

Brochure n° 3264

Convention collective nationale

IDCC : 1659. – ROUISSAGE ET TEILLAGE DU LIN

ACCORD DU 24 MAI 2016

MODIFIANT LES ACCORDS ANTÉRIEURS RELATIFS À L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE
FRAIS DE SANTÉ ET AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE

NOR : ASET1650902M

IDCC : 1659

Entre :

USRTL

D'une part, et

FGTA FO

FGA CFDT

SNCEA CFE-CGC

CFTC Agri

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Révision totale des accords du 17 octobre 2008

Le présent accord se substitue intégralement aux accords du 17 octobre 2008 créant pour l'un un régime frais de santé, et pour l'autre un régime de prévoyance dans les entreprises relevant de la convention collective du rouissage teillage du lin, ainsi que l'avenant n° 1 du 30 janvier 2014 à l'accord frais de santé, l'avenant du 15 octobre 2015 aux accords du 17 octobre 2008 et l'accord du 29 décembre 2015 modifiant l'avenant du 15 octobre 2015.

Article 2

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension, et au plus tard au 1^{er} juin 2016.

Article 3

Assurance complémentaire frais de santé

1. Bénéficiaires

Les dispositions du présent accord au titre des garanties frais de santé s'appliquent à tous les salariés non cadres relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971, quelle que soit leur ancienneté dans l'entreprise entrant dans le champ d'application du présent accord.

Toutefois, les entreprises qui auront mis en place un régime complémentaire « frais de santé » au bénéfice de leurs salariés avant l'entrée en vigueur du présent accord, comprenant au minimum l'ensemble des garanties figurant ci-dessous pour un niveau de prestations supérieures (ce qui est le cas dès lors qu'une des prestations est supérieure et les autres au moins égales à celles définies ci-dessous), ou dont le montant de la cotisation salariale est inférieur pour des prestations identiques, pourront ne pas remettre en cause leurs propres garanties.

2. Cas de dispenses d'adhésion du dispositif frais de santé

Par exception aux dispositions de l'article 3.1 du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale 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'adhésion au dispositif 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.

Les salariés peuvent demander à être dispensés de l'adhésion au régime frais de santé en vertu des dispenses de droit prévues à l'article L. 911-7, III et au décret D. 911-2 du code de la sécurité sociale ainsi que dans les cas suivants, prévus par le présent accord conformément aux articles D. 911-5 et R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale :

- 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 d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- 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 d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties.

Dans tous les cas, les employeurs doivent être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Cette demande comporte la mention selon laquelle ledit salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

3. Garanties

Les garanties de l'assurance complémentaire frais de santé figurent à l'annexe I du présent accord.

4. Garanties optionnelles et facultatives

Les garanties optionnelles « famille », « conjoint » et « enfants » pourront être mises en place collectivement par chacune des entreprises relevant de la convention collective du rouissage teillage du lin, après avis du comité d'entreprise ou des délégués du personnel s'ils existent, ou à titre facultatif à la demande individuelle des salariés. Les garanties souscrites individuellement par un salarié sont à sa charge exclusive.

Des garanties supplémentaires pourront également être mises en place à titre obligatoire ou facultatif dans les entreprises qui le souhaiteraient.

5. Cotisations

Les entreprises devront respecter une prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire souscrite au sein de l'entreprise.

Cette participation patronale ne pourra, en tout état de cause, être inférieure à un plancher mensuel de 21,56 €.

Ce montant est indexé sur l'évolution de la valeur du PMSS.

Pour les éventuelles options « famille », « conjoint » et « enfants » de l'assurance complémentaire frais de santé, les cotisations correspondantes seront à la charge du salarié s'il s'agit d'une demande individuelle du salarié auprès de l'assureur, dans ce cas le montant des cotisations correspondantes sera prélevé par l'organisme assureur directement sur le compte bancaire du salarié et ne sera pas précompté par l'entreprise.

Si ces options sont mises en place par l'entreprise dans le cadre d'un régime collectif obligatoire, les cotisations seront prises en charge à 50 % par l'employeur.

Des garanties supplémentaires pourront éventuellement être mises en place par l'entreprise dans le cadre d'un régime collectif obligatoire. Dans ce cas, les cotisations correspondantes seront prises en charge à 50 % par l'employeur.

L'employeur pourra décider de prendre à sa charge une partie plus importante du coût des cotisations, que ce soit pour les garanties de base ou pour les garanties optionnelles, cet engagement devra prendre la forme d'une décision unilatérale de l'employeur, d'un référendum, ou d'un accord collectif conclu au niveau de l'entreprise.

Le salarié pourra demander directement à l'assureur le bénéfice de prestations supplémentaires dont le coût restera intégralement à sa charge. L'organisme assureur choisi par l'entreprise devra être en mesure de répondre aux différentes demandes.

6. Chèque Santé

Les salariés ayant fait valoir la faculté de dispense prévue au 2^e alinéa du III de l'article L. 911-7, c'est-à-dire ceux en CDD ou contrat de mission dont la durée de la couverture collective obligatoire serait inférieure ou égale à 3 mois, ont la faculté de demander le versement d'un chèque santé par leur entreprise. Cette durée s'apprécie à compter de la date de prise d'effet du contrat de travail et sans prise en compte de l'éventuelle période de portabilité.

Le contrat individuel souscrit à l'aide du chèque santé doit être responsable et porter sur la même période.

Le montant du chèque santé est défini en fonction de la durée du contrat et de la durée de travail prévue par celui-ci. Il correspond à un pourcentage de la contribution mensuelle de l'employeur au financement du contrat collectif pour la catégorie à laquelle appartient le salarié, pour la période concernée.

A titre indicatif, il est égal au 1^{er} janvier 2016 à 125 %, pour un CDD ou un contrat de mission, de la cotisation mensuelle à la charge de l'employeur pour le contrat collectif, rapportée aux nombres d'heures effectives travaillées dans le mois (ou la semaine) sur la durée légale du travail (soit 35 heures).

Le chèque santé ne peut se cumuler avec le bénéfice d'une couverture CMUC ou ACS, d'une couverture santé d'entreprise y compris en tant qu'ayant droit à adhésion obligatoire, d'un régime de prévoyance de la fonction publique d'Etat issu du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 ou d'un régime de prévoyance de la fonction publique territoriale issu du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011.

Article 4

Régime de prévoyance

1. Bénéficiaires

Les dispositions du présent accord au titre des garanties prévoyance s'appliquent à tous les salariés non cadres ayant au moins 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise, et entrant dans le champ d'application du présent accord.

Toutefois, les entreprises qui auront mis en place un régime de prévoyance au bénéfice de leurs salariés avant l'entrée en vigueur du présent accord, comprenant au minimum l'ensemble des garanties figurant au « 2. Garanties » ci-dessous pour un niveau de prestations supérieures (ce qui est le cas dès lors qu'une des prestations est supérieure et les autres au moins égales à celles définies ci-dessous), ou dont le montant de la cotisation salariale est inférieur pour des prestations identiques, pourront ne pas remettre en cause leurs propres garanties.

2. Garanties (annexe II au présent accord)

Les garanties de base sont celles figurant à l'annexe II de l'accord du 15 septembre 2015, modifiées comme suit pour la garantie décès :

- en cas de décès, le capital versé est égal à 100 % du salaire brut total soumis à cotisations perçu pendant les 12 derniers mois précédant le décès, ce capital est majoré de 25 % par enfant à charge.

3. Garanties optionnelles et facultatives

Les garanties optionnelles prévues par l'annexe III de l'accord national du 15 septembre 2015 pourront être mises en place par chacune des entreprises relevant de la convention collective du rouissage teillage du lin, après avis du comité d'entreprise ou des délégués du personnel s'ils existent.

Des garanties supplémentaires pourront également être mises en place dans les entreprises qui le souhaiteraient, et être différentes de celles figurant à l'annexe III de l'accord du 15 septembre 2015.

4. Cotisations

Le taux global des cotisations pour les garanties décès, incapacité temporaire et incapacité permanente professionnelle (IPP) est réparti à raison de 50 % à la charge des employeurs, et de 50 % à la charge des salariés. Le montant de la participation de l'employeur est fixé au minimum à 0,275 % du salaire brut.

La couverture des prestations incapacité temporaire est assurée par une cotisation prise en charge intégralement par les salariés sur leur participation globale.

La cotisation liée à la garantie en cas d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie est intégralement prise en charge par le salarié.

Pour les garanties supplémentaires éventuellement mises en place dans une entreprise, les cotisations correspondantes seront réparties à raison de 50 % à la charge de l'employeur, et 50 % à la charge du salarié.

L'employeur pourra décider de prendre à sa charge une partie plus importante du coût des cotisations, que ce soit pour les garanties de base ou pour les garanties optionnelles, cet engagement devra faire l'objet d'une DUE, d'un référendum, ou d'un accord collectif conclu au niveau de l'entreprise.

Toutefois le supplément de cotisation qui serait dû dans l'option « maintien du salaire net et intégration de la mensualisation » pour la part correspondant à la couverture du maintien de salaire sera pris en charge en totalité par l'employeur. La part correspondant au relais de la mensualisation pour des indemnités journalières égales à 100 % du salaire net sera prise en charge intégralement par le salarié.

Article 5

Dispositions diverses

Le présent accord, sera de nouveau examiné par les partenaires sociaux au vu de l'évolution de sa mise en place dans les entreprises de rouissage teillage du lin, et ce au plus tard le 15 Octobre 2016.

Article 6

Suivi des régimes

Avec l'accord des autres organisations signataires de l'accord du 15 septembre 2015 relevant des secteurs définis à l'article L. 722-1, 3° du code rural et de la pêche maritime (à l'exception de l'office national des forêts), il sera mis en place des commissions de suivi paritaires communes pour suivre l'évolution des régimes concernés auxquelles les organismes assureurs devront transmettre tous les renseignements nécessaires.

En cas de refus des autres organisations ci-dessus, il sera mis en place une commission de suivi spécifique aux entreprises relevant de la convention collective du rouissage teillage du lin à laquelle les organismes assureurs devront transmettre tous les renseignements nécessaires audit suivi.

Les entreprises de rouissage teillage du lin relevant du régime général continueront de ne pas faire l'objet de comptes séparés pour le suivi des régimes et seront intégrées au suivi global du secteur d'activité.

Ces entreprises seront représentées par l'USRTL.

Article 7

Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 24 mai 2016.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ

Convention Collective Nationale du LIN				
Régime conventionnel BASE Frais de Santé				
Nature des Garanties	Sécurité sociale	BASE		ACCORD NATIONAL LIN
	Régime Général	Ticket Modérateur	Remboursement complémentaire	TOTAL (y compris les prestations de la MSA)
ACTES MEDICAUX				
Consultation / Visite Généraliste (CAS)	70% BR	30% BR	30% BR	130% BR
Consultation / Visite Généraliste (hors CAS)	70% BR	30% BR	-	100% BR
Consultation / Visite Spécialiste (CAS)	70% BR	30% BR	30% BR	130% BR
Consultation / Visite Spécialiste (hors CAS)	70% BR	30% BR	-	100% BR
Actes Techniques Médicaux et Chirurgie	70% BR	30%BR	-	100% BR
Actes d'Imagerie Médicale et Echographie	70% BR	30% BR	-	100% BR
Sage femme	70% BR	30% BR	30% BR	130% BR
Auxiliaires médicaux	60% BR	40% BR	10% BR	110% BR
Analyses et Examens Biologie	60% BR	40% BR	20% BR	120% BR
Ostéopathes Chiropracteurs *	néant	-	30€ / séance	30 € / séance
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE, MATERNITE **				
Frais de séjour	80% BR / 100% BR	de20% à 0% BR	50%	150% BR
Honoraires médicaux er chirurgicaux (CAS)	80% BR / 100% BR	de20% à 0% BR	150% BR	250% BR
Honoraires médicaux er chirurgicaux (Hors CAS)	80% BR / 100% BR	de20% à 0% BR	100% BR	200% BR
Forfait journalier hospitalier	Néant	-	100% FR	100% FR
Chambre particulière	Néant	-	25 € par jour	25 € par jour
Frais accompagnant	Néant	-	30 € par jour	30 € par jour
Forfait acte lourd	Néant	-	18 €	18 €
PHARMACIE				
Pharmacie 65%	65% BR	35% BR	-	100% BR
Pharmacie 30%	30% BR	70% BR	-	100% BR
Pharmacie 15%	15% BR	85% BR	-	100% BR
DENTAIRE				
Soins (AXI, END,SDE, TDS, ICO)	70% BR	30% BR	-	100% BR
Prothèse prise en charge par la S.s. (ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN)	70% BR	30% BR	110% BR + crédit de 350€ par an	total de 210% BR + 350 € / an
Prothèse non prise en charge par la S.s. (PDT, PFC, RPN)	Néant	-	-	-
Orthodontie prise en charge par la S.s.	100% BR	-	25% BR	125% BR
Orthodontie non prise en charge par la S.s.	Néant	-	-	-
Parodontologie prise en charge par la Ss	0,7	30% BR	-	100% BR
Implantologie (dent de devant, IMP)***	Néant	-	300€ par dent	300€ par dent
Implantologie (dent du fond, IMP)***	Néant	-	250€ par dent	250€ par dent
AUTRES PRESCRIPTIONS				
Orthopédie	60% BR	40% BR	-	100%BR
Prothèses médicales et appareillage	60% BR	40% BR	-	100% BR
Audio-Prothèse	60% BR	40% BR	-	100%BR
Frais de Transport	65% BR	35% BR	-	100% BR
Cure thermique	65% BR	-	-	65% BR
Sevrage tabagique	Néant	-	50€ / an / bénéficiaire	50€ / an / bénéficiaire
OPTIQUE ****				
Monture adulte	60% BR	40% BR	100€ - 100% BR	100 €
Monture enfant	60% BR	40% BR	125€ - 100% BR	125 €
2 verres simples	60% BR	40% BR	240€ - 100% BR	240 €
1 verre simple 1 verre complexe	60% BR	40% BR	280€ - 100% BR	280 €
2 verres complexes	60% BR	40% BR	350€ - 100% BR	350 €
lentilles	60% BR	40% BR	355% BR + 300€ (sur lentilles prises en charge)	455% BR + 300€ (sur lentilles prises en charge)
MATERNITE				
Maternité (dans la limite des frais engagés et sur production de factures)	100% BR	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS

* Limité à 4 séances par an et par bénéficiaire.

** Sont pris en compte les remboursements liés aux hospitalisations médicales, chirurgicales, obstétriques, psychiatriques et ambulatoires. Ne sont pas pris en compte les remboursements liés aux longs séjours suivants : les longs séjours en maison de cure médicale et de retraite pour personnes âgées.

*** Limité à 2 dents par an.

**** La prise en charge de l'équipement optique est limitée à un équipement (une monture et deux verres) par période de 2 ans pour les adultes, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la correction (dans ce cas, la période est réduite à un an). Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus. L'appréciation des périodes se fait de date à date à compter de l'achat du dernier équipement optique.

BR : base de remboursement.

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS 2016 – 3218 €).

FR : frais réels.

CAS : contrat d'accès aux soins.

Tous les actes de prévention (cf. 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) sont pris en charge au titre du présent au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire.

ANNEXE II

Personnel concerné : tous les salariés **non cadres** relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 **ayant 6 mois d'ancienneté**

REGIME CONVENTIONNEL

Garantie

Tranche A / Tranche B

Décès

Capital égal à :	100% du salaire de référence (1)
Majoration par enfant à charge égale à :	25% du salaire de référence (1)

Incapacité de travail

Indemnisation, en complément des prestations MSA ou Sécurité sociale	15% du salaire journalier brut de référence (2)
<ul style="list-style-type: none"> Début de l'indemnisation salariés bénéficiant du maintien de salaire : salariés n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier du maintien de salaire : 	<p>En relais au maintien de salaire de l'employeur</p> <p>A l'issue d'une franchise de 70 jours en cas de maladie; ou de 60 jours en cas de maladie professionnelle ou accident de travail</p>

I.P.P. (Incapacité Permanente Professionnelle)

Indemnisation, en complément des prestations MSA ou Sécurité sociale	
<ul style="list-style-type: none"> IPP d'un taux égal ou supérieur à 66,66% 	10% du salaire mensuel brut de référence (3)

INVALIDITE 2ème et 3ème catégorie

Indemnisation, en complément des prestations MSA ou Sécurité sociale	
Inval 2 ème ou 3ème catégorie	10% du salaire mensuel brut de référence (3)

Salaire de référence (tranches A et B et ayant donné lieu à cotisation)

(1) Salaire mensuel brut des 12 derniers mois civils précédant le décès

(2) salaire journalier brut de référence calculé par la MSA ou la Sécurité sociale

(3) 12^{ème} des salaires bruts de référence perçus au cours des 12 mois civils précédant la date de l'arrêt de travail