

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA SOUVERAINETÉ ALIMENTAIRE

Accord départemental

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

Avenant n° 4 du 29 octobre 2024

NOR : AGRS2597046M

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles des Bouches-du-Rhône FDSEA 13 ;

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

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Syndicat général agroalimentaire CFDT des Bouches-du-Rhône ;

Fédération CFTC de l'agriculture CFTC Agri ;

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

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le 1^{er} janvier 2019, les deux régimes de retraite complémentaire des salariés, AGIRC et ARRCO, ont fusionné sonnant la fin de la distinction entre cadres et non-cadres au regard de la retraite.

Actuellement, l'accord départemental détermine les salariés bénéficiaires des régimes de prévoyance et de santé qu'il met en place par référence à l'AGIRC, les salariés couverts étant ceux qui n'y sont pas affiliés. Or, cette référence est devenue obsolète depuis la fusion au 1^{er} janvier 2019 des régimes Agirc-Arrco.

Le présent avenant a pour objet de mettre en conformité l'accord santé et prévoyance des Bouches-du-Rhône avec cette réforme ainsi que le prévoit le décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021 relatif aux critères objectifs de définition des catégories de salariés bénéficiaires d'une couverture de protection sociale complémentaire collective.

De plus, le tableau des garanties santé est mis à jour par le présent avenant conformément à la réglementation, sans changement sur le niveau des garanties.

Dans la mesure où le présent avenant a vocation à s'appliquer essentiellement auprès de très petites entreprises, les partenaires sociaux estiment que les dispositions leur sont particulière-

ment applicables et qu'ainsi ils répondent à l'obligation issue de l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

Article 1^{er} | Modifications apportées à l'accord

1. Modification des articles 1^{er} « Champ d'application », 3.1 « Salariés bénéficiaires » et 4.1 « Bénéficiaires »

L'article 1^{er} « Champ d'application » est remplacé intégralement par la rédaction suivante :

« Article 1^{er} | Champ d'application

Le présent accord est applicable à l'ensemble des salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 des exploitations agricoles, relevant des activités de la production agricole, et des coopératives d'utilisation du matériel agricole du département des Bouches-du-Rhône.

Champ d'application professionnel :

Sont concernés tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, y compris les apprentis, de nationalité française ou étrangère :

- des exploitations agricoles de culture et d'élevage de quelque nature qu'elles soient, à l'exception des activités d'accoupage, d'aquaculture, de conchyliculture ;
- des établissements de toute nature, dirigés par l'exploitant agricole, en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles, lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production, ou des structures d'accueil touristique, situées sur l'exploitation ou dans les locaux de celle-ci, notamment d'hébergement et de restauration ;
- des coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA).

Champ d'application territorial :

Sont concernés tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et apprentis des entreprises dont le siège social est situé sur le département des Bouches-du-Rhône. Sont également concernés les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et apprentis des établissements autonomes situés dans ce département. »

L'article 3.1 « Salariés bénéficiaires » est intégralement remplacé par la rédaction suivante :

« Article 3.1 | Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord relevant du dispositif versement de santé s'appliquent à tous les salariés relevant du présent accord titulaires d'un contrat à durée indéterminée ou d'un contrat à durée déterminée de plus de trois (3) mois ou à terme imprécis quelle que soit la durée de la période minimale dans une entreprise ou une exploitation agricole entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont exclus du dispositif versement de santé :

- les salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et techniciens, agents de maîtrise, cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;

- les VRP ressortissants d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission à terme précis d'une durée inférieure ou égale à 3 mois. Pour ces salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé est assurée par le dispositif versement santé tel que défini dans l'article 3.8 du présent accord.

Toutefois l'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole pourra, conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, étendre facultativement ou obligatoirement le dispositif versement de santé, détaillé ci-après, aux ayants droit du salarié ».

L'article 4.1 « Bénéficiaires » est remplacé intégralement par la rédaction suivante :

« Article 4.1 | *Bénéficiaires*

Les dispositions du présent accord au titre des garanties prévoyance s'appliquent à tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 ayant au moins six (6) mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont donc exclus du dispositif de prévoyance :

- les salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et techniciens, agents de maîtrise, cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP ressortissants d'autres dispositions conventionnelles.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert six (6) mois d'ancienneté. »

2. Modification de l'article 3.5 « Contrat "solidaire" et "responsable" »

L'article 3.5 « Contrat "solidaire" et "responsable" » est remplacé intégralement par la rédaction suivante :

« Article 3.5 | *Contrat "solidaire" et "responsable"*

Le présent régime s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits "responsables", institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures. En cas de modifications législatives et/ou réglementaires, les garanties seront automatiquement révisées dans les conditions et délais fixés par les textes.

À ce titre, il répond à l'ensemble des conditions de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L. 911-7 et D. 911-1 de ce même code.

Les remboursements garantis par le présent contrat s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux, dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale et/ou en euros.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf exceptions prévues par la règle-

mentation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au tableau de garanties. »

3. Modifications de l'article 5.2.1 « Dispositifs de prévention et d'action sociale »

L'article 5.2.1 « Dispositifs de prévention et d'action sociale » est complété par l'ajout d'un tiret au début de la liste rédigé comme suit :

« – une action collective de prévention visant à l'octroi d'une aide en faveur des salariés aidants visant notamment à faciliter leurs recours aux prestations et aux dispositifs de répit proposés par les associations et/ou la MSA ; »

4. Modifications de l'annexe 1 « Tableau de garanties frais de santé »

Le tableau des garanties figurant en annexe 1 et annoncé par l'article 3.4 de l'accord est remplacé par le tableau suivant qui intègre notamment les évolutions liées au dispositif MonPsy et au forfait patient urgences :

« Tableau des garanties frais de santé

Les prestations du présent contrat 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 (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, notamment : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait patient urgences, du forfait "actes lourds", du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100 % santé en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optiques et du plafond pour les aides auditives.

Les remboursements garantis s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au présent tableau de garanties.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale et/ou en euros.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au présent tableau de garanties.

(Voir page suivante.)

NATURE DES FRAIS ACCORD DES BOUCHES-DU-RHONE	Remboursement du régime de base	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
SOINSCOURANTS			
Honoraires médicaux (y compris téléconsultation) :			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	130 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	110 % BR	180 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 12 séances/an	60% BR	40 % BR	100 % BR
Sage-femmes	70% BR	30%BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire ⁽²⁾	de 60 % à 100% BR	40 % BR	100 % BR
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie ⁽²⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention ⁽³⁾	de 35 % à 70% BR	30 % à 65 % BR	100 % BR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie		150€/an	150€/an
Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	65 % BR	35 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré"(y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	30 % BR	70 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible"(y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	85 % BR	100% BR
-Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti grippale	De 65% BR à 100%BR	De 0 à 35% BR	100% BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base		40€/an/bénéficiaire	40€/an/bénéficiaire
-Sevrage tabagique non remboursé par le régime de base		150€ / an	150€ / an
Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	40 % BR	100 % BR
- gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % ou 100 % BR	40 % ou 0 % BR	100 % BR

HOSPITALISATION			
Frais de séjour	80 % ou 100 % BR	20 % BR	100 % BR
Honoraires :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM (1)	80 % ou 100 % BR	175 % ou 155 % BR	255 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM (1)	80 % ou 100 % BR	120 % ou 100 % BR	200 % BR
- Forfait actes lourds (4)		100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier (5)		100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgences (6)		100% FR	100%FR
Chambre particulière hors maternité et psychiatrie, y compris en ambulatoire (par jour/bénéficiaire)		78€/jour pendant 60 jours puis 25€/jour	78€/jour pendant 60 jours puis 25€/jour
Chambre particulière en maternité (par jour/bénéficiaire)		25€/jour	25€/jour
Chambre particulière en psychiatrie, y compris en ambulatoire (par jour/bénéficiaire)		25€/jour	25€/jour
Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire dans la limite de 30 jours/an)		52€/jour	52€/jour
Forfait maternité (dans la limite des frais engages)		1/3 PMSS	1/3 PMSS
OPTIQUE			
Monture et verres : Expression des garanties			
1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans (7)			
Equipements 100% santé (Classe A) (8)			
- Monture	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Verre	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
Autres équipements (Classe B)			
- Monture	60 % BR	100€-RO	100€
- Verre simple (9)	60 % BR	175€-RO	175€
- Verre complexe (9)	60 % BR	175€-RO	175€
- Verre très complexe (9)	60 % BR	175€-RO	175€
Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B (8)	60 % BR	Frais réels	Frais réels
Supplément pour verre avec filtre (8)	60 % BR	Frais réels	Frais réels
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR + 300€	100 % BR + 300€
Lentilles non remboursées par le régime de base		300€/an/bénéficiaire	300€/an/bénéficiaire

DENTAIRE			
Soins, actes, consultations et prothèses 100% Santé ⁽⁸⁾	70 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
Soins, actes et consultations (hors 100% Santé)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Inlay Onlay (hors 100% Santé)	70 % BR	100 % BR	170 % BR
Prothèses et inlays core (hors 100% Santé) :			
-Inlays core à honoraires maîtrisés ou libres	60% BR	65% BR	125%BR
- prothèses à honoraires maîtrisés	70 % BR	210 % BR + 300€	280 % BR + 300€
- prothèses à honoraires libres	70 % BR	210 % BR + 300€	280 % BR + 300€
Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	150 % BR	220 % ou 250 % BR
AIDES AUDITIVES (10)			
Equipements 100% Santé (Classe I) ⁸⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	1700€ - RO/oreille	1700€/oreille
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	1700€ - RO/oreille	1700€/oreille
CURES THERMALES			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux, transport, hébergement, surveillance ⁽¹¹⁾	65 % ou 70 % BR	30 % BR	100 % BR
DIVERS			
Transports urgents préhospitaliers (TUPH) remboursés par le régime de base	65 % ou 100 % BR	35 % BR	100 % BR
Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	65 % ou 100 % BR	35 % BR	100 % BR
Assistance		Inclus	Inclus
Réseau de soins		Inclus	Inclus

BR : base de remboursement ; RO : régime obligatoire ; FR : frais réels ; PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non 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). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité. Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes sauf si le tableau de garantie prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste soins courants "honoraires médicaux - honoraires des médecins spécialistes".

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(5) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(6) Forfait patient urgences : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13- I du code de la sécurité sociale.

(7) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(8) tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(9) verres simples Classe B :

- verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre \leq +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) \leq 6 dioptries
- verres neutres

verres complexes Classe B

- verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre $>$ +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère $<$ -6 dioptries et cylindre \geq 0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $>$ 6 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre \leq +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) \leq 8 dioptries

verres très complexes Classe B

- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre $>$ +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère $<$ -8 dioptries et cylindre \geq 0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S $>$ 8 dioptries

(10) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

(11) En cas de dépassement d'honoraires se référer au poste soins courants « honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes »

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est réduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

5. Autres dispositions de l'accord

Les autres dispositions de l'accord ne sont pas modifiées par le présent avenant.

Article 2 | *Entrée en vigueur, dépôt et extension*

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Les dispositions arrêtées au présent avenant prendront effet le premier jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tard le 1^{er} janvier 2025.

Le présent avenant sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension conformément aux dispositions légales.

Fait à Aix-en-Provence, le 29 octobre 2024.

(Suivent les signatures.)