

**Accord professionnel**

**RÉGIME D'ASSURANCE SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ  
POUR LES SALARIÉS NON CADRES DES ENTREPRISES  
DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX  
(NORD - PAS-DE-CALAIS)**

ACCORD DU 2 JUILLET 2009  
RELATIF À UN RÉGIME D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ  
NOR : *AGRS0997150M*

Entre :

Les entrepreneurs des territoires du Nord - Pas-de-Calais,

D'une part, et

Le syndicat SGA-CFDT ;

La fédération CFTC-Agri ;

L'union régionale du syndicat FO Nord - Pas-de-Calais,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**PRÉAMBULE**

Par le présent accord, les partenaires sociaux des entreprises de travaux agricoles et ruraux du Nord - Pas-de-Calais ont souhaité mettre en place un régime régional de protection sociale complémentaire comme le leur permettait l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance.

Les partenaires sociaux ci-dessus désignés entendent ainsi :

- permettre aux salariés agricoles non cadres de la région 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 est un accord distinct de la convention collective de travail régissant la branche d'activité dans les territoires ci-dessus visés.

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

*Champ d'application*

Le présent accord est applicable à l'ensemble des salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux du Nord - Pas-de-Calais, affiliées au régime agricole de protection sociale.

Dans le champ d'application du présent accord, une entreprise relève du régime d'assurance complémentaire frais de santé dès lors que son siège, défini par rapport aux bâtiments d'exploitation ou au siège social déclaré dans les statuts est situé dans l'une des circonscriptions administratives ci-dessus visées.

## **Article 2**

### *Entrée en vigueur*

Le présent accord entrera en vigueur à compter du 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 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 3**

### *Salariés bénéficiaires*

Les dispositions du présent accord s'appliquent :

- à tout salarié 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 et personnels ressortissant à la convention collective du 2 avril 1952 et 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 précitée ;
- les catégories particulières de salariés (VRP, par exemple) ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles.

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

a) Salariés bénéficiant déjà, au jour de l'entrée en vigueur du régime mis en place par le présent accord, en qualité d'ayant droit, d'une couverture complémentaire santé collective obligatoire, pour un niveau de prestations au moins équivalent.

b) Salariés bénéficiaires de la CMU-C ainsi que ceux bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale.

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

d) Les salariés à employeurs multiples déjà couverts par un accord obligatoire dans un champ ne relevant pas du présent accord.

Dans le cas d'un salarié employé par plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès des organismes désignés. Il s'agit du premier employeur auprès duquel le salarié acquiert la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié concernés.

Dans le cas de salariés ayant une faible rémunération :

- soit avec une durée du travail inférieure à un mi-temps et n'ayant qu'un seul employeur ;
- soit apprenti.

Ces salariés qui devraient acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle au revenu, au moins égale à 10 % de leur rémunération, peuvent choisir de ne pas adhérer, sans remise en cause du caractère collectif du régime.

Le caractère collectif n'est pas remis en cause lorsque, par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur décide de prendre en charge l'intégralité de la cotisation due dès lors que la situation inverse conduirait le salarié à acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle, au moins égale à 10 % de sa rémunération.

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.

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.

Pour les bénéficiaires du « régime familial » défini à l'article 3, l'affiliation des ayants droit est obligatoire, sauf :

- si l'ayant droit est couvert par un système de garanties ayant un caractère collectif et obligatoire relevant des alinéas 6° à 8° de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ;
- si l'ayant droit est couvert par un dispositif relevant du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels.

Dans ces deux cas, le salarié doit justifier chaque année de la couverture obligatoire dont bénéficient son conjoint et/ou ses enfants.

Pour les couples travaillant dans la même entreprise, un seul des membres du couple peut être affilié en propre, son conjoint pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

Si le salarié ne remplit plus les conditions d'adhésion facultative 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.

S'agissant des salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté permettant d'accéder au régime mis en place par le présent accord, les partenaires sociaux ont souhaité qu'ils puissent accéder à un régime à adhésion volontaire offrant des prestations identiques à un taux de cotisation identique. 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. La cotisation qui en résulte est entièrement à la charge du salarié.

Les modalités de gestion de ces personnes seront définies dans le cadre d'un protocole de gestion spécifique distinct, la mutualisation se faisant à part.

## **Article 4**

### *Garanties*

La nature et le montant des prestations du régime conventionnel ainsi que les obligations du contrat responsable sont présentés dans les annexes jointes à l'accord.

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié et sa famille le cas échéant (conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs tel que défini par la loi et enfants à charge).

Les garanties prises en application du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles sont revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes. Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des cotisations en tout ou partie à cette occasion.

Sont couverts tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de la mutualité sociale agricole au titre de la législation « maladie », « accidents du travail/maladies professionnelles » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans le tableau des prestations et les précisions des frais exclus ou inclus du « contrat responsable » joints en annexe.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge du salarié, après intervention du régime de base de la mutualité sociale agricole 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 de la mutualité sociale agricole au titre du risque maternité.

## **Article 5**

### *Adhésion obligatoire*

L'entreprise recevra sa notification d'adhésion d'office.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information sera délivrée par les organismes assureurs à l'employeur, charge à lui de la remettre au salarié afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime.

Pendant toute la durée de l'accord, aucun salarié bénéficiaire ne peut démissionner du régime à titre individuel et de son propre fait.

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés à l'article 3 ci-dessus, auprès des organismes assureurs désignés à l'article 6, par la signature d'un bulletin d'affiliation.

## **Article 6**

### *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 conviennent de désigner les organismes Agri-Prévoyance (21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris), membre du groupe AGRICA, et ANIPS (4-6, avenue d'Alsace, 92033 La Défense Cedex) en coassurance à hauteur respectivement de 60 % et 40 %, ANIPS étant apériteur.

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans la convention conclue entre les organismes assureurs et les partenaires sociaux signataires.

## **Article 7**

### *Antériorité des régimes d'assurance complémentaire santé d'entreprise*

Les entreprises disposant déjà d'une assurance complémentaire santé au jour de la signature du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 4 pour un niveau de prestations supérieur, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre les organismes désignés dans le présent accord.

En revanche, les entreprises ayant mis en place, préalablement à la signature du présent accord, un régime d'assurance santé de niveau égal ou inférieur aux garanties définies à l'article 4 doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel régional à compter de la date de son entrée en vigueur.

## **Article 8**

### *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.

#### **1. Taux de cotisations et répartition**

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du présent accord. Les cotisations pourront être revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie, à cette occasion.

La cotisation mensuelle du présent régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Le taux global d'appel des cotisations destinées au financement des prestations définies à l'article 4 à titre obligatoire est de 2,69 % pour le salarié et sa famille et de 1,11 % pour le seul salarié. Ce taux est réparti comme suit :

- 20 % à la charge de l'employeur, dans la limite de 10 € par mois, indexé sur le PMSS ;
- 80 % à la charge du salarié (plus, le cas échéant, la part employeur excédant 10 € indexés sur le PMSS).

Ces pourcentages sont applicables pour les exercices 2010, 2011 et 2012 dans le cadre de la réglementation applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2009 (hors évolution de la réglementation sociale).

Pendant cette période, les cotisations seront appelées à hauteur de 95 %, soit 2,56 % pour un salarié et sa famille, et 1,05 % pour le salarié seul sans ayant droit.

## 2. Appel et recouvrement

Pour les salariés affiliés de manière obligatoire, l'appel et le recouvrement des cotisations seront confiés à la mutualité sociale agricole pour le compte des organismes assureurs selon les termes d'un accord conclu entre eux, à compter de la date d'effet de l'arrêté d'extension de l'accord.

Pour les salariés pouvant bénéficier du régime après rupture de leur contrat de travail et les salariés adhérant de manière facultative, l'appel et le recouvrement des cotisations seront confiés aux organismes assureurs.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées. L'organisme gestionnaire des cotisations, en application de l'article L. 932-9 du code de la sécurité sociale, procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

## 3. Suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil pour maladie, accident ou maternité, le bénéfice des prestations d'assurance complémentaire frais de santé correspondant au régime de base obligatoire est maintenu, avec exonération des cotisations qui sont prises en charge par le régime.

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à complément de salaire par l'employeur 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.

## 4. Règlement des prestations

Les organismes assureurs procèdent aux versements des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature, ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les caisses de mutualité sociale agricole et les caisses primaires d'assurance maladie, ou le cas échéant encore sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans le contrat d'adhésion de l'entreprise et la notice d'information remise aux salariés.

## **Article 9**

### *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 des organismes assureurs.

## **Article 10**

### *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 les organismes assureurs désignés et les partenaires sociaux, notamment les modalités de suivi du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront par ailleurs 1 fois par an au moins avec les représentants des organismes désignés, 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 11**

### *Dépôt et extension*

Le présent accord 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.

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

Fait à Lille, le 2 juillet 2009.

(Suivent les signatures.)

## ANNEXE I

### Liste des garanties

TYPES DE GARANTIES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT régime complémentaire
<b>Frais médicaux</b>		
Consultations de médecins ou spécialistes, sages-femmes	70 %	60 %
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	60 %	40 %
Analyses, examens de laboratoire	60 %	40 %
Radiographie, électroradiographie	60 %	40 %
Actes de prévention responsable	De 35 à 70 %	De 30 à 65 %
<b>Pharmacie</b>	De 15 à 100 %	De 0 à 85 %
<b>Optique</b>		
Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée	65 %	390 % + un crédit de 300 € par an
<b>Dentaire</b>		
Prothèse acceptée	70 %	140 % + un crédit de 400 € par an
Frais de soins	70 %	30 %
<b>Appareillage</b>		
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages et prothèses	65 %	35 %
<b>Hospitalisation</b> (secteur conventionné ou non)		
Frais de soins et séjours	De 80 à 100 %	De 0 à 20 %
Chambre particulière		50 € par jour
Dépassement d'honoraires	-	200 %
Forfait hospitalier	-	100 % dès le 1 <sup>er</sup> jour



TYPES DE GARANTIES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT régime complémentaire
<b>Maternité</b> (secteur conventionné ou non)		
Frais de soins et séjours	100 %	–
Dépassement d'honoraires et chambre particulière	–	Crédit d'un tiers du PMSS par bénéficiaire et par maternité
Orthodontie acceptée	100 %	200 %
Ostéopathie	–	23 € par consultation dans la limite de 4 par an
Forfait actes lourds	–	18 €
Frais d'accompagnement (lit + repas)	–	50 € par jour limité à 10 par an sans limite d'âge
Frais de transport sur prescription	De 65 à 100 %	Frais réels

Les taux sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement.

## ANNEXE II

---

### Le contrat responsable

Le contrat ne prend pas en charge :

- la majoration de la participation de l'assuré prévue aux articles L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale (consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale (refus du droit d'accès au dossier médical personnel) ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit au minimum 7 €, valeur novembre 2007) ;
- la participation forfaitaire de 1 € ;
- les franchises annuelles laissées à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à certains médicaments (50 centimes), aux actes paramédicaux à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation (50 centimes) et à certains transports sanitaires, en ambulance comme en taxi, à l'exception des transports d'urgence (2 €): ces nouveaux prélèvements ont été votés définitivement au Parlement le 23 novembre pour une mise en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Le montant de ces trois franchises est plafonné à 50 € par an et par personne. Le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 précise les modalités pratiques de cette nouvelle mesure.

Le contrat prend en charge :

- la participation de l'assuré aux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard de certains objectifs de santé publique et figurant sur la liste de prestations fixée par l'arrêté du 8 juin 2006 paru au *Journal officiel* du 18 juin 2006, dans la mesure où le poste est pris en charge au niveau de la garantie et remboursé par l'assurance maladie ;
- la franchise à 18 € à la charge de l'assuré pour tous les actes affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 € (décret n° 2006-707 du 19 juin 2006).