

**Convention collective régionale**

**IDCC : 8113. – EXPLOITATIONS DE MARAÎCHAGE, ARBORICULTURE,  
HORTICULTURE, PÉPINIÈRES ET CRESSICULTURE  
(Île-de-France)  
(8 septembre 2006)**

(Étendue par arrêté du 10 janvier 2007,  
*Journal officiel* du 4 février 2007)

**AVENANT N° 12 DU 26 SEPTEMBRE 2018**

**À L'ACCORD DU 30 JANVIER 2008 RELATIF À LA PRÉVOYANCE**

NOR : AGRS1997058M

IDCC : 8113

Entre :

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

D'une part, et

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

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes ;

FGTA FO ;

Fédération CFTC de l'Agriculture CFTC-Agri,

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 30 janvier 2008 des salariés non cadres des exploitations d'arboriculture, de maraîchage, d'horticulture et de pépinières et de cressiculture 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 améliorant certains postes du tableau des garanties santé, au choix de chaque employeur à titre collectif, et avec possibilité d'adhésion facultative par les salariés à titre individuel.

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

La partie « B. – Prestations santé » de l'article 7 « Complémentaire frais de santé », est abrogée et réécrite ainsi :

« Les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :

- en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article A du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;

– en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent dispositif (régime de base de la sécurité sociale et garanties complémentaires) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

Les prestations du présent accord 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 de 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).

Les prestations sont versées conformément au tableau ci-dessous :

GARANTIE IDF	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT complémentaire	TOTAL Socle conven- tionnel	OPTION 1 (incluant le socle conventionnel)	OPTION 2 (incluant le socle conventionnel)
<b>Hospitalisation (y compris maternité et psychiatrie)</b>					
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'hono- raires médecins adhérents aux DPTM (1)	-	220 % BR	220 % BR	320 % BR	420 % BR
Dépassements d'hono- raires médecins non adhé- rents aux DPTM (1)	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements mé- dico-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 60 j/an puis 25 €/jour sans limitation de durée	51 €/jour limité à 60 j/an puis 25 €/jour sans limitation de durée
Frais d'accompagnant en- fant de moins de 16 ans (maximum 60 jours/an) (2)	-	60 €/jour	60 €/jour	86 €/jour limité à 60 j/an puis 60 €/jour limité à 60 j/an	86 €/jour limité à 60 j/an puis 60 €/jour limité à 60 j/an
Confort hospitalier : prise en charge des frais de télé- vision et téléphone					26 €/an/béné- ficiaire

GARANTIE IDF	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT complémentaire	TOTAL Socle conven- tionnel	OPTION 1 (incluant le socle conventionnel)	OPTION 2 (incluant le socle conventionnel)
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
<b>Frais médicaux</b>					
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
<b>Appareillage</b>					
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)

GARANTIE IDF	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT complémentaire	TOTAL Socle conven- tionnel	OPTION 1 (incluant le socle conventionnel)	OPTION 2 (incluant le socle conventionnel)
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
Optique					
Par bénéficiaire et pour 2 ans à compter de la date d'acquisition. La période de prise en charge est réduite à 1 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 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 com- plexes 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 par le régime de base	60 % BR	315 €	60 % BR + 315 €	60 % BR + 315 € + crédit de 110 €/2 ans/ bénéficiaire	60 % BR + 315 € + crédit de 170 €/2 ans/ bénéficiaire
Lentilles prise en charge refusée par le régime de base	-	Crédit de 200 €/an /bénéficiaire	Crédit de 200 €/an /bénéficiaire	Crédit de 200 €/an /bénéficiaire + crédit de 110 €/2 ans /bénéficiaire	Crédit de 200 €/an /bénéficiaire + crédit de 170 €/2 ans /bénéficiaire
Dentaire					
Honoraires	70 % BR	30 % BR + FR (5)	100 % BR + FR (5)	100 % BR + FR (5)	100 % BR + FR (5)
Prothèses dentaires accep- tées	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 refu- sées	-	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

GARANTIE IDF	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT complémentaire	TOTAL Socle conven- tionnel	OPTION 1 (incluant le socle conventionnel)	OPTION 2 (incluant le socle conventionnel)
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
<b>Polyvalents</b>					
Frais de transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR	100 % FR (6)	100 % FR (6)
Cures thermales accep- tées :					
Honoraires de surveillance médicale	70 % BR	30 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais de traitements ther- maux	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 novembre 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 thermique 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 article 7 (hors les cas de dispenses évoqués audit article 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 :

- 62,06 % minimum à la charge de l'employeur ; (la part employeur étant fixée à 22,00 € minimum toutes charges comprises) ;
- 37,94 % maximum à la charge du salarié.

## 2. Si options 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 options 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

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 accusé 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 accusé de réception adressée à toutes les autres parties prenantes du présent accord. »

## Article 4

### *Entrée en vigueur*

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Les dispositions arrêtées au présent avenant prendront effet le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

## **Article 5**

### *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 26 septembre 2018.

(Suivent les signatures.)