

**Convention collective**

**IDCC : 8723. – TRAVAUX D'AMÉNAGEMENT ET D'ENTRETIEN FORESTIERS  
(Gironde, Landes et Lot-et-Garonne)  
(4 mars 1985)**

(Etendue par arrêté du 22 octobre 1985,  
*Journal officiel* du 30 octobre 1985)

**AVENANT N° 1 DU 21 JANVIER 2016**

NOR : AGRS1697270M  
IDCC : 8723

Entre

Syndicat des sylviculteurs du Sud-Ouest

Fédération régionale des coopératives d'Aquitaine – alliance forêt bois

Fédération régionale des entrepreneurs des territoires d'Aquitaine

D'une part, et

Union professionnelle régionale agroalimentaire CFDT d'Aquitaine

Union régionale des syndicats des travailleurs de la forêt de Gascogne CGT

Syndicat régional des travailleurs de l'agriculture FO d'Aquitaine

Syndicat régional de la CFTC d'Aquitaine

Syndicat régional des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC d'Aquitaine

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

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

L'article 6 de l'accord collectif du 6 février 2015 est modifié comme suit :

**« 6.1. Montant des cotisations**

Les taux de cotisations sont garantis par l'organisme assureur désigné à compter du 1<sup>er</sup> avril 2016 dans le cadre de la réglementation applicable.

**6.2. Cotisation pour affiliation obligatoire du salarié seul, dit « isolé »**

Le taux global de la cotisation mensuelle pour l'affiliation obligatoire du seul salarié, dit « isolé », au présent régime « complémentaire frais de santé », dont les garanties sont définies en annexe I, est fixé à compter du 1<sup>er</sup> avril 2016 à 43,76 €.

La cotisation obligatoire ainsi prévue est répartie à raison de :

- 50 % pour l'employeur ;
- 50 % pour le salarié.

### 6.3. Cotisation volontaire pour adhésion facultative du salarié seul dit « isolé »

Le taux de cotisation mensuelle à la seule charge du salarié n'ayant pas l'ancienneté requise : 43,76 €.

### 6.4. Cotisation volontaire pour extension facultative aux ayants droit du salarié seul dit "isolé"

Le taux de cotisation mensuelle supplémentaire à la seule charge du salarié pour cette extension facultative : 56,57 €.

### 6.5. Cotisation solidarité famille, tarif uniforme

La cotisation couvre le salarié et l'ensemble de ses ayants droit.

|                | COTISATION<br>mensuelle totale | PART PATRONALE<br>minimale | PART SALARIALE                       |
|----------------|--------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| Tarif uniforme | 86,49 €                        | 50 %                       | Solde restant à la charge du salarié |

### 6.6. Appel et recouvrement des cotisations

L'appel et le recouvrement des cotisations obligatoires et facultatives seront effectués selon les modalités définies dans la convention de gestion entre l'organisme assureur et les partenaires sociaux signataires.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées. »

#### **Article 2**

La date d'application de l'avenant est le 1<sup>er</sup> avril 2016.

#### **Article 3**

Le présent avenant sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

Fait à Pissos, le 21 janvier 2016.

(Suivent les signatures.)

## Tableau détaillé des prestations 2016

### COLBFORA responsable

| NB : le montant des prestations inclut les remboursements de la Sécurité sociale et de la mutuelle                                    | Sécurité sociale | Total sécurité sociale et mutuelle | Conditions d'application   |
|---|------------------|------------------------------------|--|
| <b>Hospitalisation médicale ou chirurgicale et maternité</b>  |                  |                                    |  |
| Frais de séjour et autres frais, participation forfaitaire  | 80-100 %         | 100%                               |  |
| Actes de chirurgie et d'anesthésie, accouchement simple ou par césarienne, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, péridurale |                  |                                    | Accouchement hors intervention chirurgicale, la péridurale est prise en charge sur la base de 100% de la base de remboursement de sécurité sociale (remboursement du régime obligatoire inclus)  |
| Médecins hors contrat d'accès aux soins   | 80-100 %         | 200%                               |  |
| Médecins avec contrat s'accès aux soins   | 80-100 %         | 250%                               |  |
| Imagerie diagnostique actes d'échographie   |                  |                                    |  |
| Médecins hors contrat d'accès aux soins   | 80-100 %         | 200%                               |  |
| Médecins avec contrat s'accès aux soins   | 80-100 %         | 250%                               |  |
| Forfait journalier hospitalier (montant journalier)   | —                | 18 €                               | Prise en charge hors ambulatoire illimitée pour toutes hospitalisations. Pour le séjours en psychiatrie et les hospitalisations de jour en centre « mission de proximité » ou unité comportementale Alzheimer, prise en charge sur la base de 13,50 €/par jour.  |
| Chambre particulière  | —                | Frais réels                        | Prise en charge hors ambulatoire pour toute hospitalisation et limité à 30 jours par an et par personne pour les séjours en psychiatrie. En ambulatoire, prise en charge uniquement pour les séjours avec intervention chirurgicale (ADC, ATM) et avec acte d'anesthésie (ADA) à hauteur de 100% dans les établissements conventionnés par la mutuelle et à 10.30€/par jour pour les séjours hors convention. Hors ambulatoire (séjours comportant au moins une nuit de 22 heures à 6 heures) Prise en charge à 100% dans les établissements conventionnés par la mutuelle et plafonné hors convention à 57€/par jour pour les séjours médicaux, chirurgicaux, obstétriques et à 40€/par jour pour les séjours dans les services de réadaptation, rééducation, maison de convalescence et psychiatrie. |
| Frais de lit d'accompagnant   | —                | 20€                                | Prise en charge ambulatoire des frais réalisés dans l'établissement de soin par l'accompagnant de la personne protégée.  |
| Maternité (dans la limite des frais réellement engagés)   | —                | 1/3 PMSS                           | Dans la limite des frais réellement engagés  |

|   |     |          |   |
|---|-----|----------|---|
| Frais de télévision (toute hospitalisation confondue, prise en charge à compter du 5 <sup>ème</sup> jour d'hospitalisation) | —   | 30 jours | Prise en charge limitée en nombre de jours par année civile et par personne protégée                    |
| <b>Soins médicaux</b>   |     |          |   |
| Consultations et visites généralistes et spécialistes   |     |          | Les visites avec déplacements non médicalement justifiées sont pris en charge dans la limite de 100% TC |
| Médecins hors contrat d'accès aux soins   | 70% | 130%     |   |
| Médecins avec contrat s'accès aux soins   | 70% | 150%     |   |
| Soins auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes,...)  | 60% | 150%     |   |
| Analyses  | 60% | 150%     |   |
| Imagerie diagnostique, actes techniques médicaux (soins et honoraires), actes d'échographie                                 |     |          |   |
| Médecins hors contrat d'accès aux soins   | 70% | 130%     |   |
| Médecins avec contrat s'accès aux soins   | 70% | 150%     |   |
| Service médical rendu important   | 65% | 100%     |   |
| Service médical rendu modéré  | 30% | 100%     |   |
| Prothèses auditives remboursées par le régime obligatoire   | 60% | 100%     |   |
| Orthopédie petit appareillage   | 60% | 150%     |   |
| Honoraires et soins sures thermales remboursées par le régime obligatoire   | 70% | 110%     |   |
| Transport   | 65% | 100%     |   |

| Optique  |      |   |  |
|--|------|---|--|
| Montures, verres, lentilles remboursés par le régime obligatoire                     | 60%  | 400%  | Remboursement une fois par an (à compter de la date d'acquisition d'un équipement) par personne protégée de moins de 18 ans et une fois tous les deux ans (à compter de la date d'acquisition d'un équipement) par personne protégée de 18 ans et plus, sauf en cas d'évolution supérieure ou égale à 0.50 dioptrie, sur présentation des prescriptions médicales correspondantes réalisées par un ophtalmologiste, le forfait étant versé au maximum une fois par an. Définition et encadrement du remboursement des types de verres conformément au (a), (c), (f) selon les minimums et les maximums prévus par le décret d'application sur les garanties complémentaires santé en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale. |
| Forfait montures, verres, lentilles remboursés par le régime obligatoire             | –    | 10% PMSS  |  |
| Lentilles externes remboursées par le régime obligatoire                             | 60%  | 100%  |  |
| Forfait lentilles externes non remboursées par le régime obligatoire                 | –    | 10% PMSS  | Forfait par année civile et par personne protégée  |
| Adaptation de lentilles externes non remboursées par le régime obligatoire           | –    | 60 €  | Forfait par année civile et par personne protégée  |
| Chirurgie corrective ou réfractive (chirurgie au laser ou lentilles intra-oculaires) | –    | 180 €   | Forfait accordé par année civile par personne protégée et par œil pour le remboursement des actes de chirurgie corrective ou réfractive corrigeant l'amétropie et non pris en charge par le régime obligatoire   |
| <b>Dentaire</b>  |      | <b>Hors soins dentaires, le total des remboursement des prothèses et d'orthodontie ne peut excéder un plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) par année civile et par personne protégée. Une fois le plafond atteint, le ticket modérateur de majoré de 25% reste pris en charge pour les prothèses dentaires et l'orthodontie remboursées.</b> |  |
| Consultations, soins dentaires remboursés par le régime obligatoire                  | 70%  | 100%  |  |
| Prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire                            | 70%  | 100%  |  |
| Prothèses dentaires non remboursées par le régime obligatoire                        | –    | 300 €   | Forfait par année civile et par personne protégée.   |
| Implant dentaire non remboursé par le régime obligatoire                             | –    | 180 €   | Forfait par année civile et par personne protégée.   |
| Orthodontie remboursée par le régime obligatoire                                     | 100% | 250%  |  |
| Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire                                 | –    | 250 €   | Calcul de remboursement à partir de la base d'un remboursement du régime obligatoire de 193.50 €   |

## Les forfaits inclus dans votre garantie 2016

### COLBFORA responsable

| NB : le montant des prestations inclut les remboursements de la Sécurité sociale et de la mutuelle   |     | Sécurité sociale | Total sécurité sociale et mutuelle | Conditions d'application   |
|--|-----|------------------|------------------------------------|--|
| Soins et remise en forme suite à maternité (ostéopathie/cure thermale) non remboursés par le régime obligatoire                                | —   |                  | 250 €                              | Forfait annuel par personne (la maman, le bébé) pour les soins non remboursés par le régime obligatoire effectués dans les 6 mois suivant sa naissance et sous réserve que l'enfant soit inscrit dans le mois qui suit sa naissance.   |
| Cure thermale remboursée par le régime obligatoire<br>Dépassement sur honoraires, frais thermaux, déplacements, hébergement                    | —   |                  | 250 €                              | Forfait par année civile et par personne protégée sur les dépassements restant à charge après intervention de la garantie sur les honoraires de surveillance thermale, les dépassements d'honoraires et les frais thermaux pris en charge par le régime obligatoire pour toute cure thermale médicalement prescrite ainsi que sur les déplacements et l'hébergement du curiste non pris en charge par le régime obligatoire. |
| Forfait prothèse auditive remboursée par le régime obligatoire   |     |                  | 310 €                              | Forfait par année civile et par personne protégée et par oreille   |
| Médecine alternative pour les actes prescrits et non remboursés par le régime obligatoire<br>Acupuncture, ostéopathie, substituts nicotiniques | —   |                  | 150 €                              | Forfait par année civile et par personne protégée  |
| Pédicure, podologie prescrits et non remboursés par le régime obligatoire  | —   |                  | 60 €                               | Forfait par année civile et par personne protégée  |
| Ostéo densitométrie prescrite et non remboursée par le régime obligatoire  | —   |                  | 60 €                               | Forfait par année civile et par personne protégée  |
| Orthopédie, petit appareillage, remboursés par le régime obligatoire   | —   |                  | 60 €                               | Forfait par année civile et par personne protégée  |
| Vaccins prescrits et non remboursés par le régime obligatoire  | —   |                  | 30 €                               | Forfait par année civile et par personne protégée  |
| Actes de prévention  |     |                  |                                    |  |
| Actes prévus à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale   | 65% |                  | 100%                               | Dont scellement des sillons dentaires avant 14 ans, dépistage hépatite B, ostéodensitométrie, vaccin anti-grippe   |
| Accès au fond d'action sociale   | —   |                  | oui                                |  |
| Abonnement au Journal Mutualiste   | —   |                  | inclus                             |  |
| Allocation forfaitaire en cas de décès (prestation annuelle en inclusion de l'article L. 221-3)  | —   |                  | 1 PMSS                             | EOVI MCD Mutuelle 44 rue de Copernic 75016 Paris<br>Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le n° 31744276   |
| Priorité santé mutualiste<br>Demandes d'intervention par téléphone au 3935   | —   |                  | inclus                             |  |

|  |   |        |  |
|--|---|--------|--|
| Protection juridique recours médical<br>(Article L. 221-3 Assuré par CFDP<br>Assurances) :<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Service d'assistance juridique<br/>par téléphone et de proximité,</li> <li>- Service de protection<br/>juridique pour les mesures<br/>amiables ou judiciaires</li> </ul> Demandes d'intervention par téléphone<br>au 0969 320 592 | – | inclus | CFDP Assurances, 1 place Francisque Régaud 69002<br>Lyon SA au capital de 1 600 000 €, entreprise régie par<br>le code des assurances RCS Lyon 956 506 156 B   |
| Assistance (Article L. 221-3 Assuré par<br>ressources mutuelles assistance)<br>Assistance en cas d'urgence 24h/24h,<br>365 jours par an au 0969 320 592  |   | inclus | Ressources mutuelles assistance (RMA) 46 rue du<br>moulin BP 62127 – 44121 Vertou cedex<br>Union technique d'assistance soumise aux dispositions<br>du livre II du code de la mutualité, immatriculée au<br>répertoire Sirène sous le n° 444 269 582 |

Les prestations sont basées sur la base du tarif de responsabilité selon la réglementation des régimes d'assurance maladie obligatoire en vigueur ou sur des montants forfaitaires qui peuvent être exprimés soit en pourcentage du Plafond Mensuel Sécurité Sociale (PMSS), soit en montant en euros. Hors parcours de soins coordonnés, la Mutuelle ne rembourse pas la majoration du ticket modérateur, ni la franchise portée sur les dépassements d'honoraires.

|  |   |         |
|--|---|---------|
| Plafond Mensuel Sécurité Sociale au 1 <sup>er</sup> janvier 2016 : 3218 €  | L'intégralité des statuts de la mutuelle EOVI MCD et notices d'information peuvent être consultés sur simple demande dans toutes les agences de la mutuelle et sur <a href="http://www.myriade.fr">www.myriade.fr</a> MYRIADE groupe Eovi Mcd |         |
| Remboursements des verres et des montures selon les minimums et les maximums prévus par le décret d'application sur le cahier des charges des contrats responsables en application de l'article 14 de la loi 2014-892 du 8 août 2014 et le décret d'application sur les garanties complémentaires santé des salariés en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale | Remboursement pour un équipement ( 2 verres+ 1 monture) Au sein de l'équipement remboursement de la monture limitée à 150 euros   |         |
| Verres simples (a)   | Minimum   | Maximum |
| - Enfant : 2261874-2242457-2270413<br>- Adulte : 2203240-2287916-2259966-2226412   | 100 €   | 470 €   |
| Verres mixtes (b)  |   |         |
| Un verre (a) + un verre (c)  | 150 €   | 610 €   |
| Verres complexes (c )  |   |         |
| - Enfant :<br>2283963-2219381-2243540-2243304-2297441-2291088-<br>2273854-2248320-2238941-2268385-2245036-2206800-<br>2259245-2264045-2238792-2202452-2240671-2282221-<br>2234239-2259660<br>- Adulte<br>2284725-2254868-2282793-2280660-2263459-2265330-<br>2235776-2295895-2212976-2252668-2288519-2299523-<br>2290396-2291183-2227038-2299180   | 200 €   | 750 €   |
| Verres mixtes (d)  |   |         |
| Un verre (a)+un verre (d)  | 150 €   | 660 €   |
| Verres mixtes (e)  |   |         |
| Un verre (c ) + un verre (d)   | 200 €   | 800 €   |
| Verres très complexes (f)  |   |         |
| - Enfant : /<br>- Adulte : 2245384-2295198-2202239-2252042   | 200 €   | 850 €   |