

SECTEUR PROFESSIONNEL : personnel des exploitations agricoles et des entreprises de travaux agricoles et ruraux

SECTEUR GEOGRAPHIQUE : départemental

OBJET : **AVENANT N°4 DU 7 DECEMBRE 2018 A L'ACCORD COLLECTIF DU 3 DECEMBRE 2009 INSTAURANT UNE ASSURANCE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE AU PROFIT DES SALARIES NON CADRES DES EXPLOITATIONS AGRICOLES ET DES ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX DE LA CREUSE**

CATEGORIE DE TEXTE : convention collective départementale de travail

DATE DE LA CONVENTION : 27 octobre 1993

ETENDUE PAR ARRETE DU : 18 février 1994

PUBLIE AU JOURNAL OFFICIEL DU : 2 mars 1994

INTITULE : **AVENANT N°4 DU 7 DECEMBRE 2018 A L'ACCORD COLLECTIF DU 3 DECEMBRE 2009 INSTAURANT UNE ASSURANCE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE AU PROFIT DES SALARIES NON CADRES DES EXPLOITATIONS AGRICOLES ET ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX DE LA CREUSE**

IDCC : 9231

NOR :

*Déposé le 7 décembre 2018
Enregistré le 7 décembre 2018
Sous le n° 2018/02*

Pour la Directrice,
Et par délégation
La Directrice Adjointe
En charge du Pôle 3 E

Pierrette BEAUFERT

ENTRE

La Fédération Départementale des Syndicats des Exploitants Agricoles de la Creuse,
Le Syndicat Départemental des Entrepreneurs de Travaux Agricoles et Ruraux de la Creuse,
La Fédération Départementale des Coopératives d'Utilisation de Matériel Agricole de la Creuse,

D'une part,

ET

Le syndicat F.G.T.A.- F.O. de la Creuse, *GC*
La Fédération Nationale Agro-alimentaire et forestière CGT,
Le syndicat C.F.T.C.-Agri de la Creuse, *HPP*
Le syndicat National des Cadres des Entreprises agricoles SNCEA-CFE-CGC,
Le Syndicat Général Agroalimentaire C.F.D.T. du Limousin, *SG BGF*

D'autre part,

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

Préambule

Les partenaires sociaux signataires de l'accord départemental du 3 décembre 2009 relatif à l'assurance complémentaire frais de santé pour les salariés non cadres des exploitations agricoles et des entreprises de travaux agricoles et ruraux de la Creuse, se sont accordés pour procéder aux améliorations du tableau de garanties d'assurance complémentaire santé, pour se mettre en conformité avec l'avenant 6 du 17 avril 2018 à l'accord national du 10 juin 2008 concernant la protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance.

Et, au vu de l'équilibre constaté de l'assurance complémentaire frais de santé, les garanties optiques et dentaires sont améliorées.

Article 1 – Modification intégrale de l'annexe 1 intitulée « Tableau des garanties d'assurance Complémentaire Santé »

L'annexe 1 à l'accord départemental initial est annulée et remplacée. Elle figure en annexe 1 du présent avenant.

Article 2 – Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Article 3 – Date d'effet

Le présent avenant prendra effet le 1^{er} jour du trimestre civil suivant la publication au journal officiel de son arrêté d'extension, et au plus tôt le 1^{er} avril 2019.

Fait à Guéret, en 5 exemplaires signés et chaque page paraphée, le 7 décembre 2018.

La Fédération Départementale des Syndicats des Exploitants Agricoles de la Creuse,

JARON Thierry



Le Syndicat Départemental des Entrepreneurs de Travaux Agricoles et Ruraux de la Creuse,

Sebbiard Christian



La Fédération Départementale des Coopératives d'Utilisation de Matériel Agricole de la Creuse,

BOUYERON Fédérica

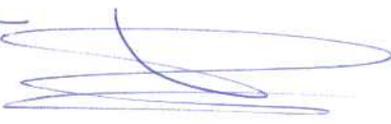


Le syndicat F.G.T.A.- F.O. de la Creuse,

Garnet Christophe



La Fédération Nationale Agro-alimentaire et forestière CGT,

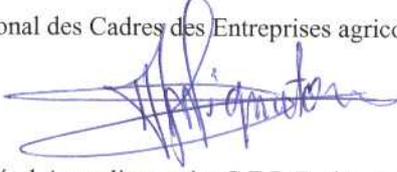
AUBERT D. 

Le syndicat C.F.T.C.-Agri de la Creuse,

PETIT-PIERRE Herve

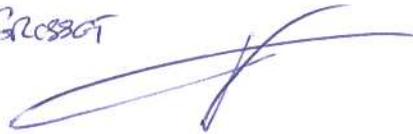


Le syndicat National des Cadres des Entreprises agricoles SNCEA-CFE-CGC,



Le Syndicat Général Agroalimentaire C.F.D.T. du Limousin,

Stephane Gressot



AD HPP JT
HPP JC CG S0 BF

Annexe 1 : Tableau des garanties d'assurance Complémentaire Santé

	Remboursement du régime de base	Remboursements en complément de la MSA	
		Niveau 1 Régime conventionnel obligatoire	Niveau 2 Régime facultatif
FRAIS MEDICAUX			
Honoraires praticiens : généralistes, spécialistes	70% BR	30% BR	30% BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents aux DPTM (1)		100% BR	200% BR
Médecins non adhérents aux DPTM (1)		80% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire	De 60% à 100% BR	De 0% à 40% BR	De 0% à 40% BR
Sages-femmes	70% BR	30% BR	30% BR
Actes de prévention (2)	De 35% à 70% BR	De 30% à 65% BR	De 30% à 65% BR
Radiologie, imagerie, électroradiographie	70% BR	40% BR	40% BR
Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60% BR	40% BR	40% BR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, homéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie	-	30€/ 1 séance/an/bénéficiaire	30€/an/bénéficiaire/ limité à 4 séances/an
PHARMACIE			
Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65% BR	35% BR	35% BR
Médicaments à service médical rendu "modéré"	30% BR	70% BR	70% BR
Médicaments à service médical rendu "faible"	15% BR	85% BR	85% BR
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	-	40€/an/bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	40€/an/bénéficiaire	40€/an/bénéficiaire
Sevrage tabagique	-	-	30€/an/bénéficiaire
APPAREILLAGE			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60% ou 100% BR	240% BR	440% BR
Prothèses auditives remboursées par le régime de base	60% BR	390% BR + 200€/an/bénéficiaire cumulable sur 3 ans	390% BR + 350€/an/bénéficiaire cumulable sur 3 ans
HOSPITALISATION (conventionné ou non, y compris psychiatrie)			
Frais de séjour	80% ou 100% BR	0% ou 20% BR	0% ou 20% BR
Honoraires	80% ou 100% BR	0% ou 20% BR	0% ou 20% BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents aux DPTM (1)		400% BR	400% BR
Médecins non adhérents aux DPTM (1)		100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier (3)	-	100% FR	100% FR
Chambre particulière	-	52€/j pendant 60 jours puis 25€/jour	78€/j pendant 60 jours puis 25€/jour
Frais accompagnement (enfant de moins de 16 ans, limité à 30 jours/an)	-	52€/jour	52€/jour
MATERNITE (conventionné ou non)			
Frais de séjour	80% ou 100% BR	0% ou 20% BR	0% ou 20% BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents aux DPTM (1)		200% BR	200% BR
Médecins non adhérents aux DPTM (1)		100% BR	100% BR
Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Forfait journalier hospitalier (3)	-	100% FR	100% FR
Chambre particulière	-	52€/jour	55€/jour
DIVERS			
Cures thermales : frais balnéaires remboursés par le régime de base (honoraires médicaux, transports, hébergements, surveillance)	65% ou 70% BR	30% ou 35% BR	30% ou 35% BR + 150€/an
Transports remboursés par le régime de base	65% ou 70% BR	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds (4)	-	100% FR	100% FR
OPTIQUE			
Equipement verres + monture (5)		Plafond max monture 150€	Plafond max monture 150€
Equipement monture + 2 verres simples (6)	60% BR	414€	470€
Equipement monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou très	60% BR	467€	607€

HAP JT
 M9 MM JC CG BF

complexe (6)			
Equipement monture + 2 verres complexes ou très complexes, ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe (6)	60% BR	520€	750€
Lentilles remboursées par le régime de base (par an)	60% BR	40% BR + 350€	40% BR + 475€
Lentilles non remboursées par le régime de base (par an)	-	100€/an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire
Chirurgie corrections oculaires	-	350€/an/bénéficiaire	475€/an/bénéficiaire
DENTAIRE			
Soins dentaires	70% BR	30% BR	30% BR
Prothèses dentaires remboursées ou non remboursées (7) par le régime de base (y compris couronne implanto-portée ; hors Inlays cores et Inlays/Onlays)	70% BR	200% BR + 350€/an/bénéficiaire	200% BR + 475€/an/bénéficiaire
Inlays Onlays	70% BR	140% BR + 350€/an/bénéficiaire	140% BR + 475€/an/bénéficiaire
Inlay Cores acceptés par le régime de base	70% BR	55% BR	55% BR
Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	200€/an/bénéficiaire	400€/an/bénéficiaire
Parodontologie (8)	-	100€/an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	70% ou 100% BR	180% BR	280% BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	-	100€/an/bénéficiaire
ASSISTANCE			
RESEAU DE SOINS		OUI	OUI

(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) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information 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, pneumocoques, selon âge).

(3) A l'exclusion des établissements médicaux sociaux

(4) forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire 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).

(5) La période de prise en charge de 2 ans, à partir de la date d'acquisition de l'équipement, est réduite à un an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue.

(6) Verres simples : sphère comprise entre -6 +6 dioptries ou/et cylindre <=4 dioptries

Verres complexes :

- verres simple foyer sphère hors zone > -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

(7) Le remboursement des prothèses dentaires non remboursées par le régime de base est limité au forfait en euros.

(8) Pour les garanties non remboursées par le régime de base, le remboursement complémentaire se limite au forfait en euros.

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

FR : Frais réels

BR : base de remboursement s'appliquant aux régimes d'assurances maladie obligatoires français

Les remboursements régime d'assurance maladie obligatoire + part complémentaire sont limités aux frais réels.

Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire de l'assuré (article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement.

Les remboursements du régime conventionnel et du régime optionnel s'entendent part régime obligatoire non comprise.

AD

MM JC HOP BF CG JT

