

**Accord professionnel**

**RÉGIME D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS  
NON CADRES DES ENTREPRISES ET EXPLOITATIONS AGRICOLES  
(MEURTHE-ET-MOSELLE)**

---

ACCORD DU 29 JUIN 2009

INSTAURANT UN RÉGIME D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE  
FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS NON CADRES

NOR : *AGRS0997138M*

---

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles de  
Meurthe-et-Moselle (FDSEA) ;

La fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel  
agricole de Meurthe-et-Moselle (CUMA) ;

Les entrepreneurs des territoires (EDT) de la Lorraine ;

Le syndicat des pépiniéristes et horticulteurs de Meurthe-et-Moselle,

D'une part, et

L'union départementale des syndicats CFDT ;

L'union départementale des syndicats CGT ;

L'union départementale des syndicats CGT-FO ;

L'union départementale des syndicats CFTC ;

Le syndicat des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Par le biais du présent accord, les partenaires sociaux signataires ont souhaité mettre en place un régime collectif obligatoire de protection sociale complémentaire en application des dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 portant sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance.

Les partenaires sociaux signataires entendent ainsi :

- permettre aux salariés agricoles non cadres relevant des activités définies ci-après du département de Meurthe-et-Moselle de bénéficier d'une couverture santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable ;

- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche ;
- conserver la maîtrise du régime au niveau local.

Le présent accord constitue un accord collectif autonome et distinct de la convention collective de travail du 29 avril 1977 concernant les exploitations de polyculture-élevage, de productions de fruits, les entreprises de travaux agricoles, d'aménagement ruraux et forestiers et des CUMA de Meurthe-et-Moselle, de la convention collective de travail du 19 juin 1969 concernant les exploitations horticoles et pépinières de Meurthe-et-Moselle, de la convention collective de travail du 22 février 1972 concernant les exploitations maraîchères et de serre de Meurthe-et-Moselle et Moselle, de la convention collective de travail du 28 février 1972 concernant les exploitations forestières de Meurthe-et-Moselle et Vosges.

## **Article 1<sup>er</sup>**

### *Champ d'application professionnel et territorial*

Le présent accord s'applique de manière obligatoire à l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des exploitations et entreprises agricoles relevant des activités agricoles définies ci-après :

- polyculture et élevage ;
- production de fruits ;
- travaux agricoles, d'aménagements ruraux et forestiers ;
- CUMA ;
- horticulture et pépinières ;
- structures d'accueil touristique situées sur l'exploitation ou dans les locaux de celle-ci, à l'exclusion des centres équestres ;
- activités ayant pour support l'exploitation 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.

Le présent accord s'applique aux entreprises et établissements ayant leur siège social en Meurthe-et-Moselle.

Le siège s'entend, selon la nature de l'activité, des bâtiments principaux d'exploitation ou du siège social déclaré dans les statuts.

## **Article 2**

### *Objet*

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un régime d'assurance complémentaire santé collectif et obligatoire au bénéfice des salariés des entreprises relevant de son champ d'application.

Cette assurance couvrira à titre obligatoire le salarié tel que visé à l'article 4 dans le cadre d'un régime « isolé ».

Ses ayants droit pourront néanmoins être affiliés à titre facultatif dans le cadre d'une extension « famille ».

### **Article 3**

#### *Entrée en vigueur*

Le présent accord entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Il s'imposera à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 aux employeurs et salariés ressortissant à des entreprises adhérentes aux organisations signataires et à compter de la date de son extension, à l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application.

Le présent accord pourra toutefois être appliqué de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissant à des entreprises non adhérentes aux organisations signataires à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, si son extension devait intervenir postérieurement à cette date.

Les partenaires sociaux signataires se réservent le droit de renégocier le contenu du présent accord si les circonstances en démontrent l'utilité.

Le régime établi par le présent accord ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet.

### **Article 4**

#### *Salariés bénéficiaires*

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié non cadre ayant 6 mois d'ancienneté et plus dans l'entreprise et relevant du champ d'application du présent accord.

Pour les dispositions du présent accord, la condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert 6 mois d'ancienneté.

En sont exclus :

- les cadres ou assimilés relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de complémentaire santé défini dans la convention collective du 2 avril 1952 ;
- les catégories particulières de salariés (VRP, bûcherons-tâcherons, par exemple) relevant d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés non cadres définis ci-dessus ressortissant à un accord d'entreprise dans les conditions fixées à l'article 8.

S'agissant des salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté permettant de souscrire au régime mis en place par le présent accord, ils peuvent néanmoins accéder à un régime à adhésion volontaire offrant des prestations identiques à un taux de cotisation identique.

Cette garantie de taux ne vaut toutefois qu'à la date d'entrée en vigueur du régime ; par la suite, la cotisation correspondant au régime facultatif pourra en effet évoluer différemment de celle correspondant au régime obligatoire si les résultats financiers de chacun des régimes le justifient.

Ce régime est ouvert auprès du même organisme que celui désigné pour le régime obligatoire, il est défini dans la convention de gestion liant cet organisme aux partenaires sociaux signataires. La cotisation qui en résulte est entièrement à la charge du salarié.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le bénéficiaire sera affilié au titre d'un seul employeur. Il s'agit de l'employeur chez lequel le salarié est embauché à titre principal, à défaut celui auprès duquel le salarié a acquis en premier l'ancienneté requise pour bénéficier du régime, à défaut selon un accord écrit entre les employeurs et le salarié concernés.

## **Article 5**

### *Demande de dispense d'affiliation*

Ont la possibilité de solliciter une dispense afin de ne pas souscrire au présent régime les salariés se trouvant dans l'un des cas ci-dessous :

1. Les salariés bénéficiant déjà, au jour de l'entrée en vigueur du présent accord, d'une couverture complémentaire frais de santé collective obligatoire pour un niveau de prestations supérieur, en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs.

2. Les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. La dispense d'affiliation vaut jusqu'à l'échéance du contrat individuel.

3. Les salariés bénéficiant d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément et ne relevant pas du champ d'application du présent accord.

4. Les salariés à temps partiel, dont la durée de travail est inférieure à un mi-temps et n'ayant qu'un seul employeur, ainsi que les apprentis, si la cotisation qu'ils doivent acquitter au titre de la complémentaire santé est supérieure à 10 % de leur rémunération.

5. Les salariés sous contrats à durée déterminée ou les travailleurs saisonniers titulaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure à 12 mois.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse de la part du salarié concerné, qui devra produire chaque année les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

Au jour de l'entrée en vigueur du présent accord, les salariés concernés doivent faire leur demande d'exclusion par écrit, adressée à l'employeur avant la fin du premier mois d'application de l'accord, en joignant les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur de l'accord, la demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition de 6 mois d'ancienneté.

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d'affiliation il doit en informer l'employeur.

La dispense prend fin en cas de modification de la situation du salarié ne lui permettant plus d'en justifier les conditions, en cas de non-renouvellement annuel des justificatifs ou à sa demande ; il doit alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant.

Dans les cas d'exclusion ou de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

## **Article 6**

### *Garanties*

La nature et le montant des prestations du régime conventionnel sont présentées dans le tableau annexé à l'accord.

Le présent régime ne couvre à titre obligatoire que le salarié seul.

Toutefois, le salarié a la possibilité, à titre facultatif, d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime à sa famille (conjoint et enfant).

Le supplément de cotisation représenté par la souscription à cette option demeure entièrement à la charge du salarié.

Les garanties instaurées en application du présent accord sont établies sur la base de la législation et de la réglementation des régimes de base d'assurance maladie en vigueur à la date de sa conclusion. Elles sont revues, le cas échéant, et sans délai, en cas de changements opérés dans ces textes ayant un impact sur les garanties prévues au titre du présent régime. Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des cotisations en tout ou partie à cette occasion.

Ce régime s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits responsables, défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application.

En tout état de cause, les garanties du présent régime seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits responsables.

Sont couverts tous les actes et frais médicaux courants sur la période de garantie et ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base dont relève l'assuré au titre de la législation maladie, accidents du travail, maladies professionnelles et maternité. Par ailleurs, sont également pris en compte les actes et frais non pris en charge par le régime de base mais expressément mentionnés dans le tableau des garanties.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge de l'assuré, après intervention du régime de base dont relève l'assuré et/ou d'éventuels organismes complémentaires. Les garanties maternité prévues au présent régime n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature du régime de base au titre du risque maternité.

## **Article 7**

### *Gestion du régime*

Pour assurer la gestion du régime d'assurance complémentaire santé défini dans le présent accord et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires ont convenu, après avoir procédé à un appel d'offres, de désigner l'organisme Agri-Prévoyance (21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris) membre du groupe AGRICA.

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans la convention conclue entre l'organisme assureur et les partenaires sociaux signataires.

Les organisations signataires conviennent également de mutualiser les garanties et cotisations prévues par cet accord avec les autres accords signés dans les autres départements de la région Lorraine.

## Article 8

### *Adhésion. – Antériorité des régimes d'assurance complémentaire santé d'entreprise*

L'adhésion de toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord et l'affiliation des salariés bénéficiaires visés à l'article 4 de ces entreprises auprès de l'organisme assureur désigné est obligatoire à compter de la prise d'effet du présent accord, y compris pour les entreprises ayant antérieurement souscrit une garantie frais de santé.

Tout employeur ayant une activité définie à l'article 1<sup>er</sup> du présent accord est tenu d'adhérer au présent régime pour l'ensemble des salariés concernés du présent accord, en application des modalités fixées entre les partenaires sociaux et l'organisme désigné.

Toutefois, les entreprises disposant déjà d'un régime complémentaire santé obligatoire au jour de la signature du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies en annexe du présent accord pour un niveau de prestations supérieur, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord.

En revanche, les entreprises ayant mis en place, préalablement à la signature du présent accord, un régime complémentaire santé obligatoire de niveau égal ou inférieur aux garanties définies en annexe du présent accord, doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel ainsi défini, à compter de la date de son entrée en vigueur.

## Article 9

### *Cotisations*

Le présent accord relève des articles L. 871-1 du code de la sécurité sociale et L. 741-10 du code rural et, à ce titre, les contributions patronales sont exonérées de charges sociales.

#### 1. Taux de cotisations et répartition

Le taux des cotisations mensuelles destinées au financement des prestations définies à l'article 4, couvrant le salarié seul à titre obligatoire, est de 0,94 %. Ce taux est défini en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale et réparti comme suit :

- 17 % à la charge de l'employeur, soit un taux de 0,16 %, dans la limite de 5 € par mois ;
- 83 % à la charge du salarié, soit un taux de 0,78 %.

En cas de souscription à l'extension de garantie prévue à l'article 6, le supplément de cotisation à la charge du salarié est de + 1,57 % pour l'extension des garanties du régime conventionnel à la famille du salarié.

Par ailleurs, les salariés ne remplissant pas les conditions d'ancienneté ainsi que ceux dont le contrat de travail est suspendu sans donner lieu à rémunération peuvent demander à bénéficier des garanties moyennant le paiement à leur charge exclusive de la cotisation suivante :

Tarif pour un salarié de moins de 6 mois ou contrat suspendu sans rémunération : 0,94 %.

Les taux de cotisations ci-dessus sont applicables pour les exercices 2010, 2011, 2012 et 2013 dans le cadre de la réglementation applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2009.

## 2. Collecte

La collecte des cotisations est confiée par l'organisme désigné aux caisses de MSA compétentes sur le territoire concerné selon les termes d'une convention conclue entre eux.

## 3. Suspension du contrat de travail

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du présent régime est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Les contributions de l'employeur et du salarié, définies au point 1 du présent article, sont maintenues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à complément de salaire par l'employeur ou de versement d'indemnités journalières et intervenant après la date d'affiliation au régime, notamment pour congé parental d'éducation, congé sans solde, congé sabbatique ou congé pour création d'entreprise, les garanties prévues par le présent accord peuvent continuer à être accordées, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante, directement auprès de l'organisme assureur. Dans ce cas, l'organisme assureur procédera à la collecte de la cotisation directement auprès du salarié.

## Article 10

### *Couvertures facultatives*

#### 1. Salariés non cadres n'ayant pas 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise

Les travailleurs saisonniers ou les salariés non cadres ayant moins de 6 mois d'ancienneté dans une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application défini par le présent accord, et ne bénéficiant pas de ce fait à titre obligatoire du régime, peuvent demander à bénéficier des garanties prévues par le présent régime moyennant le paiement de la cotisation globale définie à l'article 9. La cotisation globale acquittée sera entièrement financée par le salarié.

#### 2. Ayants droit du salarié bénéficiaire du présent régime

De manière facultative, le salarié peut demander d'étendre le bénéfice des garanties prévues par le présent accord à son et/ou ses ayants droit, moyennant le paiement à sa charge exclusive de la cotisation prévue à l'article 9.

Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription d'un bulletin d'adhésion détaillant les personnes à garantir.

Les modalités de gestion de ces bénéficiaires couverts à titre facultatif seront définies dans le protocole de gestion mentionné à l'article 13.

## Article 11

### *Maintien de garanties au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé*

Conformément aux dispositions prévues par l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie frais de santé peut être maintenue par la souscription d'un contrat individuel proposé par l'organisme assureur, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les ayants droit qui étaient garantis par l'intermédiaire d'un salarié décédé.

L'organisme assureur procédera à la collecte de la cotisation avec une majoration maximum de 50 % par rapport à la cotisation globale des actifs (part employeur et part salarié).

Les intéressés devront en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès du salarié.

Mutualisation :

Le régime des assurés à titre volontaire (travailleurs saisonniers, salariés n'ayant pas l'ancienneté requise, anciens salariés...) est mutualisé dans un compte distinct de celui des assurés à titre obligatoire.

## Article 12

### *Clause de réexamen*

Le régime d'assurance complémentaire santé mis en œuvre par le présent accord fera l'objet d'un réexamen, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date de son entrée en vigueur, pour permettre aux partenaires sociaux signataires d'en revoir, au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les conditions tant en matière de garanties que de financement et de choix de l'organisme assureur.

En cas de dénonciation du présent accord, l'organisme assureur concerné maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation.

## Article 13

### *Accord de gestion spécifique et suivi du régime*

Les modalités de mise en œuvre pratique des garanties prévues par le présent accord font l'objet d'un protocole de gestion distinct qui définit entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux signataires notamment les modalités de suivi du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront dans le cadre d'une réunion de la commission paritaire mixte une fois par an au moins avec les représentants de l'organisme désigné, afin notamment :

- de faire le point des entreprises et salariés relevant du présent accord ;
- de dresser un bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de frais de santé mis en place par l'accord ;



- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime ;
- de vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions ;
- de consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés.

## **Article 14**

### *Dépôt et extension*

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties à tout moment. Les modalités de dénonciation sont celles définies dans l'article L. 2261-9 du code du travail. Il pourra être dénoncé en respectant un préavis de 3 mois et, sauf conclusion d'un nouvel accord, il cessera de produire ses effets après le délai de 1 an à compter du terme du préavis.

En cas de dénonciation du présent accord, l'organisme assureur concerné maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation.

Le présent accord sera établi en nombre suffisant pour être déposé, selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail, à la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de Meurthe-et-Moselle, en l'absence d'opposition après un délai de 15 jours suivant la signature.

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent accord.

Fait à Laxou, le 29 juin 2009.

(Suivent les signatures.)

## ANNEXE

### Liste des garanties

NATURE DES RISQUES	PRESTATIONS RÉGIME conventionnel (y compris régime de base) (1)
<b>Frais médicaux</b> Consultations, visites, médecins ou spécialistes Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes Analyses, examens de laboratoire Radiographie, électroradiologie Actes de prévention responsable (2) Médecine douce non remboursée (acupuncture, homéopathie, ostéopathie, chiropractie)	200 % BR 100 % BR 100 % BR 100 % BR 100 % BR 20 € par consultation dans la limite de 4 par an par famille
<b>Pharmacie</b> Pharmacie remboursée par le régime de base	100 % BR
<b>Optique</b> Soins et honoraires Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée	100 % BR 455 % BR + crédit de 400 € pour 2 ans et boni de 50 € si pas de consommation pendant 3 ans
<b>Dentaire</b> Soins Prothèses dentaires acceptées (et inlays core) Orthodontie acceptée	170 % BR 210 % BR + crédit de 400 € par an 300 % BR
<b>Appareillage</b> Prothèses auditives acceptées Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, autres prothèses, fauteuil roulant	300 % BR 100 % BR
<b>Forfait actes lourds (18 €)</b>	Frais réels
<b>Hospitalisation</b> Frais de soins et séjours (secteur conventionné ou non) Dépassements d'honoraires Forfait hospitalier	100 % BR 200 % BR Frais réels

NATURE DES RISQUES	PRESTATIONS RÉGIME conventionnel (y compris régime de base) (1)
Chambre particulière hors psychiatrie	50 € par jour limité à 30 jours par an
Chambre particulière psychiatrie	puis 25 € par jour
Frais de lit d'accompagnant enfant de moins de 12 ans	50 € par jour limité à 30 jours par an
<b>Maternité</b> Frais de soins et séjours Dépassements d'honoraires et chambre particulière	100 % BR Crédit 1/3 du PMSS par bénéficiaire par maternité
<b>Polyvalent</b> Transport remboursé	100 % BR
(1) Régime de base : régime général. (2) Dans les conditions prévues dans l'arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention obligatoires dans un contrat responsable. BR : base de remboursement ; PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.	

Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement aux régimes d'assurances maladie obligatoire français.

Les remboursements s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats dits responsables, institué par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures.

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

Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire de l'assuré (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale), prévue à 1 € au 1<sup>er</sup> janvier 2005, ne pourront donner lieu à remboursement.

Les garanties en vigueur sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) et s'entendent part régime obligatoire comprise.

## ANNEXE

---

### Cotisations régime général

Salarié Employeur	0,78 % du PMSS, soit 22,30 € 0,16 % du PMSS, soit 4,57 €	26,87 € par mois
+ extension famille à la charge du salarié	1,57 % du PMSS	44,89 € par mois

Les montants en euros mentionnés dans le tableau ci-dessus sont ceux applicables à la date de la signature de l'accord.