

Accord départemental

**ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ ET PRÉVOYANCE
DES SALARIÉS NON CADRES
(Bouches-du-Rhône)**

AVENANT N° 2 DU 18 OCTOBRE 2018

NOR : AGRS1997018M

Entre :

Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles des Bouches-du-Rhône ;

Fédération départementale des coopératives d'utilisation du matériel agricole des Bouches-du-Rhône,

D'une part, et

Syndicat général agroalimentaire CFDT des Bouches-du-Rhône ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture et de l'agroalimentaire FO ;

Fédération CFTC-Agri ;

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

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Par avenant n° 6 du 17 avril 2018 à l'accord national concernant la protection sociale complémentaire en agriculture (10 juin 2008), les partenaires sociaux ont souhaité apporter des améliorations aux garanties frais de santé.

Le présent avenant a pour but d'améliorer les garanties existantes de l'accord départemental, de manière à rester pour chaque prestation au moins aussi favorable que l'accord national. À cette fin, les prestations de l'accord départemental qui étaient déjà aussi favorables ou plus favorables que celles de l'accord national ne sont pas modifiées, les prestations qui deviennent moins favorables que l'accord national à l'entrée en vigueur de l'avenant n° 6 sont augmentées à hauteur de celles dudit accord.

Par ailleurs, il est convenu que la cotisation complémentaire santé sera désormais proratisée pour le mois d'embauche au nombre de jours calendaires de présence dans l'entreprise, tant pour la part salariale que pour la part patronale.

Article 1^{er}

Modifications apportées à l'accord

« Article 3.4

Garanties

Dans l'annexe 1, le tableau des garanties est remplacé par le tableau ci-après, en annexe 1 du présent avenant.

Article 3.7

Financement du dispositif

Il est ajouté un alinéa *in fine* à l'article 3.7 :

“Pour le mois embauche d'un salarié, la cotisation est proratisée au nombre de jours calendaires de présence dans l'entreprise au cours de ce mois.”

Article 4.8

Revalorisation annuelle des prestations du dispositif prévoyance

L'article est ainsi modifié :

“Les prestations prévoyance, en cours de service, au titre du présent accord, feront l'objet d'une revalorisation en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO. L'organisme assureur devra cependant comparer le niveau de prestations prévoyance résultant de cette revalorisation avec le niveau de prestations prévoyance résultant de l'application de l'article 5.8 de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance. Si le niveau de prestations résultant de l'application de l'accord national est supérieur au niveau de prestations revalorisées par l'assureur en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO, l'assureur devra appliquer le niveau de prestations revalorisées de l'accord national.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat collectif, le service des prestations est maintenu, conformément aux dispositions de l'article 5.4 du présent accord, par l'assureur auprès duquel l'exploitation ou l'entreprise agricole avait fait le choix de s'assurer, au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation jusqu'à la survenance d'un événement contractuellement prévu mettant fin à la garantie (reprise d'activité, retraite, décès...).

En cas de décès faisant suite à un arrêt de travail indemnisé, le salaire de référence au titre de la présente garantie est revalorisé en fonction de la valeur du point AGIRC-ARRCO. L'organisme assureur devra cependant comparer le salaire de référence ainsi revalorisé avec le salaire de référence résultant de l'application de l'article 5.8 de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance. Si le salaire de référence résultant de l'application de l'accord national est supérieur au salaire de référence revalorisé par l'assureur en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO, l'assureur devra appliquer le salaire de référence résultant de l'application de l'accord national.”

Article 4.4

Assiette de calcul des prestations

Les paragraphes 3 et 4 sont ainsi modifiés :

“Si une période de maladie a précédé le décès, le salaire de référence est revalorisé au minimum en fonction de l'évolution du point AGIRC-ARRCO intervenue entre la date d'arrêt de travail (l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'incapacité – temporaire ou permanente – professionnelle), l'invalidité ou le décès. L'organisme assureur devra cependant comparer le salaire de référence ainsi revalorisé avec le salaire de référence résultant de l'application de l'article 5.8 de l'accord natio-

nal du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance. Si le salaire de référence résultant de l'application de l'accord national est supérieur au salaire de référence revalorisé par l'assureur en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO, l'assureur devra appliquer le salaire de référence résultant de l'application de l'accord national.

Si une période d'incapacité temporaire, professionnelle ou non, a précédé l'état d'incapacité permanente professionnelle ou d'invalidité, le salaire de référence est revalorisé au minimum compte tenu de l'évolution du point AGIRC-ARRCO intervenue entre la date d'arrêt de travail et la reconnaissance de l'incapacité permanente professionnelle ou de l'invalidité. L'organisme assureur devra cependant comparer le salaire de référence ainsi revalorisé avec le salaire de référence résultant de l'application de l'article 5.8 de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance. Si le salaire de référence résultant de l'application de l'accord national est supérieur au salaire de référence revalorisé par l'assureur en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO, l'assureur devra appliquer le salaire de référence résultant de l'application de l'accord national." »

Article 2

Entrée en vigueur et durée

Le présent avenant entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant celui de la publication de son arrêté d'extension.

Article 3

Dépôt et extension

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Fait à Aix-en-Provence, le 18 octobre 2018.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE 1

DISPOSITIF FRAIS DE SANTÉ

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT RÉGIME DE BASE	
	MSA hors Alsace-Moselle	Accord local BDR
Frais médicaux		
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes	70 %	200 % BR (DPTM) 180 % BR (non DPTM)
Honoraires et dépassement d'honoraires des spécialistes (y compris actes techniques)	70 %	100 % BR
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM...) ⁽¹⁾	70 %	100 % BR
Sages-femmes	70 %	100 % BR
Auxiliaires médicaux	60 %	100 % BR
Analyses médicales	60 % ou 100 %	100 % BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	–	30 €/1 séance/an/ bénéficiaire
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 €/an/bénéficiaire	0 € à 150 €/an/bénéficiaire
Actes de prévention ⁽²⁾	35 % à 70 %	100 % BR
Pharmacie		
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	–	Non
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	–	40 €/an/bénéficiaire
Hospitalisation (conventionné ou non)		
Frais de séjour	80 % à 100 %	100 % BR
Honoraire médical et chirurgical	80 % à 100 %	100 % BR
Dépassements d'honoraires	–	100 % BR (non DPTM) ⁽¹⁾ 155 % BR (DPTM)
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	–	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €)	–	100 % FR

Chambre particulière	Hospitalisation (<i>hors maternité et psychiatrie</i>)	–	78 €/jour pdt 60 jours maximum/an puis 25 € par jour
	Maternité	–	25 €/jour
	Psychiatrie	–	25 €/jour
Frais accompagnant (moins de 16 ans)		–	52 €/jour/limité 30j
Maternité ⁽³⁾		–	1/3 PMSS
Frais de transport		65 %	100 % BR
Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)		65 % à 70 %	100 % BR
Dentaire			
Soins dentaires		70 %	100 % BR
Inlays et onlays (acceptés par le régime de base)		70 %	170 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base)		70 %	280 % BR + 300 €/an/bénéficiaire (y compris prothèses implantoportées)
Prothèses dentaires (refusées par le régime de base) [y compris implantologie pour les options 1, 2 et 3]		–	Non
Orthodontie (acceptée par le régime de base)		70 % à 100 %	220 % BR ou 250 % BR
Optique			
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) ⁽⁴⁾			Tous les 2 ans
Monture seule		60 %	60 % BR + 150 €
2 verres simples classe ^(a) ⁽⁵⁾		60 %	60 % BR + 250 €
2 verres complexes classe ^(b) ⁽⁵⁾		60 %	60 % BR + 350 €
2 verres très complexes classe ^(c) ⁽⁵⁾		60 %	60 % BR + 350 €
1 verre simple classe ^(a) et 1 verre complexe classe ^(b) ⁽⁵⁾		60 %	60 % BR + 275 €
1 verre simple classe ^(a) et 1 verre très complexe classe ^(c) ⁽⁵⁾		60 %	60 % BR + 275 €
1 verre complexe classe ^(b) et 1 verre très complexe classe ^(c) ⁽⁵⁾		60 %	60 % BR + 350 €
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)		0 % à 60 %	100 % BR + 300 €/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)		–	Non
Prothèse hors dentaire			
Prothèse auditive (hors entretien)		60 %	455 % BR + 200 €/an/bénéficiaire
Autres prothèses et petit appareillage		60 %	100 % BR
Gros appareillage		100 %	100 % BR
Fourniture médicale et pansement		60 %	100 % BR
Légende : BR : base de remboursement. TM : ticket modérateur.			

CAS : convention d'accès aux soins.

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

FR : frais réels.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est signataire ou non d'une convention d'accès aux soins (CAS).

(2) Tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'art. L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'art. R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire (1) Médecin signataire ou non signataire d'une convention d'accès aux soins (CAS).

(3) Dans la limite des frais réellement engagés.

(4) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles.

Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre \leq + 4,00 dioptries.

Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre $>$ + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.

Verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

(5) Y compris forfait monture.