) et sur les frais de télévision (7 jours maximum)
Honoraires	De 480 % à 500 % BR suivant PEC RB	
Forfait journalier	FR	
Chambre particulière	78 € par jour, limité à 60 jours par an	
Frais de lit d'accompagnant	52 € par jour, limité à 30 jours par an ⁽⁵⁾	
Forfait confort : prise en charge des frais de télévision et de téléphone	26 € par an	Remboursement des frais de transfert du téléphone du domicile sur le téléphone de la chambre
Maternité		
Honoraires	300 % BR	Information par téléphone sur la santé, la vie quotidienne, la dié- tétique, l'hygiène, les vaccins. Orientation vers les organismes spécialisés
Chambre particulière	52 € par jour	

	REMBOURSEMENT ⁽¹⁾ y compris régime de base	SERVICES
Psychiatrie		
Frais de séjour	100 % BR	
Honoraires	300 % BR	
Forfait journalier	FR, limité à 30 jours par an	
Polyvalents		
Transport pris en charge sur prescription (sauf transport cure thermique)	FR	Communication d'adresses d'ambulanciers et organisation de la course
Forfait actes lourds 18 €	18 €	
Forfait de confort en cas d'hospitalisation à domicile accepté par le régime de base (HAD)	52 € par jour, limité à 60 jours par an + forfait prestations de services, limité à 400 € par an et par famille	Communication d'adresses de prestataires à domicile. Organisation et prise en charge de 20 jours de prestations de services dans la limite de 30 heures par an et par contrat
Cures thermales : frais balnéaires acceptés	100 % BR + 150 € par an	
<p>NB. — Les prestations des services assistance sont exprimées « à concurrence de ».</p> <p>(1) Uniquement en secteurs conventionnés 1 et 2, praticiens et/ou établissements.</p> <p>(2) Les dépassements sur les consultations hors parcours ne sont pas pris en charge.</p> <p>(3) Y compris les actes de prévention responsables prévus par l'arrêté du 8 juin 2006.</p> <p>(4) Un équipement tous les 3 ans et un réglage par an.</p> <p>(5) Y compris frais de lit d'accompagnant en maison de parents ou structure hôtelière agréée par l'établissement hospitalier.</p> <p>BR : base de remboursement à partir de laquelle est calculé le remboursement obligatoire.</p> <p>TM : ticket modérateur ; le ticket modérateur est la part financière qui reste à votre charge après le remboursement de l'assurance maladie.</p> <p>FR : frais réels.</p>		

Article 4

L'article 5 « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 5

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

a) Suspension du contrat de travail pour un motif non lié à la maladie, l'accident ou la maternité

En cas de suspension du contrat de travail pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, le salarié bénéficie des garanties complémentaires frais de santé pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat, sans versement de cotisation. Cette période de 3 mois court à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel survient la suspension du contrat de travail.

Après cette période, et tant que dure la suspension du contrat de travail, le salarié peut demander à l'organisme assureur de continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé à titre individuel, en s'acquittant de la totalité de la cotisation globale.

L'employeur doit informer l'organisme assureur ou son délégataire dès le début de la suspension du contrat de travail, en précisant sa durée.

b) Suspension du contrat de travail pour maladie, accident (toutes origines) ou maternité

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité indemnisé par le régime de base de la sécurité sociale et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues par le présent accord sont maintenues sans versement de cotisation, pour tout mois civil complet d'absence.

Si l'absence est inférieure à un mois civil complet, la cotisation est due intégralement (part patronale et part salariale). »

Article 5

Il est ajouté à l'accord un article 6 *bis* rédigé comme suit :

« Article 6 *bis*

Portabilité

Les salariés bénéficient des dispositions légales sur le maintien des garanties de protection sociale complémentaire en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions définies par les textes légaux, et ce à compter de la date fixée par la loi. Ces dispositions figurent en annexe I au présent accord.

Pour bénéficier des prestations, le demandeur d'emploi bénéficiant du maintien des garanties doit fournir l'ensemble des justificatifs demandés au salarié, auxquels s'ajoute le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations demandées sont dues.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail. »

Article 6

L'accord est complété par l'annexe suivante :

« ANNEXE I

Dispositions légales sur la portabilité
(art. L. 911-8 du code de la sécurité sociale)

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, par la complémentaire santé bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

1° Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4° Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;

5° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;

6° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa. »

Article 7

L'article 7 « Cotisations » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 7

Cotisations

La garantie frais de santé est financée par une cotisation mensuelle due au titre de chaque salarié bénéficiaire défini à l'article 2 du présent accord et dont le taux est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (valeur du PMSS pour 2014 : 3 129 €).

Le montant de la cotisation, taxe CMU et financement de la portabilité inclus, est réparti à raison de 15 % à la charge de l'employeur et de 85 % à la charge du salarié.

(En pourcentage.)

TAUX DE COTISATION EN % DU PMSS	COTISATION mensuelle	PART patronale	PART salariale
Tarif isolé	1,12	0,17	0,95
Tarif famille	+ 1,93	—	+ 1,93

La structure tarifaire du régime frais de santé est de type isolé/famille :

- le tarif “isolé” est appliqué lorsque la garantie ne couvre que le salarié ;
- le tarif “famille” est appliqué lorsque le salarié a demandé l'extension de ses garanties au bénéfice de ses ayants droit. Cette cotisation “famille” couvre alors le salarié et tous ses ayants droit, tels que définis à l'article 2 du présent accord. La cotisation famille s'ajoute à la cotisation isolé.

La nature et le montant de cotisation appelée sont mentionnés sur le bulletin de paie du salarié. »

Article 8

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui prendra effet à compter du premier jour du trimestre civil suivant son arrêté d'extension, excepté pour les articles 5 et 6 qui prendront effet à l'entrée en vigueur des dispositions légales auxquelles ils font référence.

Fait à Rouen, le 12 novembre 2014.

(Suivent les signatures.)