

Convention collective nationale

**IDCC : 7517. – INGÉNIEURS ET CADRES
D'EXPLOITATIONS AGRICOLES
(2 avril 1952)**

(Étendue par arrêté du 13 octobre 1953,
Journal officiel du 28 octobre 1953)

AVENANT N° 48 DU 27 AVRIL 2017

NOR : AGRS1797207M
IDCC : 7517

Entre

Fédération nationale de la propriété privée rurale

Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles

Fédération nationale du bois

Fédération nationale entrepreneurs des territoires

D'une part, et

SNCEA CFE-CGC

FNAF CGT

FGA CFDT

FGTA FO

CFTC-Agri

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

La convention collective nationale de prévoyance des ingénieurs et cadres d'entreprises agricoles du 2 avril 1952 est modifiée comme suit :

A l'article 4 « Cotisations », le paragraphe 4.2 intitulé « Taux de cotisations et répartitions » est modifié comme suit :

« 4.2. Taux de cotisations et répartitions »

Le présent régime de protection sociale, mis en place par la convention de 1952, comprenait les garanties de retraite complémentaire gérées par l'agriculture désormais confiées aux institutions de retraite complémentaire relevant des fédérations ARRCO et AGIRC. En conséquence, les organisations signataires conviennent que la présente convention fixe les taux de cotisations des garanties de prévoyance, y compris la retraite supplémentaire et l'assurance complémentaire frais de santé.

Des taux d'appel sur les cotisations prévoyance et santé peuvent être fixés chaque année par la commission paritaire de suivi, en concertation avec l'organisme assureur, dans le respect des équilibres techniques du régime. Ces taux d'appel entrent en vigueur le 1^{er} janvier de l'année suivante pour une année civile.

Garantie de retraite complémentaire :

– dispositions existantes, sans changement.

Garanties de prévoyance :

– dispositions existantes, sans changement.

Retraite supplémentaire :

– dispositions existantes, sans changement.

Garantie complémentaire frais de santé :

La garantie complémentaire santé prévue au titre IV de la présente convention est financée par une cotisation santé mensuelle de 116,10 € comprenant les taxes et contributions connues à la date du présent avenant.

Pour l'Alsace et la Moselle, cette cotisation mensuelle est de 84,60 €.

Cette cotisation est répartie à raison de 50 % à la charge de l'employeur et de 50 % à la charge du salarié.

Sans préjuger des augmentations nécessaires à l'équilibre technique du régime qui font l'objet d'une négociation entre les partenaires sociaux, la cotisation santé est indexée annuellement à hauteur de 50 % de l'indice national de la consommation médicale totale (moyenne sur les 3 dernières années), sauf décision ponctuelle des partenaires sociaux.

Par avenant des partenaires sociaux, toute nouvelle taxe, charge, contribution ou majoration de ces dernières qui entrerait en vigueur postérieurement à la date du présent avenant et dont la récupération ne serait pas interdite, pourra être répercutée sur la présente cotisation.

Dispenses d'affiliation à la garantie complémentaire santé :

– dispositions existantes, sans changement à l'exception de la première phrase du présent paragraphe intitulé « Dispenses d'affiliation à la garantie complémentaire santé » qui est modifiée comme suit :

« Sans préjudice des cas de dispenses d'ordre public prévus par les textes législatifs et réglementaires en vigueur, pourront demander à être dispensés d'affiliation de la garantie frais de santé les salariés se trouvant dans l'une des situations visée ci-dessous. »

Cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise :

– dispositions existantes, sans changement.

Cas particulier des employeurs multiples relevant du champ d'application de la présente convention :

– dispositions existantes, sans changement. »

L'article 12 « Capital décès » est modifié et remplacé par le texte suivant :

« 12.1. Montant du capital décès de base et bénéficiaires

En cas de décès d'un salarié, il est versé un capital décès de base égal à 200 % du salaire brut annuel.

Ce capital est attribué par priorité :

– au(x) bénéficiaire(s) éventuellement désigné(s), personne(s) physique(s) ;

- à défaut, au conjoint, au cocontractant d'un Pacs ou au concubin ;
- à défaut, aux descendants ;
- à défaut, aux héritiers selon l'ordre successoral tel que défini aux articles 734 à 755 du code civil.

12.2. Majorations familiales

Au capital décès de base s'ajoute une majoration de :

- 25 % par enfant à charge au jour du décès. Ces majorations sont versées aux enfants les ayant générées ou à leur représentant légal ;
- 50 % en présence d'un conjoint, d'un cocontractant d'un Pacs ou d'un concubin.

12.3. Décès accidentel

Le capital décès de base et les éventuelles majorations familiales sont majorés de 100 % si le décès survient dans les 12 mois suite à un accident corporel (accident de la vie privée ou accident du travail) dûment constaté.

L'accident se définit, d'une façon générale, comme l'atteinte corporelle, mais non intentionnelle de la part du salarié, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

La preuve de la nature accidentelle du décès ou de la relation de cause à effet entre l'accident et le décès incombe aux bénéficiaires.

12.4. Double effet

Lorsque le conjoint, le cocontractant d'un Pacs ou le concubin décède simultanément (dans les 24 heures qui précèdent ou suivent le décès du salarié) ou postérieurement au décès du salarié (dans un délai maximum de 12 mois), il est versé aux enfants encore à charge du dernier décédé, sous réserve qu'ils aient été à la charge du salarié au moment de son décès, un capital décès et des majorations familiales correspondant au capital décès de base et aux majorations familiales visés aux articles 12.1 et 12.2.

12.5. Salaire de référence

Le salaire annuel brut retenu pour calculer le montant du capital décès est égal à la somme des rémunérations ayant donné lieu à cotisations, au titre des 4 derniers trimestres civils ayant précédé le décès ou l'arrêt de travail pour maladie ou accident.

12.6. Invalidité absolue et définitive

L'invalidité absolue et définitive, définie comme catégorie 3 au sens des assurances sociales agricoles, est assimilée au décès et ouvre droit, à la demande de l'intéressé ou de son représentant légal, après constatation médicale, au paiement par anticipation, entre les mains de l'invalidé ou de son représentant légal, du capital décès de base.

Ce versement met fin définitivement à l'attribution du capital décès de base. Des majorations familiales seront, le cas échéant, versées au conjoint, cocontractant d'un Pacs ou concubin survivant et aux enfants à charge du participant au jour du décès. »

L'article 13 « Indemnité frais d'obsèques » est désormais ainsi rédigé :

« En cas de décès du salarié, de son conjoint, cocontractant d'un Pacs ou concubin ou d'un enfant à charge, tels que définis à l'article 10, il est versé à la personne qui a personnellement supporté les frais d'obsèques, une indemnité frais d'obsèques.

Cette indemnité est égale au montant des frais réellement engagés, limitée à 100 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au jour du décès. »

De manière à se mettre en conformité avec le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, les tableaux de remboursements de la garantie frais de santé figurant à l'annexe II de la convention collective nationale des ingénieurs et cadres d'entreprises agricoles du 2 avril 1952 sont supprimés

et remplacés par un tableau unique annexé au présent avenant. Le paragraphe 17.2 de l'article 17 « Frais de santé » est modifié comme suit :

« 17.2. Montant

Le montant des prestations est présenté dans le tableau de garanties annexé à la présente convention.

En tout état de cause, le total des indemnités perçues au titre des prestations légales et de celles versées par l'organisme assureur ne peut excéder le montant des frais réellement engagés ».

Article 2

Entrée en vigueur

Ces modifications prennent effet aux dates suivantes :

- concernant le tableau de garanties frais de santé (annexe II), à la date limite fixée par la loi pour la mise en conformité de ces garanties au regard du dispositif des contrats responsables, soit le 1^{er} janvier 2018 ;
- concernant les autres dispositions, le premier jour du trimestre civil qui suit la date de publication au *Journal officiel* de l'arrêté d'extension du présent avenant.

Article 3

Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 27 avril 2017.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE II

FRAIS DE SANTE : TABLEAU DE GARANTIES

Tableau des garanties santé prenant effet au 1^{er} janvier 2018

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats responsables : prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier, planchers et plafonds pour les frais d'optiques, plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale (CAS ou OPTAM/OPTAM-CO).

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT RÉGIME DE BASE MSA		REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (Hors le remboursement du régime de base)	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRES SANTÉ (Incluant le remboursement du régime de base)
	Hors Alsace Moselle	Alsace Moselle	Socle conventionnel	Socle conventionnel
Frais médicaux				
Honoraires des généralistes, spécialistes et sages-femmes	70 % BR	90 % BR	30% BR ou 10 % BR	100% BR
Dépassements d'honoraires : Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾ Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	-	300 % BR 100 % BR	300 % BR 100 % BR
Analyses, examens de laboratoires	60%BR à 100%BR	90%BR à 100%BR	40% BR ou 10% BR ou 0 % BR	100% BR
Dépassements d'honoraires : Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾ Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	-	300 % BR 100 % BR	300 % BR 100 % BR
Auxiliaires médicaux	60 % BR	90 % BR	100 % FR – Remboursement Ss	100% FR
Radiologie, actes techniques	70 % BR	90 % BR	30% BR ou 10 % BR	100% BR
Dépassements d'honoraires : Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾ Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	-	300 % BR 100 % BR	300 % BR 100 % BR
Actes de prévention ⁽²⁾	35%BR à 70%BR	35%BR à 90%BR	100 % FR – Remboursement Ss	100% FR
Consultations médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	-	50€/séance limité à 4 séances/an/bénéficiaire	50€/séance limité à 4 séances/an/bénéficiaire
Pharmacie				
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	90 % BR	35 % BR ou 10% BR	100% BR
Médicaments à service médical rendu	30 % BR	80 % BR	70 % BR ou 20% BR	100% BR

« modéré »				
Médicaments à service médical rendu « mineur »	15 % BR	15 % BR	85 % BR	100% BR
Pharmacie prescrite non remboursée par le RO y compris contraceptifs et sevrages tabagiques * (hors et sur prescription médicale)	0 à 150€ /an/bénéficiaire*	50 à 150€ /an/bénéficiaire*	50€/an/bénéficiaire	50€ à 200€/an/bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par le RO	-	-	50€/an/bénéficiaire	50€/an/bénéficiaire
Hospitalisation				
Frais de séjour	80 % BR à 100% BR	100 % BR	20 % BR ou 0% BR	100% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux	80 % BR à 100% BR	100 % BR	20 % BR ou 0% BR	100% BR
Dépassements d'honoraires : Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾ Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	-	300 % BR 100 % BR	300 % BR 100 % BR
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	-	100 % FR	100 % FR ou 0 % FR	100% FR
Chambre particulière Hospitalisation conventionnée (hors maternité et psychiatrie) Hospitalisation non conventionnée (hors maternité et psychiatrie) Psychiatrie	-	-	100 % FR/jour limité à 60 jours/an/bénéficiaire 90 % FR/jour limité à 60 jours/an/bénéficiaire Crédit de 1 000€/an/bénéficiaire	100 % FR/jour limité à 60 jours/an/bénéficiaire 90 % FR/jour limité à 60 jours/an/bénéficiaire Crédit de 1 000€/an/bénéficiaire
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	-	-	40 €/jour limité à 60 jours/an/bénéficiaire	40 €/jour limité à 60 jours/an/bénéficiaire
Transport pris en charge par le RO	65 % BR	100 % BR	35 % BR ou 0 % BR	100% BR
Forfait actes lourds (18€)	-	100% FR	100 % FR ou 0 % FR	100% FR
Maternité				
Maternité ⁽³⁾	-	-	1/3 du PMSS	1/3 du PMSS
Prime de maternité ou d'adoption ⁽⁴⁾	-	-	210 € pour les deux premiers enfants et 310 € à partir du 3ème	210 € pour les deux premiers enfants et 310 € à partir du 3ème
Cures thermales				
Honoraires de surveillance médicale	65 % BR à 70% BR	65 % BR à 90% BR	100 % FR – Remboursement Ss	100% FR
Dépassements d'honoraires : Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾ Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	-	300 % BR 100 % BR	300 % BR 100 % BR
Frais de soins et de séjour	65 % BR à 70% BR	65 % BR à 90% BR	35 % BR ou 30% BR ou 10 % BR + Crédit de 195 €/an/bénéficiaire	100 % BR + Crédit de 195 €/an/bénéficiaire
Optique				
Equipement optique (Monture +2 verres) ⁽⁵⁾	Prise en charge d'un équipement tous les 2 ans Plafond max de 150 € pour la monture		Prise en charge d'un équipement tous les 2 ans Plafond max de 150 € pour la monture	Prise en charge d'un équipement tous les 2 ans Plafond max de 150 € pour la monture
Monture et 2 verres simples ⁽⁶⁾	60 % BR	90 % BR	470 €	60% BR ou 90% BR + 470 €
Monture et 2 verres mixtes (1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe) ⁽⁶⁾	60 % BR	90 % BR	610 €	60% BR ou 90% BR + 610 €
Monture et 2 verres complexes ou très complexes ⁽⁶⁾	60 % BR	90 % BR	750 €	60% BR ou 90% BR + 750 €
Lentilles acceptées par le RO	60 % BR	90 % BR	40 % BR ou 10 % BR + 470 €/an/bénéficiaire	100 % BR + 470 €/an/bénéficiaire
Lentilles refusées par le RO	-	-	470 €/an/bénéficiaire	470 €/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	-	1 000 €/an/bénéficiaire	1 000 €/an/bénéficiaire

Dentaire				
Soins dentaires (y compris inlay-onlay acceptés par le RO)	70 % BR	90 % BR	100 % FR – Remboursement Ss	100% FR
Prothèses dentaires acceptées par le RO (y compris prothèses implanto-portées et inlay cores acceptés par le RO)	70 % BR	90 % BR	410 % BR ou 390 % BR	480% BR
Autres actes dentaires non remboursés par le RO (hors implantologie/parodontologie)	-	-	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
Implantologie (hors prothèses implanto-portées)	-	-	Crédit de 1 000 €/an/bénéficiaire	Crédit de 1 000 €/an/bénéficiaire
Parodontologie	-	-	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire
Orthodontie acceptée par le RO	70 % BR à 100% BR	90 % BR à 100% BR	330% BR ou 310% BR ou 300% BR	400% BR
Orthodontie refusée par le RO	-	-	Crédit de 400 €/an/bénéficiaire	Crédit de 400 €/an/bénéficiaire
Appareillage				
Gros appareillage	100 % BR	100 % BR	200 % BR	300% BR
Autres prothèses et petit appareillage	60 % BR	90 % BR	240% BR ou 210% BR	300% BR
Fournitures médicales, pansements	60 % BR	90 % BR	100 % FR – Remboursement Ss	100% FR
Prothèses auditives (hors entretien)	60 % BR	90 % BR	570% BR ou 540 % BR + Crédit de 400 €/an/bénéficiaire	630% BR + Crédit de 400 €/an/bénéficiaire
Prothèses auditives non remboursées par le RO	-	-	Crédit de 385 €/an/bénéficiaire	Crédit de 385 €/an/bénéficiaire
Services				
Assistance Mutuaide	-	-	Inclus	Inclus
Réseau de soins optique Carte Blanche	-	-	Inclus	Inclus

RO : Régime Obligatoire (MSA, Sécurité sociale, autres.) BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale. FR : Frais réels PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3269 € en 2017)

(¹) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (CAS ou OPTAM/OPTAM-Co). Pour les médecins non conventionnés, se référer aux remboursements des dépassements des médecins non adhérents aux DPTM, le remboursement sera calculé sur la base du tarif d'Autorité défini par l'article L.162-5-10 du code de la sécurité sociale. (2) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information liste annexée ci-dessous à la date du 18/11/2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en 2 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) Dans la limite des frais réellement engagés. (4) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatif. (5) La période de prise en charge de 2 ans à partir de la date d'achat, est réduite à un an pour les mineurs et les personnes dont la vue évolue. (6) Verres simples : sphère comprise entre -6 +6 dioptries et/ou cylindre <=4 dioptries, Verres complexes : verres simple foyer (sphère>-6 ou +6 dioptries et/ou cylindre <=4 dioptries, Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -

Tableau des prestations d'Assistance (par an et par bénéficiaire)

<p>Les prestations d'assistance sont assurées par MUTUAIDE ASSISTANCE, Société d'Assurance régie par le Code des Assurances,</p> <p>7 jours sur 7 – 24 heures sur 24 - depuis la France et l'étranger</p>	
Informations et services santé	
- Informations pratiques et juridiques	Inclus
- Informations par téléphone pour les adresses des professionnels de santé proches du domicile	Inclus
- Recherche d'un professionnel de santé	Inclus
- Mise en relation avec un médecin	Inclus
- Soutien psychologique en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile	6 entretiens par événement
Assistance de l'enfant malade (durée minimale de l'immobilisation 3 jours)	
- Garde d'enfant malade ou venue d'un proche	Frais de garde: 30 heures ou frais de transport 2 fois par an par enfant
Assistance en cas d'hospitalisation (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours)	
- Accompagnement administratif et social	Inclus
- Enfants mineurs de moins de 16 ans : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
- Ascendants : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
Assistance au retour d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation au domicile (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours ou de l'immobilisation 10 jours)	
- Organisation et prise en charge de la venue d'un proche	Frais de transport 2 fois par an
- Aide-ménagère	10 heures réparties sur 30 jours 2 fois par an
- Recherche et livraison de repas*	1 livraison par jour pendant 15 jours 2 fois par an
- Recherche et livraison de médicaments*	6 livraisons par an
Assistance en cas de déplacement en France ou à l'étranger	
- Avance de frais médicaux (à l'étranger)	7 500 € par événement
- Rapatriement médical (à plus de 100 km du domicile)	Frais de rapatriement par événement

* Garanties non cumulables avec l'aide-ménagère. Services disponibles 7 jours sur 7 - 24 heures sur 24 depuis la France et l'étranger