

**Avenant n° 6 du 17 avril 2018 à l'Accord National du
10 juin 2008 sur une protection sociale
complémentaire en Agriculture et la création d'un
régime de prévoyance**

Entre :

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles ci-après :

- La Fédération Nationale des Syndicats d'Exploitants Agricoles (FNSEA) *JU*
- La Fédération Nationale des Entrepreneurs des Territoires (FNEDT)
- La Fédération Nationale du Bois (FNB)
- Les Forestiers Privés de France (FPF)
- La Fédération Nationale des Coopératives d'Utilisation de Matériel Agricole (FNCUMA)
- L'Union Syndicale des Rouisseurs Teilleurs de Lin de France (USRTL)

D'une part,

Et

- La Fédération Générale Agroalimentaire CFDT
- La Fédération Nationale Agroalimentaire et Forestière CGT
- La Fédération Générale des Travailleurs de l'Agriculture, de l'Alimentation et des secteurs connexes FO
- La Fédération CFTC de l'Agriculture *PO*
- Le Syndicat National des Cadres d'Entreprises Agricoles CFE/CGC *[Signature]*

D'autre part,

SUITE A NEGOCIATION ET ACCORD DES PARTIES, IL A ETE CONVENU CE QUI
SUIT :

FT

JU PO [Signature]

ES

PREAMBULE

Le 15 septembre 2015, les organisations syndicales et professionnelles agricoles ont conclu l'avenant n°4 de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance (complété par un avenant n°5 signé le 28 septembre 2016), instituant des garanties collectives poursuivant un objectif social et caractérisées par la mise en œuvre du principe de solidarité.

Par le présent avenant n°6, les organisations syndicales et professionnelles agricoles ont décidé d'élargir la mutualisation du fonds social de solidarité institué au niveau national aux accords dits « locaux ».

Par ailleurs, les partenaires sociaux ont souhaité apporter des améliorations aux garanties frais de santé.

Les partenaires sociaux ont décidé de modifier le montant de référence lié au versement santé, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Enfin, les partenaires sociaux ont également décidé de modifier le mode de revalorisation annuelle des prestations du dispositif prévoyance.

Article 1. Modifications apportées à l'accord

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles signataires décident d'apporter les modifications suivantes :

- *Les paragraphes 3 et 4 de l'article 5-4 « Assiette de calcul des prestations » sont modifiés comme suit :*

« Si une période de maladie a précédé le décès, le salaire de référence est revalorisé selon le coefficient déterminé par l'organisme assureur, intervenu entre la date d'arrêt de travail (l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'incapacité –temporaire ou permanente- professionnelle), l'invalidité et le décès.

Si une période d'incapacité temporaire (professionnelle ou non) a précédé l'état d'incapacité permanente professionnelle ou d'invalidité, le salaire de référence est revalorisé selon le coefficient déterminé par l'organisme assureur intervenu entre la date d'arrêt de travail et la reconnaissance de l'incapacité permanente professionnelle ou de l'invalidité. »

- *L'article 5.8 est réécrit comme suit :*

« Article 5.8 Revalorisation annuelle des prestations du dispositif de prévoyance »

Les prestations prévoyance, en cours de service, au titre du présent accord, feront l'objet d'une revalorisation selon les modalités définies par l'organisme assureur.

En cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat collectif d'assurance, auprès duquel l'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole a décidé de s'assurer, le service des prestations est maintenu, conformément aux dispositions de l'article 6.6 du présent accord, au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation jusqu'à la survenance d'un événement contractuellement prévu mettant fin à la garantie (reprise d'activité, retraite décès...).

En cas de décès faisant suite à un arrêt de travail indemnisé, le salaire de référence au titre de la présente garantie est revalorisé selon le coefficient déterminé par l'organisme assureur.

- *L'article 6.3 est réécrit comme suit :*

FT

AS

Q

PP JV

CS

« Article 6.3 Mise en œuvre du principe de solidarité »

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies aux articles 6.3.1 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1% de la cotisation Hors Taxes de la couverture frais de santé et prévoyance sera affectée au financement de ces mesures.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ci-après ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le salarié ou ses ayants droit le cas échéant, auprès de l'organisme chargé de la gestion de ces mesures.

Article 6.3.1 Dispositifs de prévention et d'action sociale

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent dispositif frais de santé et prévoyance, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, doivent comprendre une ou plusieurs des actions suivantes :

- Une action collective de prévention sur les troubles musculo-squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- Une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- Une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle / retraite, du vieillissement et de leur santé (par les biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- Un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole notamment en cas d'handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- Un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150€ à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- Le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini aux articles 6.3.2 et 6.3.3.

Article 6.3.2 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisées

L'adhésion des salariés - y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant - à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les trois (3) premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- Le congé sans solde ;
- Le congé sabbatique ;
- Le congé parental d'éducation à plein temps ;
- Le congé pour création d'entreprise ;
- Le congé de solidarité internationale ;

PD PS JV FT CS

- Le congé de solidarité familiale ;
- Le congé de formation ;
- Le congé d'enseignement ou de recherche.

Après cette période, lesdits salariés peuvent, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont ils relèvent à titre individuel à continuer de bénéficier de la garantie complémentaire santé sous réserve qu'ils s'acquittent seuls de l'intégralité de la cotisation au titre du contrat collectif concerné, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur.

Article 6.3.3 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisées

L'adhésion des salariés – y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant – à la couverture frais de santé et prévoyance est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le dispositif de protection sociale complémentaire.

Si l'absence est inférieure à un (1) mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement, et la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ou complément de salaire versé par l'employeur. »

Article 6.3.4 Mutualisation du fonds de solidarité national

Il est institué un fonds au niveau national destiné à recueillir la cotisation visée à l'article 6.3. Les accords des secteurs de la production agricole ayant un champ professionnel et/ou territorial plus restreint que l'accord national (dénommés « accords locaux ») peuvent participer à la mutualisation du fonds de solidarité institué au niveau national. Chaque année, les partenaires sociaux définissent les actions de solidarité prioritaires au niveau de la branche. »

- *La rubrique « Calcul du versement santé » de l'article 4.8 est réécrite comme suit :*

« Calcul du versement santé :

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 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 1 « Dispositif frais de santé » est modifiée comme suit :*

Le tableau des garanties est remplacé par le tableau ci-après, en Annexe 1 du présent avenant.

FT Q R S T

Article 2 : Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant celui de la publication de son arrêté d'extension.

Article 3 : Dépôt et extension

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Fait à Paris, le 17 avril 2018

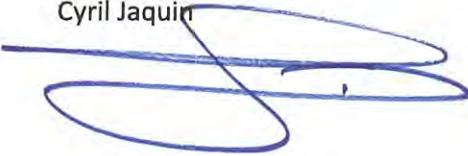
F.N.S.E.A.

Jérôme Volle



F.N.C.U.M.A.

Cyril Jaquin



F.N.E.D.T

Marie-Christine Lemaître

F.N.B

Philippe Siat

F.P.F.

Luc Bouvarel

U.S.R.T.L.

Daniel Bonte

FGA/CFDT

Fabien Guimbretière

FRANCK TIMIERGE

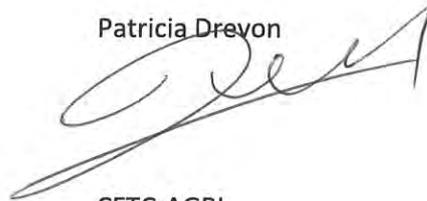


FNAF/CGT

Johnny Néto

FGTA/FO

Patricia Dreyon



CFTC-AGRI

Pierre Jardon



SNCEA/CFE-CGC

Bernard Pire



FT

Annexe 1 - Dispositif frais de santé

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT REGIME DE BASE		REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE (incluant le remboursement du régime de base)			
	MSA Hors Alsace Moselle	MSA Alsace Moselle	Socle obligatoire conventionnel	Option 1	Option 2	Option 3
Frais médicaux						
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes et spécialistes (1)	70%	90%	100 % BR	150 % BR (non DPTM) 170 % BR (DPTM)	200 % BR (non DPTM) 220 % BR (DPTM)	200 % BR (non DPTM) 220 % BR (DPTM)
Actes Techniques et dépassement d'honoraires (1)	70%	90%	100 % BR	150 % BR (non DPTM) 170 % BR (DPTM)	200 % BR (non DPTM) 220 % BR (DPTM)	200 % BR (non DPTM) 220 % BR (DPTM)
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM...) (1)	70%	90%	100 % BR	150 % BR (non DPTM) 170 % BR (DPTM)	190 % BR (non DPTM) 210 % BR (DPTM)	190 % BR (non DPTM) 210 % BR (DPTM)
Sages-femmes	70%	90%	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Auxiliaires médicaux	60%	90%	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Analyses médicales	60% ou 100%	90% à 100%	100 % BR	120 % BR	180 % BR	180 % BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie	-	-	30 € / 1 séance / an / bénéficiaire	30 € / 2 séances / an / bénéficiaire	30 € / 4 séances / an / bénéficiaire	30 € / 4 séances / an / bénéficiaire
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	30 € à 180 € / an / bénéficiaire	50 € à 200 € / an / bénéficiaire	50 € à 200 € / an / bénéficiaire
Actes de prévention (2)	35% à 70%	35% à 90%	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie						
Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65% BR	90%	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Médicaments à service médical rendu "modéré"	30% BR	80%	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu "faible"	15% BR	15%	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	-	Néant	20 € / an / bénéficiaire	30 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	-	Néant	20 € / an / bénéficiaire	30 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire
Hospitalisation (conventionné ou non)						
Frais de séjour	80% à 100%	100%	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraire médical et chirurgical	80% à 100%	100%	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires	-	-	100 % BR (non DPTM) ⁽¹⁾ 155 % BR (DPTM)	100 % BR (non DPTM) ⁽¹⁾ 250 % BR (DPTM)	100 % BR (non DPTM) ⁽¹⁾ 250 % BR (DPTM)	100 % BR (non DPTM) ⁽¹⁾ 250 % BR (DPTM)
Forfait Journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	-	100%	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €)	-	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	-	-	25 € / jour	30 € / jour	40 € / jour	75 € / jour pdt 60 jours maximum / an puis 25 € par jour
Chambre particulière	-	-	25 € / jour	55 € / jour	80 € / jour	80 € / jour
Psychiatrie	-	-	25 € / jour	30 € / jour	40 € / jour	75 € / jour pdt 45 jours / an
Frais accompagnant (moins de 16 ans)	-	-	Néant	25 € / jour	35 € / jour	50 € / jour pdt 10 jours maximum / an puis 30 € par jour
Maternité ⁽³⁾	-	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS	2/5 PMSS	2/5 PMSS
Frais de transport	65%	65%	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65% à 70%	65% à 90%	65% à 90% BR	100 % BR	100 % BR	100% BR + 150 € / an / bénéficiaire

Avenant n° 6 du 17 avril 2018
à l'Accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en Agriculture et la création d'un régime de prévoyance

SR

BO

AD

AT

Dentaire										
Soins Dentaires	70%	90%	100 % BR							
Inlays et Onlays (acceptés par le régime de base)	70%	90%	125 % BR	200 % BR	200 % BR	225 % BR	250 % BR	250 % BR	250 % BR	250 % BR
Inlay Cores (acceptés par le régime de base)	70%	90%	125 % BR	690 % BR + 400 € / an / bénéficiaire						
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoprotégées)	70%	90%	210 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 360 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 360 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 450 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 450 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 450 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 450 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 450 € / an / bénéficiaire
Prothèses dentaires (refusées par le régime de base) [y compris implantologie pour les options 1, 2 et 3]	-	-	Néant	150 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire				
Parodontologie (refusée par le régime de base)	-	-	Néant	80 € / an / bénéficiaire	80 € / an / bénéficiaire	90 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70% à 100%	90% à 100%	160 % BR	160 % BR	160 % BR	230 % BR	300 % BR	300 % BR	300 % BR	300 % BR
Orthodontie (refusée par le régime de base)	-	-	Néant	100 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire				
Optique										
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) (4)	Tous les 2 ans		Tous les 2 ans							
Monture seule	60%	90%	455 % BR	60 % / 90% BR + 100 €	60 % / 90% BR + 100 €	60 % / 90% BR + 150 €	60 % / 90% BR + 150 €	60 % / 90% BR + 150 €	60 % / 90% BR + 150 €	60 % / 90% BR + 150 €
2 verres simples classe (a) (5)	60%	90%	60 % / 90 % BR + 200 €	60 % / 90% BR + 200 €	60 % / 90% BR + 200 €	60 % / 90% BR + 300 €	60 % / 90% BR + 300 €	60 % / 90% BR + 300 €	60 % / 90% BR + 300 €	60 % / 90% BR + 300 €
2 verres complexes classe (b) (5)	60%	90%	60 % / 90 % BR + 350 €	60 % / 90% BR + 500 €	60 % / 90% BR + 500 €	60 % / 90% BR + 600 €	60 % / 90% BR + 600 €	60 % / 90% BR + 600 €	60 % / 90% BR + 600 €	60 % / 90% BR + 600 €
2 verres très complexes classe (c) (5)	60%	90%	60 % / 90 % BR + 350 €	60 % / 90% BR + 500 €	60 % / 90% BR + 500 €	60 % / 90% BR + 600 €	60 % / 90% BR + 600 €	60 % / 90% BR + 600 €	60 % / 90% BR + 600 €	60 % / 90% BR + 600 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) (5)	60%	90%	60 % / 90 % BR + 275 €	60 % / 90% BR + 350 €	60 % / 90% BR + 350 €	60 % / 90% BR + 450 €	60 % / 90% BR + 450 €	60 % / 90% BR + 450 €	60 % / 90% BR + 450 €	60 % / 90% BR + 450 €

AD

1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60%	90%	60 % / 90 % BR + 275 €	60 % / 90% BR + 350 €	60 % / 90 % BR + 450 €	60 % / 90 % BR + 450 €
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60%	90%	60 % / 90 % BR + 350 €	60 % / 90% BR + 500 €	60 % / 90 % BR + 600 €	60 % / 90 % BR + 600 €
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0% à 60%	0% ou 90%	100 % BR + 100 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 150 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 200 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 200 € / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	-	Néant	Néant	Néant	300 € / an / bénéficiaire
Prothèse hors dentaire						
Prothèse auditive (hors entretien)	60%	90%	100 % BR	400 % BR + 200 € / an / bénéficiaire	400 % BR + 200 € / an / bénéficiaire	400 % BR + 200 € / an / bénéficiaire
Autres prothèses et petit appareillage	60%	90%	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Gros appareillage	100%	100%	100 % BR	200 % BR	200 % BR	285 % BR + 200 € / an (fauteuil roulant)
Fourniture médicale et pansement	60%	90%	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Légende :

BR : Base de Remboursement

TM : Ticket Modérateur

DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

FR : Frais Réels

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO).

(2) Tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire(1) Médecin adhérent ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO).

(3) Dans la limite des frais réellement engagés

(4) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles

Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre ≤ + 4,00 dioptries

Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs

Verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries

(5) Y compris forfait monture

FT