

Accord collectif

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE
EN AGRICULTURE DES SALARIÉS NON CADRES
(Ain, Doubs, Franche-Comté, Jura)**

AVENANT N° 12 DU 18 JANVIER 2019

NOR : AGRS1997151M

Entre :

Fédération régionale des syndicats d'exploitants agricoles FRSEA de Bourgogne Franche-Comté ;

Fédération régionale CUMA de Bourgogne Franche-Comté ;

Fédération nationale des entrepreneurs des territoires FNEDT ;

Union régionale de l'horticulture et de la pépinière de Franche-Comté ;

Fédération régionale des coopératives laitières du massif jurassien FRCLMJ ;

Fédération des CUMA de ramassage de lait du Doubs,

D'une part, et

Union régionale CFDT de Bourgogne Franche-Comté ;

Fédération CFTC de l'agriculture ;

FNAF CGT ;

FGTA FO ;

SNCEA CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour objet de transposer 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 dans l'accord régional du 18 février 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non-cadres de Franche-Comté et des salariés des coopératives fruitières de l'Ain, du Doubs et du Jura.

Il s'agit ainsi de modifier la rédaction du paragraphe relatif au calcul du versement santé, et de réviser le tableau de garanties, afin de se mettre en conformité avec le niveau de garanties minimales prévu par l'accord national.

Article 1^{er}

Modifications apportées à l'accord

La rubrique « Calcul du versement santé » de l'article 4.5 du présent accord est réécrite comme suit :

« Lorsque les conditions du bénéfice du dispositif du versement santé sont remplies, l'employeur doit verser mensuellement au salarié une participation patronale visant à l'aider à financer sa complémentaire santé individuelle, le temps de la durée du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission.

Cette participation patronale correspond à un montant mensuel équivalant à la contribution patronale de la couverture collective et obligatoire de frais de santé majorée de 25 %. En tout état de cause, le montant de référence lié au versement santé ne peut être inférieur au seuil fixé annuellement par arrêté.

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures mensuelles pour les salariés à temps partiel.

La participation patronale est exonérée de cotisations sociales dans les limites prévues par le code de la sécurité sociale mais entre dans l'assiette CSG-CRDS. »

L'annexe I « Tableau des garanties » est modifiée comme suit :

Le tableau des garanties est remplacé par le tableau ci-après, en annexe I du présent avenant.

Article 2

Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur au premier jour du trimestre civil suivant la date de parution de son arrêté d'extension, et dans tous les cas, au plus tard le 1^{er} avril 2019.

Article 3

Dépôt et extension

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.

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail, un exemplaire du présent avenant sera déposé auprès de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), ainsi qu'au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes du lieu de sa conclusion.

Une version sur support électronique est également communiquée à la DIRECCTE du lieu de signature de l'avenant.

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

Fait à École-Valentin, le 18 janvier 2019.

(Suivent les signatures.)

Tableau des garanties

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT du régime de base	RÉGIME SOCLE	RÉGIME OPTIONNEL
Frais médicaux			
Honoraires de praticien : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 % BR	
Dépassement d'honoraires :			
– médecins adhérents au DPTM ;		80 % BR	120 % BR
– médecins non adhérents au DPTM aux soins y compris non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d'autorité).		30 % BR	70 % BR
Auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 % BR	40 % BR	
Analyses, examens de laboratoire	De 60 % à 100 % BR	De 0 % à 40 % BR	
Radiologie ⁽¹⁾ , électro radiographie ⁽¹⁾ , imagerie médicale ⁽¹⁾ et ostéodensitométrie ⁽¹⁾	70 % BR	30 % BR	
Actes de prévention ⁽²⁾	De 35 % à 65 % BR	de 30 à 65 % BR	
Autres actes techniques ⁽¹⁾	70 % BR	30 % BR	
Dépassement d'honoraires :			
– médecins adhérents au DPTM ;		80 % BR	120 % BR
– médecins non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d'autorité)		30 % BR	70 % BR
Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, micro kinésithérapie, sophrologie		30 €/1 fois/an/bénéficiaire	23 €/consultation limité à 4/an/famille
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 €/an/bénéficiaire		

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT du régime de base	RÉGIME SOCLE		RÉGIME OPTIONNEL
		Remboursement complémentaire		Remboursement complémentaire au socle
Pharmacie Médicaments à service médical rendu « majeur ou important » Médicaments à service médical rendu « modéré » Médicaments à service médical rendu « faible » Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	65 % BR 30 % BR 15 % BR	35 % BR 70 % BR 85 % BR		40 €/an/famille
Hospitalisation (y compris maternité et psychiatrie) Frais de soins et de séjour Honoraires Dépassement d'honoraires (médical et chirurgical) : – médecins adhérents au DPTM ; – médecins non adhérents au DPTM aux soins y compris non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d'autorité). Dépassement d'honoraires (maternité et psychiatrie) : – médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS) ; – médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y compris non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d'autorité). Forfait journalier hospitalier Chambre particulière (par jour/an/bénéficiaire) Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans) Prime de naissance	80 % ou 100 % BR	0 % ou 20 % BR 0 % ou 20 % BR 220 % BR 100 % BR 220 % BR 100 % BR FR 25 €/jour 1/3 PMSS	280 % BR 80 % BR	53 €/jours limité à 60 jours/an 52 €/jours limité à 30 jours/an

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT du régime de base	RÉGIME SOCLE		RÉGIME OPTIONNEL
		Remboursement complémentaire		Remboursement complémentaire au socle
Optique Équipement : verres + monture (dont 150 € maxi pour les montures) Monture + 2 verres simples ⁽⁴⁾ Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou 1 verre très complexe Monture + 2 verres complexes ⁽⁴⁾ ou 2 verres très complexes ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe Lentilles remboursées par le régime de base Lentilles non remboursées par le régime de base	60 % BR 60 % BR 60 % BR 60 % BR	Par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽³⁾ 230 € 275 € 350 €		Par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽³⁾ 140 € 140 € 140 €
		40 % + crédit de 210 €/an Crédit de 100 €/an		Crédit de 140 €/an Crédit de 140 €/an
		100 % BR 100 % BR		
		140 % BR + crédit de 300 € 140 % BR + crédit de 300 €		160 % 160 %
		100 % BR 100 % BR 200 % BR		50 % BR 200 €/an/bénéficiaire 100 €/an/bénéficiaire
Dentaire Frais de soins Honoraires Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (hors couronne implantato-portée) Couronne implantato-portée Inlays, Onlays Inlay core Orthodontie remboursée par le régime de base Implantologie (hors couronne implantato-portée) Parodontologie	70 % BR 70 % BR 70 % BR 70 % BR 70 % BR 70 % ou 100 % BR	100 % BR 100 % BR		
		140 % BR + crédit de 300 € 140 % BR + crédit de 300 €		160 % 160 %
		100 % BR 100 % BR 200 % BR		50 % BR 200 €/an/bénéficiaire 100 €/an/bénéficiaire

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT du régime de base	RÉGIME SOCLE		RÉGIME OPTIONNEL
		Remboursement complémentaire		Remboursement complémentaire au socle
Appareillage Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires Prothèses auditives remboursées par le régime de base	60 % ou 100 % BR 60 % BR	0 % BR ou 40 % BR 390 %		400 % BR Crédit de 350 €/oreille/an
Cures thermales Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux ⁽¹⁾ , transport, hébergement, surveillance Forfait thermal complémentaire	65 % ou 70 % BR Frais balnéaires acceptés			35 % ou 30 % BR Crédit de 150 €/an/bénéficiaire
Divers Transports remboursés par le régime de base Forfait actes lourds ⁽⁵⁾ Vaccins non remboursés par le régime de base	65 % BR	35 % BR ou 30 % BR FR		40 €/an/famille

(1) Pour les éventuels dépassements, se référer aux dépassements frais médicaux. Si garantie différente, ajouter lignes de garanties avec distinction CAS/Non CAS.

(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 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).

(3) La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue.

(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.

(4) Verres unifocaux :

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT du régime de base	RÉGIME SOCLE	RÉGIME OPTIONNEL
		Remboursement complémentaire	Remboursement complémentaire au socle
<p>- verres unifocaux simples (catégorie a) : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et/ou dont le cylindre est inférieur ou égal + 4,00 dioptries ;</p> <p>- verres unifocaux complexes (catégorie c) : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries.</p> <p>Verres mixtes : un verre simple et un verre complexe, un verre très complexe, un verre complexe et un verre très complexe.</p> <p>Verres multifocaux :</p> <p>Verres multifocaux complexes (catégorie c) et très complexes (catégorie f : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries).</p> <p>(5) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). 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).</p>			