

Convention collective

**IDCC : 9321. – EXPLOITATIONS AGRICOLES
ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX
COOPÉRATIVES D'UTILISATION DE MATÉRIELS AGRICOLES
(Gers)
(12 juin 1954)**

(Étendue par arrêté du 29 novembre 1954,
Journal officiel du 11 décembre 1954)

AVENANT N° 6 DU 5 OCTOBRE 2018

**À L'ACCORD DÉPARTEMENTAL DU 17 SEPTEMBRE 2009 RELATIF À LA MISE EN PLACE
D'UN RÉGIME D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS AGRICOLES
NON CADRES NON AFFILIÉS À L'AGIRC**

NOR : AGRS1897233M

IDCC : 9321

Entre :

Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles du Gers ;

Fédération départementale des CUMA du Gers ;

Syndicat des entrepreneurs de travaux agricoles, ruraux du Gers,

D'une part, et

SNCEA CFE-CGC

Syndicat général agroalimentaire CFDT du Gers ;

Syndicat départemental FGTA FO ;

Syndicat départemental FNAF CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 6 du 17 avril 2018 à l'accord national du 10 juin 2008 concernant la protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord départemental sur la mise en place d'un régime d'assurance complémentaire frais de santé des salariés agricoles non cadres non affiliés à l'AGIRC des exploitations agricoles, des entrepreneurs du territoire et des CUMA du Gers du 17 septembre 2009, relatifs à l'amélioration de prestations du tableau de garanties et l'évolution des taux de cotisations.

Article 1^{er}

Mise à jour des taux de cotisations

Le point 3 « Tarifs » de l'article 7 « Cotisations » est modifié comme suit :

« Formule Adulte/Enfant :

GARANTIES DE BASE	TOTAL PAR MOIS	PART PATRONALE	PART SALARIALE
Cotisation mensuelle obligatoire toutes taxes comprises			
Adulte (salarié seul)	1,14 %, soit 37,74 €	0,570 %, soit 18,87 €	0,570 %, soit 18,87 €
Cotisations mensuelles facultatives toutes taxes comprises			
Cotisation adulte (conjoint)	+ 1,14 %, soit 37,74 €	–	+ 1,14 %, soit 37,74 €
Cotisation enfant (enfant à charge)	+ 0,65 %, soit 21,52 €	–	+ 0,65 %, soit 21,52 €

GARANTIES OPTIONNELLES	TOTAL PAR MOIS	PART PATRONALE	PART SALARIALE
Cotisations mensuelles facultatives toutes taxes comprises			
Cotisation adulte (conjoint)	+ 0,19 %, soit 6,29 €	–	+ 0,19 %, soit 6,29 €
Cotisation enfant (enfant à charge) (*)	+ 0,09 %, soit 2,98 €	–	+ 0,09 %, soit 2,98 €
(*) Gratuité à partir du 3e enfant.			

Formule Isolé/Famille :

GARANTIES DE BASE	TOTAL PAR MOIS	PART PATRONALE	PART SALARIALE
Cotisation mensuelle obligatoire toutes taxes comprises			
Isolé (salarié seul)	1,14 %, soit 37,74 €	0,570 %, soit 18,87 €	0,570 %, soit 18,87 €
Cotisations mensuelles facultatives toutes taxes comprises			
Famille (conjoint et enfants à charge) (**)	+ 2,03 %, soit 67,21 €	–	+ 2,03 %, soit 67,21 €

GARANTIES Optionnelles	TOTAL PAR MOIS	PART PATRONALE	PART SALARIALE
Cotisations mensuelles facultatives toutes taxes comprises			
Isolé (salarié seul)	+ 0,19 %, soit 6,29 €	–	+ 0,19 %, soit 6,29 €
Famille (conjoint et enfants à charge) (**)	+ 0,32 %, soit 10,60 €	–	+ 0,32 %, soit 10,60 €
(**) Ne comprend pas la cotisation salarié.			

Les tarifs sont indiqués en % du PMSS (plafond mensuel de la sécurité sociale). Les montants en euros sont indiqués à titre informatif et sont relatifs à l'exercice 2018. Ces montants évoluent tous les ans en fonction du PMSS.

PMSS 2018 = 3 311 €.

L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) choisi par l'entreprise. »

Article 2

Mise à jour des tableaux des garanties.

Les tableaux de garanties de l'annexe 1 et de l'annexe 2 sont modifiés comme suit :

Garanties complémentaires de base frais de santé

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. 160-13 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 (OPTAM/OPTAM-CO).

Niveau 1 BASE	Remboursement du régime de base	Remboursement complémentaire	Remboursement complémentaire (régime de base inclus)
Nature des risques			
FRAIS MEDICAUX			
Honoraires praticiens : généralistes, spécialistes, sages-femmes	70% BR	30% BR	100% BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents aux DPTM (1)	-	100% BR	100% BR
Médecins non adhérents aux DPTM (1)	-	80% BR	80% BR
Analyses et examens de laboratoire	60% BR	40% BR	100% BR
Radiologie, imagerie, électroradiographie, et ostéodensitométrie	70% BR	30% BR	100% BR
Actes de prévention (2)	de 35% à 70% BR	De 65% à 30% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60% BR	40% BR	100% BR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie	-	30€/an/bénéficiaire limité à 1 séance/an	30€/an/bénéficiaire limité à 1 séance/an
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0€ à 150€	-	-
PHARMACIE			
Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65% BR	35% BR	100% BR
Médicaments à service médical rendu "modéré"	30% BR	70% BR	100% BR
Médicaments à service médical rendu "faible"	15% BR	85% BR	100% BR
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	40€/an/bénéficiaire	40€/an/bénéficiaire
APPAREILLAGE			
Fourniture médicales, pansements, gros et petits appareillage, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60% ou 100% BR	200% ou 240% BR	300% BR
Prothèses auditives remboursées par le régime de base	60% BR	395% BR + 200€/an	455 BR + 200€/an
HOSPITALISATION (conventionné ou non, y compris psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80% ou 100% BR	20% ou 0% BR	100% BR
Honoraires	80% ou 100% BR	20% ou 0% BR	100% BR
Dépassement d'honoraires :			
Médecins adhérents aux DPTM (1)	-	400% BR	400% BR
Médecins non adhérents aux DPTM (1)	-	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier (3)	-	100% FR	100% FR
Chambre particulière y compris psychiatrie	-	52€/j pendant 60 jours puis 25€/jour	52€/j pendant 60 jours puis 25€/jour
Frais accompagnement (moins de 16 ans) (limité à 30j/an)	-	52€/j	52€/j
MATERNITE (conventionné ou non)			
Frais de soins et de séjour	100% BR		100% BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents aux DPTM (1)	-	200% BR	200% BR
Médecins non adhérents aux DPTM (1)	-	100% BR	100% BR
Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Forfait journalier hospitalier (3)	-	100% FR	100% FR
Chambre particulière	-	52€/j	52€/j
DIVERS			
Cure thermales : frais balnéaires remboursés par le régime de base (honoraires médicaux, transports, hébergements, surveillance)	65% BR	35% BR	100% BR
Transports remboursés par le régime de base	65% BR	35% BR	100% BR
Forfait actes lourds (4)	-	100% FR	100% FR
OPTIQUE			
Equipement verres + monture /2ans /bénéficiaire(5)		Plafond max monture 150€	Plafond max monture 150€
Equipement monture + 2 verres simples (6)	60% BR	370€	60% BR+ 370€
Equipement monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe (6)	60% BR	510€	60% BR+ 510€
Equipement monture + 2 verres complexes ou très complexes, ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe (6)	60% BR	650€	60% BR+ 650€
Lentilles remboursées par le régime de base (par an/bénéficiaire)	60% BR	395% BR + 350€	455% BR + 350€
Lentilles non remboursées par le régime de base (par an/bénéficiaire) (7)		100€	100€
DENTAIRE			
Soins dentaires	70% BR	30% BR	100% BR
Inlay Cores et Inlays / Onlays	70% BR	55% BR	125% BR
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (y compris couronne implant-portée ; hors Inlays cores et Inlays/Onlays)	70% BR	140% BR + crédit 350€/an/bénéficiaire	210% BR + crédit 350€/an/bénéficiaire
Parodontologie (7)	-	100€/ an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	70% ou 100% BR	150% BR	220% BR ou 250% BR

BR : Base de Remboursement du régime de base de Sécurité sociale ; **FR** : Frais Réels ; **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale ; il est de 3311 € en 2018 ; 1/3 du PMSS = 1103,66€ ;

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévus à l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-Co) ;

(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 18/11/2014) : 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 (diphthérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge) ;

(3) A l'exclusion des établissements médicaux sociaux ;

(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18€ en 2018). 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) ;

(5) La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue.

(6) Verres simples : sphère comprise entre -6 +6 dioptries ou/et cylindre <=4 dioptries

Verres complexes :

- verres simple foyer sphère hors zone > -6 ou +6 dioptries ou cylindre > +4 dioptries) ;
- verres multifocaux ;
- verres progressifs.

Verres très complexes :

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

(7) Pour les garanties non remboursées par le régime de base, le remboursement complémentaire se limite au forfait en euros.

ANNEXE 2

Garanties complémentaires de base + garanties optionnelles

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. 160-13 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 (OPTAM/OPTAM-CO).

Niveau 2 BASE + OPTION	Remboursement du régime de base	Remboursement complémentaire	Remboursement complémentaire (régime de base inclus)
Nature des risques			
FRAIS MEDICAUX			
Honoraires praticiens : généralistes, spécialistes, sages-femmes	70% BR	30% BR	100% BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents aux DPTM (1)	-	200% BR	200% BR
Médecins non adhérents aux DPTM (1)	-	100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire	60% BR	40% BR	100% BR
Radiologie, imagerie, électroradiographie, et ostéodensitométrie	70% BR	30% BR	100% BR
Actes de prévention (2)	de 35% à 70% BR	De 65% à 30% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60% BR	40% BR	100% BR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie		30€/an/bénéficiaire limité à 4 séances/an	30€/an/bénéficiaire limité à 4 séances/an
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0€ à 150€	-	-
PHARMACIE			
Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65% BR	35% BR	100% BR
Médicaments à service médical rendu "modéré"	30% BR	70% BR	100% BR
Médicaments à service médical rendu "faible"	15% BR	85% BR	100% BR
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	40€/an/bénéficiaire	40€/an/bénéficiaire
Médicaments prescrits non remboursés par le régime de base	-	40€/an/bénéficiaire	40€/an/bénéficiaire
APPAREILLAGE			
Fourniture médicales, pansements, gros et petits appareillage, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60% ou 100% BR	400% ou 440% BR	500% BR
Prothèses auditives remboursées par le régime de base	60% BR	395% BR + 350€/an	455 BR + 350€/an
HOSPITALISATION (conventionné ou non, y compris psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80% ou 100% BR	20% ou 0% BR	100% BR
Honoraires	80% ou 100% BR	20% ou 0% BR	100% BR
Dépassement d'honoraires :			
Médecins adhérents aux DPTM (1)	-	400% BR	400% BR
Médecins non adhérents aux DPTM (1)	-	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier (3)	-	100% FR	100% FR
Chambre particulière y compris psychiatrie	-	52€/j pendant 60 jours puis 25€/jour	52€/j pendant 60 jours puis 25€/jour
Frais accompagnement (moins de 16 ans) (limité à 30j/an)	-	52€/j	52€/j
MATERNITE (conventionné ou non)			
Frais de soins et de séjour	100% BR		100% BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents aux DPTM (1)	-	200% BR	200% BR
Médecins non adhérents aux DPTM (1)	-	100% BR	100% BR
Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés) (3)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Forfait journalier hospitalier (3)	-	100% FR	100% FR
Chambre particulière	-	52€/j	52€/j
DIVERS			
Cure thermales : frais balnéaires remboursés par le régime de base (honoraires médicaux, transports, hébergements, surveillance)	65% BR	35% BR	100% BR
Transports remboursés par le régime de base	65% BR	35% BR	100% BR
Forfait actes lourds (4)	-	100% FR	100% FR
OPTIQUE			
Equiptement Verres + monture /2ans /bénéficiaire (5)		Plafond max de monture 150€	Plafond max de monture 150€
Equiptement monture + 2 verres simples (6)	60% BR	470€	60% BR + 470€
Equiptement monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe (6)	60% BR	610€	60% BR + 610€
Equiptement monture + 2 verres complexes ou très complexes, ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe (6)	60% BR	750€	60% BR + 750€
Lentilles remboursées par le régime de base (par an/bénéficiaire)	60% BR	395% BR + 475€	455% BR + 475€
Lentilles non remboursées par le régime de base (par an/bénéficiaire) (7)		100€	100€
DENTAIRE			
Soins dentaires	70% BR	30% BR	100% BR
Inlay Cores et Inlays / Onlays	70% BR	55% BR	125% BR
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (y compris couronne implanto-portée ; hors Inlays cores et Inlays/Onlays)	70% BR	140% BR + crédit 475€/an/bénéficiaire	210% BR + crédit 475€/an/bénéficiaire
Parodontologie (7)		100€/ an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire
Implantologie (7)		200€/an/bénéficiaire	200€/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	70% ou 100% BR	250% BR	320% BR ou 350% BR

BR : Base de Remboursement du régime de base de Sécurité sociale ; **FR** : Frais Réels ; **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale ; il est de 3311 € en 2018 ; 1/3 du PMSS = 1103,66€ ;
(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévus à l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-Co) ;
(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 18/11/2014) : 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) A l'exclusion des établissements médicaux sociaux ;
(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18€ en 2018). 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) ;
(5) La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue.
(6) Verres simples : sphère comprise entre -6 +6 dioptries ou/et cylindre <=4 dioptries
Verres complexes :
- verres simple foyer sphère hors zone > -6 ou +6 dioptries ou cylindre > +4 dioptries) ;
- verres multifocaux ;
- verres progressifs.
Verres très complexes :
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries
(7) Pour les garanties non remboursées par le régime de base, le remboursement complémentaire se limite au forfait en euros. »

Article 3

Les dispositions du présent avenant entreront en vigueur à compter du premier jour du mois civil suivant la date de parution de l'extension au *Journal officiel*.

Article 4

La partie la plus diligente des organisations signataires du présent avenant le notifie à l'ensemble des organisations représentatives à l'issue de la procédure de signature.

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

Les parties conviennent de solliciter l'extension du présent avenant.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de l'accord du 17 juin 2009.

Fait à Auch, le 5 octobre 2018.

(Suivent les signatures.)