

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° 8 DU 19 NOVEMBRE 2015

NOR : AGRS1697040M

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 SFPAAH CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les dispositions du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 redéfinissent le cadre des contrats dits « responsables » et modifient les expressions des garanties des contrats frais de santé.

Les exigences dudit décret relativement au contenu des contrats sont : la prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier, des planchers et plafonds pour les frais d'optique, le plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS).

Le présent avenant intègre ces dispositions dans les tableaux frais de santé ainsi que leur impact sur les taux de cotisation.

De plus :

- les cas de dispense d'affiliation sont mis à jour ;
- le délai d'ancienneté est supprimé ;
- la structure tarifaire est modifiée.

Article 1^{er}

L'article 6 « Complémentaire frais de santé » de l'accord est modifié comme suit :

« A. – Bénéficiaires

Salariés

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé, s'appliquent à tous les salariés sans condition d'ancienneté dans une même entreprise ou exploitation agricoles entrant dans le champ d'application tel que défini à l'article 1^{er} du présent accord.

Sont donc exclus du dispositif frais de santé les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire des cadres en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée.

Ayants droit

Les définitions des ayants droit ci-dessous leur sont applicables :

- le conjoint : personne liée au bénéficiaire ⁽¹⁾ par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le "pacsé") : personne ayant conclu avec le bénéficiaire un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le bénéficiaire en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

- les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
 - âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation aux adultes handicapés (AAH) (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du bénéficiaire nés viables moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire, à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

(1) Le bénéficiaire tel que défini à l'article 6. A du présent accord.

B. – Prestations santé

Les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :

- en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article A du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent dispositif (régimes général et local de la sécurité sociale et garanties complémentaires) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

La garantie frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits “solidaires” et “responsables”, notamment celles posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales et de sa circulaire d'application n° DSS/SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015.

Ainsi :

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du bénéficiaire et aucune information médicale ne pourra être recueillie à cette fin ;
- les garanties respectent les conditions (notamment les planchers et plafonds de prise en charge) mentionnées aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Les prestations sont versées conformément au tableau ci-dessous :

GARANTIES ACCORD polyculture IDF	REMBOURSEMENTS RO	REMBOURSEMENTS complémentaires	TOTAUX
Hospitalisation (y compris maternité et psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80 % BR ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % BR
Honoraires	80 % BR ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires médecins adhérents au CAS	–	220 % BR	220 % BR
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au CAS	–	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médico-sociaux)	–	100 % dès le premier jour	100 % dès le premier jour
Chambre particulière		25 € par jour	25 € par jour
Frais d'accompagnant enfant de moins de 16 ans (maximum 60 jours par an) ⁽¹⁾	–	60 € par jour	60 € par jour
Crédit supplémentaire maternité	–	1/3 du PMSS	1/3 du PMSS
Frais médicaux			
Honoraires de médecins : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires médecins adhérents au CAS	–	220 % BR	220 % BR
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au CAS	–	100 % BR	100 % BR
Radiographie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux	60 % BR	40 % BR	100 % BR

GARANTIES ACCORD polyculture IDF	REMBOURSEMENTS RO	REMBOURSEMENTS complémentaires	TOTAUX
Analyses	60 % BR ou 100 % BR	40 % BR ou 0 % BR	100 % BR
Actes de prévention, actes techniques ⁽²⁾	De 35 à 70 % BR	De 65 à 30 % BR	100 % BR
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages	60 % BR ou 100 % BR	40 % ou 0 % BR	100 % BR
Prothèses auditives acceptées (par oreille)	60 % BR	395 % BR par oreille	455 % BR par oreille
Pharmacie			
Pharmacie remboursée par le régime de base	De 15 à 35 % BR	De 85 à 65 % BR	100 % BR
Optique			
Par bénéficiaire et pour 2 ans à compter de la date d'acquisition. La période de prise en charge est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue. Plafond maximum de 150 € pour la monture			
Verres, monture, lentilles, prise en charge acceptée	60 % BR	315 €	60 % BR + 315 €
Lentilles non jetables, prise en charge refusée	–	Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire	Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire
Dentaire			
Honoraires	70 % BR	30 % BR + FR ⁽³⁾	100 % BR + FR ⁽³⁾
Prothèses dentaires acceptées	70 % BR	140 % BR + crédit de 300 € par an et par bénéficiaire	210 % BR + crédit de 300 € par an et par bénéficiaire
Prothèses dentaires refusées	–	Crédit de 215 € par an et par bénéficiaire	Crédit de 215 € par an et par bénéficiaire
Inlays et onlays (acceptés par le régime de base)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Inlay cores (acceptés par le régime de base)	70 % BR	55 % BR	125 % BR
Orthodontie acceptée	70 ou 100 % BR	200 % BR	300 % BR
Orthodontie refusée	–	Crédit de 400 € par an et par bénéficiaire	Crédit de 400 € par an et par bénéficiaire
Polyvalents			
Frais de transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Cures thermales acceptées :			
Honoraires de surveillance médicale	70 % BR	30 % BR	100 % BR

GARANTIES ACCORD polyculture IDF	REMBOURSEMENTS RO	REMBOURSEMENTS complémentaires	TOTAUX
Frais de traitements thermaux	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait "acte lourd" ⁽⁴⁾	–	100 % du forfait	100 % du forfait

BR : base de remboursement.
FR : frais réels.

(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.

(2) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information, liste annexée ci-dessous à la date du 18 novembre 2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en deux séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage de l'hépatite B ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).

(3) 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 la BR secteur conventionné.

(4) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur à 60).

C. – Cas de dispense d'affiliation

Par exception aux dispositions de l'article 6.A du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale ⁽¹⁾ et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'affiliation à la garantie frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

Cette possibilité de dispense d'affiliation concernera les salariés qui relèvent de l'une des situations définies ci-après et qui en font la demande expresse écrite auprès de l'employeur, en apportant, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas par ailleurs d'une couverture ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (voir arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :
 - dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit

(1) Le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire (tel qu'il a été modifié, en dernier lieu, par le décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014), la circulaire n° DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013 relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire, la lettre-circulaire questions/réponses de l'ACOSS du 4 février 2014 et la lettre-circulaire ACOSS du 12 août 2015.

- au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
- régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
- régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- contrats d'assurance de groupe dits "Madelin" ;
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF) ;
- les salariés membres d'un couple travaillant dans la même entreprise, l'un d'eux pouvant être assuré en qualité d'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 2

Le tableau des cotisations frais de santé à l'article 7 « Cotisations et organisme gestionnaire » est modifié et il est ajouté au-dessous de la note du tableau de cotisations prévoyance les alinéas ci-après :

« Pour la garantie complémentaire frais de santé, les cotisations sont dues par les salariés définis à l'article 6 (hors les cas de dispense évoqués audit article 6) le premier jour du mois suivant leur embauche.

Les prestations santé prennent effet le premier jour du mois suivant leur embauche.

Les cotisations sont les suivantes :

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ	TOTAL PAR MOIS	PART PATRONALE	PART SALARIALE
Cotisation obligatoire hors taxes			
Salarié seul	33,36 €	20,70 €	12,66 €

COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ	TOTAL PAR MOIS	PART PATRONALE	PART SALARIALE
Cotisation obligatoire toutes taxes comprises			
Salarié seul	35,45 €	22,00 €	13,45 €
Cotisations facultatives hors taxes			
Cotisation adulte (conjoint)	33,36 €	–	33,36 €
Cotisation enfant	19,06 €	–	19,06 €
Cotisations facultatives toutes taxes comprises			
Cotisation adulte (conjoint)	35,45 €	–	35,45 €
Cotisation enfant	20,26 €	–	20,26 €

La part patronale est fixée 22 €. En cas d'évolution de la cotisation totale, cette part patronale ne pourra pas être inférieure à 50 % de la cotisation totale.

Les salariés ont la possibilité d'étendre le bénéfice de leur garantie à leur conjoint et/ou à leurs enfants à charge à titre facultatif, en complétant un bulletin d'affiliation. »

Article 3

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2016.

Fait à Paris, le 19 novembre 2015.

(Suivent les signatures.)