

Brochure n° 3612

Convention collective nationale
IDCC : 7001. – COOPÉRATIVES ET SOCIÉTÉS
D'INTÉRÊT COLLECTIF AGRICOLE BÉTAIL ET VIANDE

AVENANT N° 2 DU 27 MAI 2015

NOR : AGRS1597246M

IDCC : 7001

Entre :

La Coop de France bétail et viande,

D'une part, et

La FGA CFDT ;

La FGTA FO ;

La CFTC-Agri ;

La FNAF CGT ;

Le SNCOA CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Par l'avenant n° 1 du 30 septembre 2014, les partenaires sociaux de la branche bétail et viande ont procédé à la mise en conformité de l'accord du 3 décembre 2009 relatif à la création d'un régime conventionnel de remboursement complémentaire de frais de santé dans la coopération bétail et viande au regard des dispositions du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

Ce décret définit le nouveau « cahier des charges » des contrats complémentaires en santé dits « responsables ».

Le présent avenant procède à une mise en conformité de l'accord au regard des dispositions du décret précité, plus particulièrement en ses dispositions relatives au dispositif du contrat d'accès aux soins (CAS).

Article 1^{er}

Tableau des garanties

L'annexe I « Tableau des garanties » de l'accord du 3 décembre 2009, telle que modifiée par l'avenant n° 1 du 30 septembre 2014, est abrogée et remplacée par l'annexe I jointe au présent avenant.

Article 2

Adhésion à l'accord collectif du 3 décembre 2009

Les organisations syndicales de salariés non signataires de l'accord collectif du 3 décembre 2009 mais signataires du présent avenant déclarent adhérer en totalité et sans réserve audit accord.

Article 3

Dépôt et notification

Le présent avenant est établi en vertu des articles L. 2221-2 et suivants du code du travail.

Il est établi en un nombre suffisant d'exemplaires pour notification à chacune des organisations syndicales représentatives.

Il fera l'objet des formalités de dépôt, par la partie la plus diligente, auprès du service compétent, dans les conditions prévues à l'article D. 2231-2 du code du travail.

Article 4

Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur à compter du lendemain de la date de son dépôt auprès du service compétent en ce qui concerne les dispositions de l'article 1^{er} relatives au « Tableau des garanties » de l'annexe I.

Article 5

Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 27 mai 2015.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I
TABLEAU DES GARANTIES

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Garanties conventionnelles en complément de la MSA, dans la limite des frais réels engagés
Honoraires médicaux Consultations, visites généraliste Consultations, visites spécialiste Analyses Auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, pédicures, orthopédistes, sages-femmes)	50 % de la BR médecins CAS / 30 % de la BR médecins non CAS 100 % de la BR médecins CAS / 80 % de la BR médecins non CAS 40 % de la BR 40 % de la BR
Actes de prévention Ensemble des actes prévus par l'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	100 % du TM
Actes de chirurgie en cabinet ou en ambulatoire	170 % de la BR médecins CAS / 150 % de la BR médecins non CAS (*)
Radiologie Actes d'imagerie, d'échographie	50 % de la BR médecins CAS / 30 % de la BR médecins non CAS
Actes techniques médicaux	50 % de la BR médecins CAS / 30 % de la BR médecins non CAS
Pharmacie	100 % du TM
Vaccins non pris en charge par la MSA (prescrits médicalement)	100 € par an
Dentaire Soins Orthodontie Prothèses prises en charge par la MSA	30 % de la BR 55 % de la BR 190 % de la BR + 300 € par an
Optique Enfants (moins de 18 ans) Un équipement (monture + 2 verres). Ces délais débutent à partir de la date d'achat de l'équipement. Monture 2 verres simples 1 verre simple + 1 verre complexe ou hypercomplexe 2 verres complexes ou hypercomplexes Lentilles prises en charge par la MSA	75 € 219 € 219 € 219 € 390 % de la BR + 125 € par année civile et par bénéficiaire

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Garanties conventionnelles en complément de la MSA, dans la limite des frais réels engagés
<p>Lentilles non prises en charge par la MSA</p> <p>Adultes (18 ans et plus)</p> <p>Un équipement tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue. Ces délais débutent à partir de la date d'achat de l'équipement.</p> <p>Monture</p> <p>2 verres simples</p> <p>1 verre simple + 1 verre complexe ou hypercomplexe</p> <p>2 verres complexes ou hypercomplexes</p> <p>Lentilles prises en charge par la MSA</p> <p>Lentilles non prises en charge par la MSA</p>	<p>100 € par année civile et par bénéficiaire</p> <p>150 €</p> <p>266 €</p> <p>266 €</p> <p>266 €</p> <p>390 % de la BR + 250 € par année civile et par bénéficiaire</p> <p>100 € par année civile et par bénéficiaire</p>
<p>Appareillage, prothèses médicales</p> <p>Fournitures médicales, pansements, petits et gros appareillages</p>	<p>40 % de la BR</p>
<p>Hospitalisation médicale et chirurgicale hors ambulatoire</p> <p>Frais de soins et séjour en secteur conventionné</p> <p>Frais de soins et séjour en secteur non conventionné</p> <p>Dépassements d'honoraires (en secteur conventionné ou non)</p>	<p>100 % du TM</p> <p>De 0 % à 20 % de la BR</p> <p>150 % de la BR</p>
<p>Forfait hospitalier</p>	<p>Frais réels</p>
<p>Chambre particulière</p>	<p>25 € par jour</p>
<p>Transport terrestre</p>	<p>35 % de la BR</p>
<p>Maternité</p> <p>Prime de naissance</p>	<p>200 €</p>
<p>Garanties supplémentaires</p> <p>Sevrage tabagique (médicaments, patches)</p> <p>Diététicien (consultation)</p> <p>Ostéopathie (dans le cadre d'une médecine manuelle pratiquée par un médecin ou par un kinésithérapeute possédant un diplôme d'Etat)</p>	<p>50 € par an</p> <p>30 € dans la limite de 2 consultations par an</p> <p>40 € dans la limite de 2 consultations par an</p>
<p>SMI Assistance</p>	<p>Garanties souscrites auprès de FIDELIA</p>
<p>BR : base de remboursement de la MSA.</p> <p>TM : ticket modérateur.</p> <p>Sauf indication contraire dans le tableau ci-dessus, en secteur non conventionné, les remboursements sont limités au tarif d'autorité.</p> <p>Médecins CAS : médecins ayant signé le contrat d'accès aux soins.</p> <p>Médecins non CAS : médecins n'ayant pas signé le contrat d'accès aux soins. Contrat d'accès aux soins : dispositif par lequel les médecins s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés.</p> <p>Pour savoir si votre médecin adhère au CAS ou non, rendez-vous sur http://ameli-direct.ameli.fr/.</p> <p>(*) Pour les médecins non CAS, le cumul du remboursement de la sécurité sociale et de la mutuelle est plafonné à 225 % de la BR, quels que soient le régime et la situation géographique.</p> <p>Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et ses textes d'application, et ce afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat.</p>	