

Accord collectif

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(GARD)**

ACCORD DU 26 AOÛT 2009

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : *AGRS0997170M*

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles du Gard,

D'une part, et

Le syndicat SGA CFDT Gard Lozère ;

Le syndicat SNCEA CFE-CGC section du Gard,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Par le présent accord, les partenaires sociaux de l'agriculture du département du Gard ont souhaité mettre en place un régime de protection sociale complémentaire santé comme le leur permet 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 entendent ainsi permettre aux salariés agricoles non cadres de bénéficier d'une couverture santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable afin notamment de :

- 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 autonome de la convention collective des exploitations agricoles du Gard du 1^{er} avril 2003.

Article 1^{er}

Champ d'application

Article 1.1

Champ d'application professionnel

Sont visés, de manière obligatoire, par le présent régime, l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres, y compris les apprentis, des exploita-

tions agricoles de polyculture, élevage de quelque nature que ce soit, arboriculture, viticulture, maraîchage, pépinières, ainsi que dans les établissements de toute nature dirigés par les exploitants agricoles 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 dans les structures d'accueil touristique qui ont pour support l'exploitation, et cela quelles que soient les formes juridiques adoptées et en général des cultures spécialisées, qui ne sont pas des entreprises publiques dont le personnel est soumis à un statut législatif et réglementaire.

Article 1.2

Champ d'application territorial

Le présent accord détermine les conditions de couverture santé dans les entreprises visées à l'article 1.1 sises dans le département du Gard, et dont :

- soit le siège, représenté par des bâtiments d'exploitation ou des bureaux ;
- soit les terrains de culture ou les chantiers,

sont situés sur le territoire du département du Gard.

Article 2

Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur pour l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application à compter du 1^{er} janvier 2010 si son arrêté d'extension est publié avant cette date.

En tout état de cause, le présent accord s'imposera à compter du 1^{er} janvier 2010 aux employeurs et salariés ressortissant à des entreprises adhérentes aux organisations signataires.

Le présent accord s'appliquera pour les entreprises non adhérentes le premier jour du mois civil qui suit la publication de l'arrêté d'extension de l'accord si celle-ci devait intervenir après le 1^{er} janvier 2010.

Le présent accord pourra également, préalablement à son extension, être appliqué de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissant à des entreprises non adhérentes aux organisations signataires.

Par ailleurs, 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 non cadre justifiant 6 mois révolus d'ancienneté au titre du contrat de travail en cours 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 suivant celui au terme duquel le salarié acquiert l'ancienneté requise.

Tous les salariés dont l'ancienneté est inférieure à 6 mois auront la faculté d'adhérer de manière volontaire au régime d'assurance décrit à l'article 4. Dans ce cas, les cotisations seront intégralement à leur charge.

Cas d'exclusion

En sont exclus :

- les cadres et personnels ressortissant à la convention collective nationale 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 ;
- les salariés non cadres ressortissant à un accord collectif d'entreprise dans les conditions fixées à l'article 6 du présent accord.

Dispense d'affiliation

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 :

- au jour de l'entrée en vigueur du régime mis en place par le présent accord, les salariés bénéficiant déjà, en qualité d'ayants droit, d'une couverture complémentaire santé collective obligatoire, pour un niveau de prestations au moins équivalent ;
- les salariés sous contrat à durée déterminée et travailleurs saisonniers ayant souscrit une couverture frais de santé par ailleurs ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire dans le cadre d'une autre branche ;
- les salariés ayant une faible rémunération : salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) n'ayant qu'un seul employeur ou apprentis pour lesquels le montant de la cotisation à leur charge représenterait 10 % ou plus de leur rémunération. Il est précisé dans ce cas que 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. En cas d'augmentation de la rémunération de l'apprenti ou du salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, si la cotisation représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé ;
- les salariés bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. Toutefois, cette dispense ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel.

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 de l'organisme désigné. 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.

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 auprès de son employeur 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 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 de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Article 4

Garanties

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul.

Toutefois, les partenaires sociaux ont souhaité que soit proposée à titre facultatif aux salariés la possibilité de couvrir tout ou partie des membres de la famille des salariés :

- l'extension au conjoint ;
- l'extension à 1 enfant ;
- l'extension à 2 enfants ;
- l'extension à l'ensemble de la famille (conjoint et enfants).

Le supplément de cotisation représenté par la souscription à l'une ou l'autre de ces options demeure entièrement à la charge du salarié.

Cette option est décrite en annexe II du présent accord.

Le présent régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant les prestations versées par le régime social de base dans la limite des frais réels.

La nature et le montant des prestations attachées au présent régime sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (voir le tableau des garanties à l'annexe I).

Ainsi le présent régime ne rembourse ni les pénalités mises à la charge de l'assuré, notamment en cas de non-respect du parcours de soins, ni la participation forfaitaire et la franchise respectivement prévues aux articles II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

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

Ces 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 en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions.

La totalité des actes de prévention est prise en charge à 100 % du ticket modérateur.

Article 5

Adhésion obligatoire

L'entreprise recevra sa notification d'adhésion d'office. A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés à l'article 3, auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 7, par la signature d'un bulletin d'affiliation. Le salarié est tenu de retourner à l'employeur le justificatif de la demande d'exclusion, la demande ou le justificatif de sa demande de non-affiliation. L'employeur ne pourra pas être tenu responsable du défaut de signature du bulletin d'affiliation par le salarié.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime.

Article 6

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 2 (sauf application des dispositions prévues à l'article 3) 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.

Les entreprises relevant d'un régime antérieur devront, dans un délai maximum de 12 mois à compter du 1^{er} janvier 2010, rejoindre le régime collectif, objet du présent accord.

Les entreprises disposant déjà d'un accord d'assurance complémentaire frais de santé d'un niveau supérieur à celui fixé à l'article 4 peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord.

L'obligation de rejoindre l'organisme désigné du régime départemental d'assurance complémentaire frais de santé ne peut pas être exigée avant l'entrée en vigueur du présent accord.

Au cas où une entreprise, notamment du fait de la souscription antérieure à la date d'extension du présent accord d'un régime d'assurance complémentaire frais de santé comportant des garanties globalement supérieures à celles définies dans le présent accord auprès d'un autre organisme assureur, viendrait à rejoindre après l'entrée en vigueur du présent accord le régime départemental d'assurance complémentaire frais de santé, une pesée spécifique du risque représenté par cette entreprise ou établissement serait réalisée afin d'en tirer les conséquences au regard de la mutualisation professionnelle.

Dans ce cas, les organismes assureurs calculeront la prime nécessaire à la constitution des provisions correspondantes et à la sauvegarde de l'équilibre technique du régime professionnel.

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 APRIONIS, 139-147, rue Paul-Vaillant, 92240 Malakoff.

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

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.

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.

Article 8.1

Taux de cotisations et répartition

La cotisation mensuelle du présent régime est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Le taux global d'appel des cotisations destinées au financement des prestations définies à l'article 4 est de 0,96 % du PMSS pour le salarié seul assuré à titre obligatoire, soit 27,44 € pour 2009. Ce taux est réparti comme suit :

- 15 % à la charge de l'employeur, dans la limite d'un montant de 6 € par mois ;
- le solde, soit 85 % à la charge du salarié.

Ces pourcentages sont applicables pour les années 2010, 2011 et 2012 dans le cadre de la réglementation applicable au 1^{er} juin 2009.

Les taux de cotisations des options facultatives auxquelles peuvent souscrire les salariés sont détaillés en annexe II.

Article 8.2

Appel et recouvrement

Le recouvrement de l'ensemble des cotisations est confié par l'organisme désigné à la caisse de mutualité sociale agricole (MSA) compétente sur le Gard.

L'appel et le recouvrement des cotisations seront confiés à la mutualité sociale agricole pour le compte de l'assureur choisi selon les termes d'un accord conclu entre eux.

Les cotisations sont payables trimestriellement, à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme gestionnaire des cotisations dans le deuxième mois de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé.

Pour les ayants droit, les droits de suite et les salariés adhérant de manière facultative, l'appel et le recouvrement des cotisations seront confiés à l'assureur choisi.

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.

Article 9

Règlement des prestations

L'organisme assureur procède 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 des 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 protocole de gestion de l'entreprise et la notice d'information remise aux salariés.

Après l'enregistrement de l'affiliation de l'assuré auprès de l'organisme assureur, l'organisme gestionnaire délivrera une carte santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires.

Cette carte santé reste la propriété de l'organisme assureur.

Article 10

Cessation des garanties

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise adhérente.

En outre, les salariés cessant leur activité ont la possibilité de demander auprès de l'organisme assureur retenu, dans des conditions définies par l'organisme précité, le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve qu'ils en fassent la demande au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail. Dans ce cadre, l'organisme retenu procédera au recouvrement de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés, sans que celle-ci dépasse de plus de 50 % la cotisation des actifs.

Les salariés visés sont ceux prévus à l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Article 11

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 continuent à être versées normalement 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 et intervenant après la date d'affiliation au régime, et pour une autre cause que l'arrêt de travail, la couverture pourra être maintenue à la demande du salarié sous réserve que l'intéressé en fasse la demande expresse et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante.

Article 12

Clause de réexamen. – Dénonciation

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 3 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.

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.

En cas de dénonciation, les partenaires sociaux devront se réunir dans les 6 mois suivants, afin d'étudier les termes d'un éventuel nouvel accord.

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, notamment les modalités de suivi du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront par ailleurs une fois par an au moins, et chaque fois que jugé nécessaire à la demande de l'un des collègues (employeurs ou salariés), 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 sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

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

Fait à Nîmes, le 26 août 2009.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT RÉGIME de base MSA	REMBOURSEMENT accord départemental
Frais médicaux		
Consultation de médecin ou spécialiste	70 %	150 %
	60 %	100 %
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60 %	100 %
Massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	60 %	100 %
Analyses, examens de laboratoire	70 %	100 %
Radiographie, électroradiographie		
Actes de prévention responsable		
Pharmacie	35 à 65 %	100 %
Optique		
Verres, montures et lentilles, prise en charge acceptée	65 %	455 % + un crédit de 300 € par an
Dentaire		
Prothèse acceptée	70 %	410 % + un crédit de 100 € par an
Frais de soins	70 €	100 %
Appareillage		
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareils, autres prothèses	65 %	100 %
Hospitalisation (secteur conventionné ou non)		
Frais de soins et séjours	80 à 100 %	100 %
Dépassement d'honoraires	–	150 %
Chambre particulière	–	25 € par jour
Forfait hospitalier	–	100 % dès le 1 ^{er} jour

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT RÉGIME de base MSA	REMBOURSEMENT accord départemental
Maternité (secteur conventionné ou non)		
Frais de soins et séjours	100 %	Crédit d'un tiers du PMSS par bénéficiaire et par maternité
Dépassement d'honoraires et chambre particulière	-	

ANNEXE II

Garanties frais de santé

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT MSA	REMBOURSEMENT accord départemental Option 1	GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES Option 2
Frais médicaux 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	70 % 60 % 60 % 60 % 70 % 70 %	150 % 100 % 100 % 100 % 100 % 100 %	150 % 100 % 100 % 100 % 100 % 100 %
Pharmacie	35 à 65 %	100 %	100 %
Optique Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée	65 %	455 % + un crédit de 300 % par an	455 % un crédit de 300 % par an
Dentaire Prothèse acceptée Frais de soins	70 % 70 %	410 % + un crédit de 100 € par an 100 %	410 % + un crédit de 100 € par an 100 %

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT MSA	REMBOURSEMENT accord départemental Option 1	GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES Option 2
Appareillage Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf prothèses auditives	65 %	100 %	100 %
Hospitalisation (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjours Dépassement d'honoraires Chambre particulière Forfait hospitalier	80 % à 100 % - - -	100 % 150 % 25 € par jour 100 % dès le 1 ^{er} jour	100 % 200 % 78 € par jour 100 % dès le 1 ^{er} jour
Maternité (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjours Dépassement d'honoraires et chambre particulière	100 % -	Crédit d'un tiers du PMSS par bénéficiaire et par maternité	Crédit d'un tiers du PMSS par bénéficiaire et par maternité

Tarifs

BÉNÉFICIAIRE	OPTION 1	OPTION 2
Isolé	0,96 % PMSS (27,44 €)	0,99 % PMSS (28,30 €)
Famille obligatoire	2,38 % PMSS (68,04 €)	2,40 % PMSS (68,61 €)
Famille facultatif	2,50 % PMSS (71,47 €)	2,52 % PMSS (72,04 €)
Conjoint facultatif	1,05 % PMSS (30,01 €)	1,08 % PMSS (30,87 €)
Enfant facultatif	0,61 % PMSS (17,44 €)*	0,61 % PMSS (17,44 €)*
(*) Gratuité à compter du 3 ^e enfant.		