

Brochure n° 3606

**Convention collective nationale**

**IDCC : 7009. – ENTREPRISES D'ACCOUVAGE  
ET DE SÉLECTION AVICOLES**

AVENANT N° 83 DU 17 NOVEMBRE 2015  
RELATIF À LA MODIFICATION DE L'ANNEXE V

NOR : AGRS1697024M

IDCC : 7009

**PRÉAMBULE**

Les salariés non cadres des entreprises relevant de la convention collective nationale des entreprises d'accoupage et de sélection bénéficient à titre obligatoire d'un régime de remboursement de frais de santé formalisé au sein de l'article 33 et à l'annexe V de cette convention.

Les évolutions législatives et réglementaires encadrant la mise en place de garanties collectives en matière de frais de santé nécessitent une évolution du régime conventionnel en conséquence.

Les partenaires sociaux se sont donc réunis afin d'organiser la mise en conformité des garanties de remboursement de frais de santé définies au niveau de la branche.

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

*Modification de l'article 1<sup>er</sup> de l'annexe V*

La condition d'ancienneté de 3 mois pour accéder au régime frais de santé prévue à l'article 1<sup>er</sup> est supprimée.

Le 6<sup>e</sup> alinéa de l'article 1<sup>er</sup> « Garanties du régime complémentaire de frais de santé » est ainsi modifié :

« Les bénéficiaires du régime conventionnel obligatoire sont :

- les salariés relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (à savoir les salariés non affiliés à l'AGIRC), quel que soit le type de contrat à temps plein et à temps partiel, adhérents à titre obligatoire ;
- leurs ayants droit : le conjoint, le concubin, les enfants à charge. »

**Article 2**

*Modification de l'article 1.1 de l'annexe V*

Les deux tableaux de garanties du régime conventionnel obligatoire figurant à l'article 1.1 sont modifiés aux fins de clarification.

L'article 1.1 « Garanties et prestations du régime conventionnel obligatoire » est modifié comme suit :

« Article 1.1.1

*Salariés relevant du régime général de la MSA et de la sécurité sociale*

GARANTIES	Remboursement RO (en % de la BR)	Remboursement Mutuelle au titre du régime conventionnel		Remboursement Total au titre du régime conventionnel RO + Mutuelle (en % de la BR ou en forfait)
		TM (en % de la BR)	Dépassements d'honoraires (en % de la BR ou en forfait)	
MEDECINE DE VILLE				
Honoraires médicaux				
Consultations, visites - Médecin Généraliste - CAS	70%	30%	0%	100%
Consultations, visites - Médecin Généraliste - Hors CAS	70%	30%	0%	100%
Consultations, visites - Médecin Spécialiste - CAS	70%	30%	0%	100%
Consultations, visites - Médecin Spécialiste - Hors CAS	70%	30%	0%	100%
Actes médicaux				
Imagerie médicale - CAS	70%	30%	0%	100%
Imagerie médicale - Hors CAS	70%	30%	0%	100%
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux - CAS	70%	30%	0%	100%
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux - Hors CAS	70%	30%	0%	100%
Auxiliaires médicaux				
Auxiliaires médicaux (Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthophonistes, Sages-femmes, Podologues ...)	60%	40%	0%	100%
Analyses médicales				
Examens de laboratoire et de biologie	60%	40%	0%	100%
TRANSPORTS				
Frais de transport	65%	35%	0%	100%
PHARMACIE				
Pharmacie "vignette blanche"	65%	35%	0%	100%
Pharmacie "vignette bleue"	30%	70%	0%	100%
Pharmacie "vignette orange"	15%	85%	0%	100%
ACTES DENTAIRES				
Actes dentaires pris en charge par le RO				
Consultations et soins dentaires - Codes CCAM : AXI, END, SDE, TDS	70%	30%	0%	100%
Inlay/onlay - Code CCAM : INO	70%	30%	0%	100%
Prothèses dentaires - Codes CCAM : ICO, IMP, PDT, PFC, PFM, RPN, PAM, PAR	70%	30%	145% + 300€/ an / bénéficiaire	245% + 300€/ an / bénéficiaire
Orthodontie	100%	0%	150%	250%
Actes dentaires non pris en charge par le RO				
Prothèses dentaires - Codes CCAM : PDT, PFC, PFM, RPN	0%	0%	-	-
Orthodontie	0%	0%	-	-
OPTIQUE				
Equipement optique <sup>(*)</sup>				
Monture	60%	40%	125 €	100% + 125€
Verres	60%	40%	Cf. Grille optique	Cf. Grille optique
Lentilles <sup>(*)</sup>				
Lentilles prises en charge ou non par le RO	0% / 60%	100% / 40%	100€/ an / bénéficiaire	100% + 100€/ an / bénéficiaire
APPAREILLAGE				
Fournitures médicales, pansements, appareillage, prothèses médicales	60%	40%	0%	100%
Prothèses auditives	60%	40%	160%	260%
CURES THERMALES prises en charge par le RO				
Forfait thermal et honoraires de surveillance	65% / 70%	35% / 30%	160%	260%
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE, MATERNITE ET PSYCHIATRIE <sup>(**)</sup>				
Frais de séjour	100%	0%	0%	100%
Honoraires - CAS	80% / 100%	20% / 0%	155%	255%
Honoraires - Hors CAS	80% / 100%	20% / 0%	100%	200%
Forfait journalier hospitalier	0%	0%	100% FR	100% FR
Chambre particulière	0%	0%	25€/ jour	25€/ jour
AUTRES REMBOURSEMENTS				
Actes de prévention	Prise en charge de l'intégralité des actes de prévention réglementaires définis par arrêté ministériel du 8 juin 2006, en application de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale			
Participation forfaitaire de 18 €	Prise en charge du forfait de 18€ sur les actes médicaux lourds dont le tarif est supérieur ou égal à 120€, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60.			
Maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	1/3 PMSS			
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie (dans la limite de 3 séances / an / bénéficiaire)	20€ par séance			
RO : Régime Obligatoire - BR : Base de Remboursement Régime Obligatoire - RSS : PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale (PMSS 2015 = 3 170€) - FR : Frais Réels - CAS : Contrat d'Accès aux Soins				

« Article 1.1.2

*Salariés relevant du régime spécial de la MSA et de la sécurité sociale Alsace-Moselle*

GARANTIES	Remboursement RO (en % de la BR)	Remboursement Mutuelle au titre du régime conventionnel		Remboursement Total au titre du régime conventionnel RO + Mutuelle (en % de la BR ou en forfait)
		TM (en % de la BR)	Dépassements d'honoraires (en % de la BR ou en forfait)	
MEDECINE DE VILLE				
Honoraires médicaux				
Consultations, visites - Médecin Généraliste - CAS	90%	10%	0%	100%
Consultations, visites - Médecin Généraliste - Hors CAS	90%	10%	0%	100%
Consultations, visites - Médecin Spécialiste - CAS	90%	10%	0%	100%
Consultations, visites - Médecin Spécialiste - Hors CAS	90%	10%	0%	100%
Actes médicaux				
Imagerie médicale - CAS	90%	10%	0%	100%
Imagerie médicale - Hors CAS	90%	10%	0%	100%
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux - CAS	90%	10%	0%	100%
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux - Hors CAS	90%	10%	0%	100%
Auxiliaires médicaux				
Auxiliaires médicaux (Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthophonistes, Sages-femmes, Pédiatures ...)	90%	10%	0%	100%
Analyses médicales				
Examens de laboratoire et de biologie	90%	10%	0%	100%
TRANSPORTS				
Frais de transport	100%	0%	0%	100%
PHARMACIE				
Pharmacie "vignette blanche"	90%	10%	0%	100%
Pharmacie "vignette bleue"	80%	20%	0%	100%
Pharmacie "vignette orange"	15%	85%	0%	100%
ACTES DENTAIRES				
Actes dentaires pris en charge par le RO				
Consultations et soins dentaires - Codes CCAM : AXI, END, SDE, TDS	90%	10%	0%	100%
Inlay/onlay - Code CCAM : INO	90%	10%	0%	100%
Prothèses dentaires - Codes CCAM : ICO, IMP, PDT, PFC, PFM, RPN, PAM, PAR	90%	10%	145% + 300€/ an / bénéficiaire	245% + 300€/ an / bénéficiaire
Orthodontie	100%	0%	150%	250%
Actes dentaires non pris en charge par le RO				
Prothèses dentaires - Codes CCAM : PDT, PFC, PFM, RPN	0%	0%	-	-
Orthodontie	0%	0%	-	-
OPTIQUE				
Équipement optique <sup>(*)</sup>				
Monture	90%	10%	125 €	100% + 125€
Verres	90%	10%	Cf. Grille optique	Cf. Grille optique
Lentilles <sup>(*)</sup>				
Lentilles prises en charge ou non par le RO	0% / 90%	100% / 10%	100€/ an / bénéficiaire	100% + 100€/ an / bénéficiaire
APPAREILLAGE				
Fournitures médicales, pansements, appareillage, prothèses médicales	90%	10%	0%	100%
Prothèses auditives	90%	10%	160%	260%
CURES THERMALES prises en charge par le RO				
Forfait thermal et honoraires de surveillance	90%	10%	160%	260%
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE, MATERNITE ET PSYCHIATRIE <sup>(**)</sup>				
Frais de séjour	100%	0%	0%	100%
Honoraires - CAS	100%	0%	155%	255%
Honoraires - Hors CAS	100%	0%	100%	200%
Forfait journalier hospitalier	100%	0%	0%	100% FR
Chambre particulière	0%	0%	25€/ jour	25€/ jour
AUTRES REMBOURSEMENTS				
Actes de prévention	Prise en charge de l'intégralité des actes de prévention réglementaires définis par arrêté ministériel du 8 juin 2006, en application de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale			
Participation forfaitaire de 18 €	Prise en charge du forfait de 18€ sur les actes médicaux lourds dont le tarif est supérieur ou égal à 120€, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60.			
Maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	1/3 PMSS			
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie (dans la limite de 3 séances / an / bénéficiaire)	20€ par séance			
RO : Régime Obligatoire - BR : Base de Remboursement Régime Obligatoire - RSS : PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale (PMSS 2015 = 3 170€) - FR : Frais Réels - CAS : Contrat d'Accès aux Soins				

### Article 3

#### *Modification de l'article 2.1 de l'annexe V*

L'article 2.1 est modifié afin de mettre en œuvre le principe de solidarité.

L'article 2.1 « Régime complémentaire obligatoire » est complété par les dispositions suivantes :

« Les entreprises relevant de la convention collective nationale des entreprises d'accoupage et de sélection devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies au présent article.

En tout état de cause, 1 % de la cotisation de la couverture frais de santé en application de la présente annexe V sera affecté au financement de ces mesures.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ci-après ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le salarié, ou ses ayants droit le cas échéant, auprès de l'organisme chargé de la gestion de ces mesures.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent dispositif frais de santé, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, doivent notamment comprendre :

- une action collective de prévention sur les troubles musculo-squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle/retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole notamment en cas de handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou de leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail. »

### Article 4

#### *Modification des articles 2.1.1 et 2.2.1 de l'annexe V*

La répartition du financement de la cotisation entre l'employeur et le salarié est modifiée afin de mettre en conformité le régime conventionnel avec l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

Les taux de cotisation sont revus suite à la suppression de la condition d'ancienneté de 3 mois et à la mise en œuvre du principe de solidarité.

L'article 2.1.1 « Cotisation des salariés actifs et ayants droit » est ainsi modifié :

« La cotisation du salarié est répartie entre l'employeur et le salarié de la manière suivante :

- employeur : 50 % minimum ;
- salarié : 50 % maximum.

COTISATION EN % DU PMSS	RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME Alsace-Moselle
Par adulte	1,08	0,65
Par enfant (gratuité à compter du 3 <sup>e</sup> enfant à charge)	0,73	0,44

L'article 2.2.1 « Cotisation des salariés actifs et ayants droit » est ainsi modifié :

COTISATION EN % DU PMSS	OPTION régimes général et Alsace-Moselle
Par adulte	0,22
Par enfant (gratuité à compter du 3 <sup>e</sup> enfant à charge)	0,12

## Article 5

### *Suppression des articles 3.1 et 3.3 de l'annexe V*

L'article 3.1 « Désignation » et l'article 3.3 « Conditions de la mutualisation » sont supprimés.

## Article 6

### *Modification de l'article 3.2 de l'annexe V*

La référence à l'avenant n° 72 est remplacée par la référence au présent avenant n° 83 et celle relative à l'organisme assureur désigné est supprimée.

L'article 3.2 « Clause de sauvegarde » devient l'article 3.1 « Respect du niveau des garanties frais de santé du régime conventionnel obligatoire » et est ainsi modifié :

« Les entreprises, qui à la date de la signature du présent avenant ont déjà mis en place un régime frais de santé antérieurement à la date d'effet de l'avenant n° 83, n'ont pas à le remettre en cause sous réserve :

- d'une part, que le régime garantisse les mêmes risques à un niveau de prestations strictement supérieur, apprécié ligne à ligne ;
- d'autre part, que la couverture de ces risques soit financée par des cotisations patronales d'un niveau au moins équivalent à celui des cotisations prévues pour le régime défini par la présente annexe V.

En cas de non-respect de ces conditions, les employeurs devront soit appliquer le régime frais de santé conventionnel obligatoire défini dans la présente annexe V, soit adapter aux obligations conventionnelles les garanties déjà mises en place au sein de l'entreprise. »

## Article 7

### *Modification de l'article 33*

La répartition du financement de la cotisation entre l'employeur et le salarié est modifiée afin de mettre en conformité le régime conventionnel avec l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

Le deuxième paragraphe « Assurance complémentaire santé » de l'article 33 « Régime de prévoyance et complémentaire santé » est ainsi modifié :

« Les entreprises souscriront un contrat d'assurance mutuelle complémentaire santé au bénéfice des salariés relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (à savoir les salariés non affiliés à l'AGIRC).

Les garanties minimales sont définies en annexe V. La participation de l'employeur au financement de ce régime mutuelle complémentaire santé sera au minimum de 50 %. Un accord d'entreprise pourra augmenter la participation de l'employeur.

Ces garanties pourront être améliorées soit par accord d'entreprise, soit par option du salarié. Dans ce dernier cas, le coût supplémentaire sera supporté, sauf accord contraire, par le salarié demandeur. »

## **Article 8**

### *Suppression de l'additif 1 et de l'additif 2 de l'annexe V*

L'additif 1 relatif au contrat de garanties collectives frais de santé et l'additif 2 relatif à la liste des mutuelles désignées sont supprimés.

## **Article 9**

### *Date d'effet. – Dépôt. – Extension*

Le présent avenant, dont les parties signataires demandent l'extension, est conclu pour une durée indéterminée. Il prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Il est notifié et déposé dans les conditions prévues par le code du travail.

Fait à Paris, le 17 novembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

### **Organisations patronales :**

SNA ;

CFA.

### **Syndicats de salariés :**

FGA CFDT ;

FNAF CGT ;

FGTA FO ;

CFTC-Agri ;

SNCEA CFE-CGC.