

Convention collective

IDCC : 8216. – **EXPLOITATIONS VITICOLES**
(Champagne délimitée)
(2 juillet 1969)

(Étendue par arrêté du 25 février 1972,
Journal officiel du 19 mars 1972)

AVENANT N° 209 DU 7 FÉVRIER 2019

NOR : AGRS1997150M

IDCC : 8216

Entre :

Syndicat général des vignerons de la Champagne, déléguant ses pouvoirs en la circonstance à son groupement d'employeurs,

D'une part, et

FNAF CGT ;

FGTA FO ;

Fédération générale agroalimentaire CFDT ;

Syndicat CFTC agriculture ;

SNCEA CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Afin de prendre en compte les nouvelles dispositions concernant les garanties frais de santé, issues de l'avenant n° 6 à l'accord national du 10 juin 2008, les partenaires sociaux ont souhaité apporter des améliorations au régime d'assurance complémentaire santé instauré par l'avenant n° 170 du 8 juillet 2009 à la convention collective de travail du 2 juillet 1969, modifié par les avenants n° 187, n° 190, n° 191, n° 193, n° 200 et n° 203.

En conséquence :

Article 1^{er}

L'annexe I à l'article 1^{er} « Tableau des garanties », figurant à l'avenant n° 203 du 2 février 2017 à la convention collective de travail du 2 juillet 1969 est modifiée, à effet du 1^{er} janvier 2019, comme suit.

« ANNEXE I

Tableau des garanties

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-après s'appliquent sur le montant servant de base (BR) au régime obligatoire de protection sociale français (RO) sauf mention contraire.

Le cumul des remboursements du régime obligatoire de protection sociale et de l'organisme assureur ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR).

Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (art. L. 160-13 du code de la sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement.

Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime obligatoire de protection sociale non comprise.

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENTS EN COMPLÉMENT du régime obligatoire	
	Régime conventionnel obligatoire	Formule optionnelle
	100 % FR limités à :	
Frais médicaux		
Consultations, visites, honoraires médecins généralistes ou spécialistes :		
– adhérent à un DPTAM ⁽¹⁾ ;	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 170 % BR
– non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné).	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR
Actes de spécialités :		
– adhérent à un DPTAM ;	100 % TM + 170 % BR	100 % TM + 170 % BR
– non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné).	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
Sages-femmes	100 % TM + 10 % BR	100 % TM + 150 % BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	100 % TM	100 % TM + 160 % BR
Analyses, examen de laboratoire	100 % TM	100 % TM + 160 % BR
Radiographie, électroradiologie :		
– médecin adhérent à un DPTAM ;	100 % TM	100 % TM + 170 % BR
– médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné).	100 % TM	100 % TM + 100 % BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie	30 € par séance dans la limite d’une séance par an et par bénéficiaire	30 € par séance dans la limite de deux séances par an et par bénéficiaire
Transport pris en charge par le RO (y compris en cas d’hospitalisation)	100 % FR	
Forfait actes lourds (18 €)	100 % FR	
Pharmacie		
Pharmacie prise en charge (à 65 % – 30 % – 15 %) par le RO	100 % TM	

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENTS EN COMPLÉMENT du régime obligatoire	
	Régime conventionnel obligatoire	Formule optionnelle
	100 % FR limités à :	
Optique		
Lunettes : remboursement d'un équipement complet (composé d'une monture dont la prise en charge est limitée à 150 € et de 2 verres) par période de 2 ans ou par période de 1 an pour les personnes assurées de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (y compris monture).		
Verres simples ⁽²⁾	280 €	340 €
Verres mixtes simple-complexe ⁽³⁾	310 €	380 €
Verres mixtes simple-très complexe ⁽⁴⁾	310 €	380 €
Verres complexes ⁽³⁾	350 €	420 €
Verres mixtes complexe ⁽³⁾ , très complexe ⁽⁴⁾	350 €	420 €
Verres très complexes ⁽⁴⁾	350 €	420 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO, par personne et par an	100 % TM + 100 €	100 % TM + 150 €
Dentaire		
Soins (hors Inlays. – Onlays)	100 % FR	100 % FR
Inlays. – Onlays	100 % TM + 70 % BR	100 % TM + 170 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par le RO (et Inlays core)	100 % TM + 110 % BR	100 % TM + 170 % BR
avec un supplément par an et par personne assurée de :	300 €	350 €
Orthodontie prise en charge par le RO	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 200 % BR
Appareillage		
Orthopédie, prothèses diverses (hors prothèses auditives). Frais d'appareillage (hors optique)	100 % TM + 160 % BR	100 % TM + 360 % BR
Prothèse auditive prise en charge ou non par le RO	100 % TM + 360 % BR + 10 % PMSS ⁽⁵⁾	
Hospitalisation		
Frais de séjour	100 % TM	100 % TM + 200 % BR
Honoraires. – Actes de chirurgie :		
– médecin adhérent à un DPTAM ;	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 200 % BR
– médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné).	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
Forfait hospitalier	100 % FR dès le 1 ^{er} jour	
Chambre particulière (y compris maternité hors psychiatrie) par jour	100 % FR	
Chambre particulière en psychiatrie par jour	25 €	
Frais d'accompagnement (lit + repas) pour enfant de moins de 15 ans, par jour	100 % FR	

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENTS EN COMPLÉMENT du régime obligatoire	
	Régime conventionnel obligatoire	Formule optionnelle
	100 % FR limités à :	
Maternité (secteur conventionné ou non)		
Maternité (dans la limite des frais réellement engagés) : (Pour les honoraires d'un praticien non adhérent à un DPTAM) :	Crédit d'1/3 PMSS ⁽⁵⁾ par bénéficiaire et par maternité (Limitation à 100 % TM + 100 % BR.)	
Cure thermique		
Cure thermique prise en charge par le RO (honoraires et traitements)	100 % TM	100 % TM + 170 % BR
Prévention et santé au quotidien		
Actes de prévention responsable (en fonction du taux de remboursement du RO)	100 % TM dans la limite du remboursement prévus ci-avant pour l'acte concerné, selon sa nature	
<div>(1) DPTAM : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM [Option pratique tarifaire maîtrisée] et OPTAM-CO [Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique]).</div> <div>(2) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère de – 6 à + 6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries.</div> <div>(3) Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de – 6 à + 6 dioptries et dont le cylindre est supérieur à 4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.</div> <div>(4) Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de 8 à + 8 dioptries ou sphériques dont la sphère est hors zone de – 4 à + 4 dioptries.</div> <div>(5) PMSS : salaire plafond mensuel de la sécurité sociale soit 3 311 € au 1^{er} janvier 2018. Au 1^{er} janvier 2018, 1 % PMSS est égal à 33,11 €.</div>		

Article 2

Dispositions spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés

Les dispositions du présent avenant sont applicables de façon indifférenciée à l'ensemble des entreprises relevant de la branche des exploitations viticoles de la Champagne délimitée. Elles concernent donc de façon identique les entreprises de moins de cinquante (50) salariés et de cinquante (50) salariés et plus, afin de garantir à l'ensemble des salariés de la branche une couverture uniforme dont les garanties ont tenu compte lors de leur définition de la structure et de la taille des entreprises de la branche.

Article 3

Entrée en vigueur et extension

Le présent avenant prendra effet au 1^{er} avril 2019 et sera déposé à l'unité territoriale de la Marne de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Grand Est.

Fait à Châlons-en-Champagne, le 7 février 2019.

(Suivent les signatures.)