

Convention collective

**IDCC : 8117. – ENTREPRISES ET EXPLOITATIONS AGRICOLES
DE POLY CULTURE, D'ÉLEVAGE, D'AVICULTURE ET CUMA
(Seine-et-Marne)
ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES, RURAUX ET FORESTIERS
(Île-de-France)
(12 février 1964)**

(Étendue par arrêté du 22 mars 1965,
Journal officiel du 16 avril 1965)

AVENANT N° 10 DU 24 SEPTEMBRE 2018

RELATIF À LA PRÉVOYANCE

NOR : AGRS1997005M

IDCC : 8117

Entre :

Fédération régionale des syndicats des exploitants agricoles d'Île-de-France ;

Fédération régionale des coopératives d'utilisation de matériel agricole d'Île-de-France ;

Groupement des entrepreneurs de travaux agricoles de l'Île-de-France,

D'une part, et

Fédération CFTC de l'agriculture CFTC-Agri ;

Syndicat francilien de la transformation agroalimentaire CFDT ;

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles SNCEA CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour objet :

- une mise en conformité de l'accord collectif de prévoyance du 16 juin 2008 des salariés non cadres des entreprises et des exploitations de polyculture, d'élevage, d'aviculture, des coopératives d'utilisation de matériel agricole du département de Seine-et-Marne ainsi que les entreprises de travaux agricoles, ruraux et forestiers de la région Île-de-France, avec l'avenant n° 6 à l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance ;
- l'intégration de deux niveaux d'options facultatives améliorant certains postes du tableau des garanties santé.

Article 1^{er}

La partie B « Prestations santé » de l'article 7 « Complémentaire frais de santé » est modifiée.

Ainsi, le paragraphe précédant le tableau des garanties est mis à jour et réécrit ainsi :

« 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). »

Le tableau des garanties est abrogé et remplacé par le tableau suivant :

« Les prestations sont versées conformément au tableau ci-dessous :

GARANTIES IDF	Remboursements régime de base	Remboursements complémentaires	Totaux : Socle conventionnel	OPTION 1 (incluant le socle conventionnel)	OPTION 2 (incluant le socle conventionnel)
Hospitalisation (y compris maternité et psychiatrie)					
Frais de soins et de séjour	80 % BR ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires	80 % BR ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires médecins adhérents aux DPTM (1)	-	220 % BR	220 % BR	320 % BR	420 % BR
Dépassements d'honoraires médecins non adhérents aux DPTM (1)	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médico- sociaux)	-	100 % dès le premier jour	100 % dès le premier jour	100 % dès le premier jour	100 % dès le premier jour
Chambre particulière		25€ / jour	25€ / jour	51€/ jour limité à 60j/an puis 25€/jour sans limitation de durée	51€/jour limité à 60j/an puis 25€/jour sans limitation de durée
Frais d'accompagnant enfant de moins de 16 ans (maximum 60 jours/an) (2)	-	60€ / jour	60€ / jour	86 €/jour limité à 60j/an puis 60€/jour limité à 60j/an	86 €/jour limité à 60j/an puis 60€/jour limité à 60j/an
Confort hospitalier : prise en charge des frais de télévision et téléphone					26€/an/bénéficiaire
Prestations de service en cas d'hospitalisation à domicile prises en charge par le régime de base				Crédit de 52€/par jour limité à 60 jours/an	Crédit de 52€/par jour limité à 60 jours/an + crédit limité à 400€/an /bénéficiaire
Crédit supplémentaire maternité	-	1/3 du PMSS	1/3 du PMSS	1/3 du PMSS	1/3 du PMSS
Frais médicaux					
Honoraires de médecins : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires médecins adhérents aux DPTM (1)	-	220 % BR	220 % BR	320 % BR	420 % BR

Dépassements d'honoraires médecins non adhérents aux DPTM (1)	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Radiographie	70 % BR	30 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux	60 % BR	40 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses	60 % BR ou 100 % BR	40 % BR ou 0 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de prévention, actes techniques (3)	De 35 à 70 % BR	De 65 à 30 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médecine douce		30€ / 1 séance/an /bénéficiaire	30€ / 1 séance /an /bénéficiaire	30€ / 1 séance /an/bénéficiaire	30€ / séance avec un maximum de 4 séances par an
Appareillage					
Fournitures médicales, pansements	60 % BR ou 100 % BR	40 % ou 0 % BR	100 % BR	200 % BR	400 % BR
Petits appareillages	60 % BR ou 100 % BR	40 % ou 0 % BR	100 % BR	200 % BR	400 % BR
Gros appareillages	60 % BR ou 100 % BR	40 % ou 0 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèses auditives acceptées (par oreille)	60 % BR	395 % BR par oreille	455 % BR par oreille	455% BR + 350€/an/oreille/ bénéficiaire (1 équipement tous les 3 ans et 1 réglage/an)	455% BR + 350€/an/oreille/ bénéficiaire (1 équipement tous les 3 ans et 1 réglage/an)
Pharmacie					
Pharmacie remboursée par le régime de base	De 15 à 35 % BR	De 85 à 65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie sur prescription non prise en charge par le régime de base					40€/an/bénéficiaire
Vaccins pris en charge par le régime de base				40€/an/bénéficiaire	40€/an/bénéficiaire
Optique					
Par bénéficiaire et pour 2 ans à compter de la date d'acquisition. La période de prise en charge est réduite à un an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue. Plafond maximum de 150€ pour la monture					
Monture + 2 verres simples (4)	60 % BR	315 €	60 % BR + 315€	60 % BR + 315€ + 31€/verre	60 % BR + 315€ + 40 €/verre
Monture + 1 verre simple et un verre complexe (7) ou 1 verre très complexe (4)	60 % BR	315 €	60 % BR + 315€	60 % BR + 315€ + 50€/verre	60 % BR + 315€ + 70€/verre

Monture + 2 verres complexes ou 2 verres très complexes ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe (4)	60 % BR	350 €	60 % BR + 350€	60 % BR + 350€ + 50€/verre	60 % BR + 350€ + 70€/verre
Lentille prise en charge acceptée	60 % BR	315 €	60 % BR + 315 €	60 % BR + 315€ + crédit de 110€/2ans/bénéficiaire	60 % BR + 315€ + crédit de 170€/2ans/bénéficiaire
Lentilles prise en charge refusée	-	Crédit de 200€/an/bénéficiaire	Crédit de 200€/an/bénéficiaire	Crédit de 200€/an/bénéficiaire + crédit de 110€/2ans/bénéficiaire	Crédit de 200€/an/bénéficiaire + crédit de 170€/2ans/bénéficiaire
Dentaire					
Honoraires	70 % BR	30 % BR + FR (5)	100 % BR + FR (5)	100 % BR + FR (5)	100 % BR + FR (5)
Prothèses dentaires acceptées	70 % BR	140 % BR + crédit de 300€/an/bénéficiaire	210 % BR + crédit de 300€/an/bénéficiaire	280 % BR + crédit de 300€/an/bénéficiaire	410 % BR + crédit de 300€/an/bénéficiaire
Prothèses dentaires refusées	-	Crédit de 215€/an/bénéficiaire	Crédit de 215€/an/bénéficiaire	Crédit de 215€/an/bénéficiaire	Crédit de 215€/an/bénéficiaire
Inlays et Onlays (accepté par le régime de base)	70 % BR	55% BR	125% BR	125% BR	125% BR
Inlay cores (acceptés par le régime de base)	70 % BR	55 % BR	125 % BR	125% BR	125% BR
Orthodontie acceptée	70 ou 100 % BR	230 % ou 200 % BR	300 % BR	450 % BR	550 % BR
Orthodontie refusée		Crédit de 400€/an/bénéficiaire	Crédit de 400€/an/bénéficiaire	Crédit de 400€/an/bénéficiaire	Crédit de 400€/an/bénéficiaire
Parodontologie non prise en charge par le régime de base				Crédit de 100€/an/bénéficiaire	Crédit de 100€/an/bénéficiaire
Implant					200€/an/bénéficiaire
Polyvalents					
Frais de transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR	100 % FR (6)	100 % FR (6)

Cures thermales acceptées :					
Honoraires de surveillance médicale	70 % BR	30 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais de traitements thermaux	65 % BR	35 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait « acte lourd » (7)		100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait

BR : Base de Remboursement ; FR : Frais réels.

(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) 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.

(3) 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).

(4) Verres simples : sphère comprise entre -6 +6 dioptries et/ou cylindre <=4 dioptries
Verres complexes :
- verres simple foyer (sphère > -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

(5) 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.

(6) frais de transport pour cure thermale limité à 100 % de la BR

(7) Forfait acte lourd : 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 de coefficient est supérieur à 60).»

Article 2

La partie B « Complémentaire frais de santé » de l'article 10 « Assiette et répartition des cotisations » est abrogée et réécrite ainsi :

« B. – Complémentaire frais de santé

Pour la garantie complémentaire frais de santé, les cotisations sont dues par les salariés définis à l'article 7 (hors les cas de dispenses évoqués audit art. 7) dès l'embauche.

Les prestations santé prennent effet dès embauche.

1. Socle obligatoire

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties obligatoires frais de santé définies par le présent accord est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

- 50 % minimum à la charge de l'employeur ;
- 50 % maximum à la charge du salarié.

2. Si option 1 ou 2 souscrite par l'employeur

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur (option 1 ou option 2), afin d'améliorer les garanties obligatoires frais de santé (socle) définies par le présent accord est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

- 50 % minimum à la charge de l'employeur ;
- 50 % maximum à la charge du salarié.

3. Si option 1 ou 2 souscrite par le salarié

Le financement du contrat individuel d'assurance souscrit par le salarié (option 1 ou option 2), afin d'améliorer les garanties obligatoires frais de santé (socle) définies par le présent accord est assuré par une cotisation intégralement à la charge du salarié. »

Article 3

La partie C « Cas de dispense d'affiliation » de l'article 7 « Complémentaire frais de santé » est modifiée.

Ainsi, le premier paragraphe est mis à jour et réécrit ainsi :

« Par exception aux dispositions de l'article 7 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. »

Article 4

L'article 13 « Révision. – Dénonciation » est abrogé et réécrit ainsi :

« Article 13

Révision. – Dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut faire l'objet d'une révision dans les conditions suivantes :

Jusqu'à la fin du cycle électoral au cours duquel l'accord est conclu, celui-ci pourra être révisé par :

- une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ d'application de l'accord et signataires ou adhérentes de l'accord ;
- une ou plusieurs organisations professionnelles d'employeurs représentatives signataires ou adhérentes.

À l'issue de ce cycle, par :

- une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ d'application de l'accord ;
- une ou plusieurs organisations professionnelles d'employeurs représentatives de la branche.

La révision s'opère sous réserve du respect d'un préavis de 3 mois par lettre recommandée avec avis de réception adressée à toutes les autres parties prenantes du présent accord.

L'accord pourra être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires sous réserve du respect d'un préavis de 3 mois par lettre recommandée avec avis de réception adressée à toutes les autres parties prenantes du présent accord. »

Article 5

Entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Les dispositions arrêtées au présent avenant prendront effet le 1^{er} janvier 2019.

(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.

Article 6

Dépôt et extension

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

Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 24 septembre 2018.

(Suivent les signatures.)