

Accord professionnel

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES DE L'HORTICULTURE
ET DES PÉPINIÈRES
(ORNE)**

ACCORD DU 1^{ER} OCTOBRE 2009

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : AGRS1097013M

Entre :

Le syndicat des horticulteurs et pépiniéristes de l'Orne,

D'une part, et

Le syndicat général agroalimentaire CFDT de l'Orne ;

L'union départementale CGT-FO de l'Orne ;

L'union départementale CFTC de l'Orne ;

La fédération nationale agroalimentaire et forestière CGT ;

L'union départementale des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC de l'Orne,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Par le biais du présent accord, les partenaires sociaux de l'agriculture de l'Orne ont souhaité mettre en place un régime départemental de protection sociale complémentaire comme le leur permettait l'accord national du 10 juin 2008 relatif à 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 du département de l'Orne 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 des cadres, salariés et apprentis des branches spécialisées de l'horticulture et des pépinières du département de l'Orne du 24 septembre 1969.

Article 1^{er}

Champ d'application professionnel et territorial

Le présent accord est applicable à l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des branches spécialisées de l'horticulture et des pépinières du département de l'Orne.

L'appartenance au département de l'Orne est déterminée par rapport au lieu du siège de l'entreprise et au territoire de la région administrative. Le siège s'entend, selon la nature de l'activité, des bâtiments 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 » ou « famille ».

Article 3

Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2010.

Il s'imposera à compter du 1^{er} 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^{er} 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 4

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent :

- à tout salarié ayant 12 mois d'ancienneté dans le champ d'application de la convention collective au cours des 36 derniers mois ;
- et relevant du champ d'application du présent accord.

En sont exclus :

- les cadres 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 prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les VRP ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles obligatoires.

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 12 mois d'ancienneté.

Cas particulier :

1. 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 concerné.

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 un des cas ci-dessous :

- 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 ;
- salariés sous contrat à durée déterminée et travailleurs saisonniers employés dans le cadre d'un contrat de travail de plus de 12 mois et ayant souscrit une couverture frais de santé par ailleurs ;
- salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi ;
- salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) et apprentis si la part de cotisation à leur charge représente 10 % ou plus de leur rémunération brute ;
- salariés bénéficiaires de la CMU-C.

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 12 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 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 présentés dans le tableau annexé à l'accord.

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul (formule « isolé »).

Le salarié peut étendre, s'il le souhaite, le bénéfice des garanties à l'ensemble de ses ayants droit (formule « famille ».)

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.

Sont couverts tous les actes et frais médicaux courant 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.

Article 8

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 6 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 d'assurance santé de niveau égal ou inférieur aux garanties définies à l'article 6 doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel départemental à compter de la date de son entrée en vigueur.

Article 9

Cotisations

1. Taux de cotisations et répartition

Le taux d'appel des cotisations destinées au financement des prestations définies à l'article 6 est de 1,26 % pour le salarié seul et de 3,08 % pour le salarié et sa famille.

Ce taux est défini en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale et réparti comme suit :

- 20 % à la charge de l'employeur, soit un taux de 0,252 % ;
- 80 % à la charge du salarié, soit un taux de 1,008 %.

Les taux de cotisations ci-dessus sont applicables pour les exercices 2010, 2011 et 2012, dans le cadre de la réglementation applicable au 1^{er} janvier 2010.

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

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues par le présent accord peuvent continuer à être accordées, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande expresse et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante.

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.

Article 10

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.

Article 11

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 et les modalités de la mutualisation des risques, conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

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 12

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 (1) par ailleurs 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 ;

(1) Soit dans le cadre d'une réunion de la commission mixte, soit dans le cadre d'un groupe paritaire réunissant au moins 2 représentants employeurs et 2 représentants d'organisations syndicales distinctes et chargé de rendre compte à la commission mixte.

- 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 13

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 Alençon, le 1^{er} octobre 2009.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

Tableau des garanties

GARANTIES	REMBOURSEMENT régime de base (1)	REMBOURSEMENT complémentaire (1)	REMBOURSEMENTS TOTAUX (y compris régime de base) (1)
Soins courants Honoraires de généralistes et spécialistes Honoraires de médecine douce (4 pratiques médicales : acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie) Analyses biologiques, auxiliaires médicaux, radiologie et actes techniques (3) Pharmacie Pharmacie sur prescription non prise en charge par le régime de base Vaccins non pris en charge par le régime de base	70 % BR (2) – 60 à 70 % BR 15 à 65 % BR – –	230 % BR (2) 23 € par consultation dans la limite de 4 par an par famille 30 à 40 % BR 35 à 85 % BR 40 € par an par famille 40 € par an par famille	300 % BR (2) 23 € par consultation dans la limite de 4 par an par famille 100 % BR 100 % BR 40 € par an par famille 40 € par an par famille
Prothèses Prothèses et appareillage (dont orthopédie) Prothèses auditives	65 % BR 100 % BR 65 % BR	400 % BR 400 % BR 390 % BR + crédit 350 € par oreille (4)	465 % BR 500 % BR 455 % BR + crédit 350 € par oreille (4)
Optique Forfait montures + lentilles Forfait verres unifocaux	65 % BR 65 % BR	175 € par an 182 € par paire limitée à 1 paire par an	65 % BR + 175 € par an 65 % BR + 182 € par paire limitée à 1 paire par an

GARANTIES	REMBOURSEMENT régime de base (1)	REMBOURSEMENT complémentaire (1)	REMBOURSEMENTS TOTAUX (y compris régime de base) (1)
Forfait verres progressifs et multifocaux Forfait optique	65 % BR -	350 € par paire limitée à 1 paire par an +50 € la 3 ^e année si pas de consommation les 2 années précédentes	65 % BR + 350 € par paire limitée à 1 paire par an + 50 € la 3 ^e année si pas de consommation les 2 années précédentes
Dentaire Soins dentaires Prothèses dentaires Inlays core Forfait parodontologique Forfait Implantologie Orthodontie acceptée par le régime de base	70 % BR 70 % BR 70 % BR - - 100 % BR	30 % BR 340 % BR 100 % BR 100 € par an 200 € par an 250 % BR	100 % BR 410 % BR 170 % BR 100 € par an 200 € par an 350 % BR
Hospitalisation médicale ou chirurgicale Frais de séjour Honoraires Forfait journalier Chambre particulière Frais de lit d'accompagnant Forfait confort : prise en charge des frais de télévision et de télé- phone	80 % - 100 % BR 80 % - 100 % BR - - - -	0 % - 20 % BR 400 % BR FR 78 € par jour limité à 60 jours par an 52 € par jour limité à 30 jours par an (5) 26 € par an	100 % BR De 480 % à 500 % BR suivant PEC RB FR 78 € par jour limité à 60 jours par an 52 € par jour limité à 30 jours par an (5) 26 € par an

GARANTIES	REMBOURSEMENT régime de base (1)	REMBOURSEMENT complémentaire (1)	REMBOURSEMENTS TOTAUX (y compris régime de base) (1)
Maternité Honoraires Chambre particulière	100 % BR -	200 % BR 52 € par jour	300 % BR 52 € par jour
Psychiatrie Frais de séjour Honoraires Forfait journalier	80 % - 100 % BR 100 % BR -	0 % - 20 % BR 200 % BR FR limité à 30 jours par an	100 % BR 300 % BR FR limité à 30 jours par an
Polyvalents Transport pris en charge sur prescription (sauf transport cure thermale) Forfait actes lourds « 18 € » Forfait de confort en cas d'hospitalisation à domicile accepté par le régime de base (HAD) Cures thermales : frais balnéaires acceptés	65 % BR - -	FR 18 € 52 € par jour limité à 60 jours par an + forfait prestations de services limité à 400 € par an par famille 30 à 35 % BR + 150 € par an	FR 18 € 52 € par jour limité à 60 jours par an + forfait prestations de services limité à 400 € par an par famille 100 % BR + 150 € par an
<p><i>NB. – Les prestations des services assistance sont exprimées « à concurrence de ».</i></p> <p>(1) Uniquement en secteur conventionné 1 et 2, praticiens et/ou établissements.</p> <p>(2) Les dépassements sur les consultations hors parcours ne sont pas pris en charge.</p> <p>(3) Y compris les actes de prévention « responsables » prévus par l'arrêté du 8 juin 2006.</p> <p>(4) Un équipement tous les 3 ans et un réglage par an.</p> <p>(5) Y compris frais de lit d'accompagnement en maison de parents ou structure hôtelière agréée par l'établissement hospitalier.</p> <p>BR : base de remboursement à partir duquel est calculé le remboursement obligatoire.</p> <p>FR : frais réels.</p> <p>PEC : prise en charge.</p> <p>RB : régime de base.</p>			

ANNEXE II

Tableau des garanties et service d'assistance

GARANTIES	REMBOURSEMENT (1) y compris régime de base	SERVICE D'ASSISTANCE
Soins courants		
Honoraires de généralistes et spécialistes	300 % BR (2)	Information par téléphone sur les adresses proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
Honoraires de médecine douce (4 pratiques médicales : acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie)	23 € par consultation dans la limite de 4 par an par famille 100 % BR	Information par téléphone sur les laboratoires et centres de radiologie proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
Analyses biologiques, auxiliaires médicaux, radiologie et actes techniques (3)	100 % BR	4 portages de médicaments à domicile en cas d'immobilisation de plus de 5 jours
Pharmacie de 15 à 65 %	40 € par an par famille 40 € par an par famille	Information sur le calendrier des vaccins
Pharmacie sur prescription non prise en charge par le régime de base Vaccins non pris en charge par le régime de base		

GARANTIES	REMBOURSEMENT (1) y compris régime de base	SERVICE D'ASSISTANCE
<p>Prothèses</p> <p>Prothèses et appareillage (dont orthopédie)</p> <p>Part obligatoire 65 % BR</p> <p>Part obligatoire 100 % BR</p> <p>Prothèses auditives</p>	<p>465 % BR</p> <p>500 % BR</p> <p>455 % BR + crédit 350 € par oreille (4)</p>	<p>Information par téléphone pour trouver le matériel, Organisation de la livraison</p> <p>Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une prothèse de remplacement en cas de perte</p>
<p>Optique</p> <p>Forfait montures + lentilles</p> <p>Forfait verres unifocaux</p> <p>Forfait verres progressifs et multifocaux</p> <p>Forfait optique</p>	<p>65 % BR + 175 € par an</p> <p>65 % BR + 182 € par paire limité à 1 paire par an</p> <p>65 % BR + 350 € par paire limité à 1 paire par an</p> <p>+ 50 € la 3^e année si pas de consommation les 2 années précédentes</p>	<p>Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une paire de lunettes de remplacement en cas de perte, Service d'analyse et de conseil sur les devis optique</p>
<p>Dentaire</p> <p>Soins dentaires</p> <p>Prothèses dentaires</p> <p>Inlays core</p>	<p>100 % BR</p> <p>410 % BR</p> <p>170 % BR</p>	<p>Service d'analyse et de conseil sur les devis dentaire</p>

GARANTIES	REMBOURSEMENT (1) y compris régime de base	SERVICE D'ASSISTANCE
Forfait parodontologique Forfait implantologie Orthodontie acceptée par le régime de base	100 € par an 200 € par an 350 % BR	
<p style="text-align: center;">Hospitalisation médicale ou chirurgicale</p> Frais de séjour Honoraires Forfait journalier Chambre particulière Frais de lit d'accompagnant Forfait confort : prise en charge des frais de télévision et de téléphone	100 % BR De 480 % à 500 % BR suivant PEC RB FR 78 € par jour limité à 60 jours par an 52 € par jour limité à 30 jours par an (5) 26 € par an	Remboursement complémentaire d'un éventuel reliquat sur les frais de lit d'accompagnant et de télé- vision. Remboursement des frais de transfert du téléphone du domicile sur celui de la chambre
<p style="text-align: center;">Maternité</p> Honoraires Chambre particulière	300 % BR 52 € par jour	Information par téléphone sur la santé, vie quotidienne, diététique, hygiène, vaccins. Orientation vers organismes spécialisés

GARANTIES	REMBOURSEMENT (1) y compris régime de base	SERVICE D'ASSISTANCE
Psychiatrie Frais de séjour Honoraires Forfait journalier	100 % BR 300 % BR FR limité à 30 jours par an	
Polyvalents Transport pris en charge sur prescription (sauf transport cure thermique) Forfait actes lourds « 18 € » Forfait de confort en cas d'hospitalisation à domicile accepté par le régime de base (HAD)	FR 18 € 52 € par jour limité à 60 jours par an + forfait prestations de services limité à 400 € par an par famille	Communication d'adresses d'ambulanciers et organisation de la course Communication d'adresses de prestataires à domicile. Organisa- tion et prise en charge de 20 jours de prestations de services dans la limite de 30 heures par an par contrat
Cures thermales : frais balnéaires acceptés	100 % BR + 150 € par an	

NB. – Les prestations des services assistance sont exprimées « à concurrence de ».

- (1) Uniquement en secteur conventionné 1 et 2, praticiens et/ou établissements.
 - (2) Les dépassements sur les consultations hors parcours ne sont pas pris en charge.
 - (3) Y compris les actes de prévention « responsables » prévus par l'arrêté du 8 juin 2006.
 - (4) Un équipement tous les 3 ans et un réglage par an.
 - (5) Y compris frais de lit d'accompagnement en maison de parents ou structure hôtelière agréée par l'établissement hospitalier.
- BR : base de remboursement à partir duquel est calculé le remboursement obligatoire.
FR : frais réels.
PEC : prise en charge.
RB : régime de base.

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.

En l'absence de prise en charge du régime de base, ces mêmes remboursements peuvent aussi être exprimés dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire.

En tout état de cause, l'addition de remboursements du régime de base et du régime complémentaire ne peut dépasser le montant des frais réellement engagés par le bénéficiaire.