

**Accord professionnel**

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE PRÉVOYANCE  
DES SALARIÉS NON CADRES  
(LANDES)**

ACCORD DU 15 OCTOBRE 2009

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : AGRS1097046M

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles des Landes ;

La fédération des syndicats agricoles CGA-MODEF des Landes ;

La fédération départementale des CUMA des Landes ;

Le syndicat des entrepreneurs des territoires des Landes,

D'une part, et

La fédération nationale agroalimentaire et forestière (FNAF) CGT, section agriculture ;

Le syndicat général agroalimentaire (SGA) CFDT des Landes ;

La fédération générale des travailleurs de l'agriculture (FGTA) CGT-FO, section agriculture,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

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

*Champ d'application*

**Article 1.1**

*Champ d'application professionnel*

Le présent accord est applicable à l'ensemble des exploitations et entreprises agricoles relevant de la convention collective du département des Landes du 10 juillet 2006 :

- les exploitations agricoles proprement dites ;
- les exploitations d'élevage ;
- les exploitations de cultures spécialisées (viticulture, arboriculture, établissements d'horticulture ou de production grainière, cultures maraîchères, pépiniéristes, etc.) ;

- les entreprises de travaux agricoles pour le compte de tiers (battage, moissonnage-battage, motoculture, préparation des terres, opération de cultures, exploitation des systèmes d'irrigation, etc. (code NAF 01.4A, code APE 400) ;
- les coopératives de culture en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole.

Toutefois, les exploitations forestières et les organismes professionnels agricoles sont exclus de son champ d'application professionnel.

## **Article 1.2**

### *Champ d'application territorial*

Le présent accord s'applique dans les exploitations ou entreprises dont le siège, représenté par les bâtiments d'exploitation principaux, est situé sur le territoire du département des Landes, même si les terrains de cultures s'étendent sur un département limitrophe et ceci où que soient domiciliés les employeurs et les salariés.

## **Article 2**

### *Objet*

Le présent accord définit les conditions et les garanties d'une protection complémentaire santé des personnels non cadres.

Le présent accord est un accord autonome de la convention collective concernant les exploitations agricoles du département des Landes du 10 juillet 2006.

## **Article 3**

### *Durée et 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<sup>er</sup> janvier 2010 si son arrêté d'extension est publié avant cette date. Dans le cas contraire, il entrera en vigueur à compter du premier jour du trimestre civil suivant la publication de son arrêté d'extension.

En tout état de cause, le présent accord s'imposera à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 aux employeurs et salariés ressortissant d'entreprises adhérentes aux organisations signataires.

Le présent accord pourra, 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.

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 article ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet.

## Article 4

### *Bénéficiaires*

Les garanties frais de santé s'appliquent à titre obligatoire aux salariés justifiant d'une ancienneté de 6 mois continus dans l'entreprise de date à date, à l'exclusion :

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

Le présent accord met en place une couverture de type isolé (obligatoire), famille (facultative). Sont donc couverts également les ayants droit du salarié, si le salarié choisit de couvrir sa famille.

Contractuellement l'entreprise peut choisir par dérogation d'étendre à titre obligatoire et collectif la couverture de ses salariés à leurs ayants droit.

Sont considérés comme ayants droit du salarié :

- le conjoint marié résidant en France et non séparé de droit ou de fait ;
- le concubin résidant en France, s'il justifie de 2 années de vie commune avec le salarié ou s'ils ont un enfant en commun ;
- le cocontractant d'un Pacs résidant en France ;
- les enfants du salarié, de son conjoint, partenaire ou concubin :
  - âgé de moins de 21 ans et bénéficiant du régime social de base du chef de l'affilié, de son conjoint, partenaire ou concubin ;
  - âgé de moins de 28 ans, poursuivant ses études et inscrit au régime de la sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
  - âgé de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de son activité salariée ;
- quel que soit son âge s'il est atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoit l'allocation prévue par la législation en vigueur en faveur des adultes handicapés. L'handicapé qui remplit les conditions d'attribution de l'allocation précitée, mais auquel celle-ci n'est pas versée en raison de son niveau de ressources, peut être garanti.

## Article 5

### *Garanties*

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

Le régime de protection sociale complémentaire santé s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits « responsables », institué par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application.

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 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 les garanties des contrats dits « responsables ».

La nature et le montant des prestations du régime conventionnel sont présentés dans le tableau ci-après.

*(Voir tableaux pages suivantes.)*

## Essentiel santé confort Landes

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS (1), Y COMPRIS régime de base	SERVICES
<b>Soins courants</b>		
Honoraires de généralistes et spécialistes	300 % BR	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 et par famille	
Analyses biologiques, auxiliaires médicaux, radiologie et actes techniques (2)	100 % BR	Information sur les laboratoires proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
Pharmacie de 15 % à 65 %	100 % BR	4 portages de médicaments à domicile en cas d'immobilisation de plus de 5 jours
Pharmacie sur prescription non prise en charge par le régime de base	40 € par an et par famille	
Vaccins non pris en charge par le régime de base	40 € par an et par famille	Information sur le calendrier des vaccins
<b>Prothèses</b>		
Prothèses et appareillage (dont orthopédie)	465 % BR	Information par téléphone pour trouver le matériel
Part obligatoire 65 % BR	500 % BR	Organisation de la livraison
Part obligatoire 100 % BR	455 % BR + crédit 350 € par oreille (3)	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une prothèse de remplacement en cas de perte
Prothèses auditives		

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS (1), Y COMPRIS régime de base	SERVICES
<b>Optique</b> Forfait montures + lentilles Forfaits verres unifocaux  Forfaits verres progressifs et multifocaux  Crédit optique  Traitement chirurgical des corrections oculaires	65 % BR + 175 € par an 65 % BR + 182 € par paire limitée à 1 paire par an  65 % BR + 350 € par paire limitée à 1 paire par an + 50 € la 3 <sup>e</sup> année si pas de consommation les 2 années précédentes 250 €	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une paire de lunettes en cas de perte Service d'analyse et de conseil sur les devis optique
<b>Dentaire</b> Soins dentaires Prothèses dentaires Inlays core Forfait parodontologique Forfait implantologie Orthodontie acceptée par le régime de base Orthodontie refusée par le régime de base	100 % BR 410 % BR + 85 € par an 170 % BR 100 € par an 200 € par an 350 % BR 200 €	Service d'analyse et de conseil sur les devis dentaire
<b>Polyvalents</b> Transport pris en charge sur prescription (sauf transport cures thermales) Forfait actes lourds « 18 euros » Forfait de confort en cas d'hospitalisation à domicile acceptée 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 Organisation et prise en charge de 20 jours de prestations de services, dans la limite de 30 h par an par contrat

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS (1), Y COMPRIS régime de base	SERVICES
Cures thermales : Frais balnéaires acceptés Frais balnéaires refusés	100 % BR + 150€ par an _	
<b>Milieu hospitalier (médical et chirurgical)</b> 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    52 € par jour limité à 30 jours par an (4) 26 € par an	Remboursement complémentaire d'un éventuel reliquat sur les frais de lit d'accompagnant et sur les frais de télévision Remboursement des frais de transfert du téléphone du domicile sur le téléphone de la chambre
<b>Maternité</b> Honoraires Chambre particulière	300 % BR  52 € par jour	Information par téléphone sur la santé, vie quotidienne, diététique, hygiène, vaccins. Orientation vers organismes spécialisés

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS (1), Y COMPRIS régime de base	SERVICES
<b>Psychiatrie</b> Frais de séjour Honoraires Forfait journalier	100 % BR 300 % BR FR limité à 30 jours par an	
(1) Uniquement en secteur conventionné 1 et 2, praticiens et/ou établissements. (2) Y compris actes de prévention « responsables » prévus par l'arrêté du 8 juin 2006. (3) Un équipement tous les 3 ans et un réglage par an. (4) Y compris frais de lit d'accompagnant en maison de parents ou structure hôtelière agréée par l'établissement hospitalier.		

### Les services d'assistance

GARANTIES D'ASSISTANCE INTÉGRÉES	SANTÉ CONFORT LANDES
<b>Aide à la vie quotidienne</b> Permanence médicale Informations pratiques par téléphone Informations et organisation de téléassistance	Inclus Inclus Inclus
<b>En cas d'immobilisation du bénéficiaire au domicile</b> Garde des enfants mineurs de moins de 16 ans, assistance maternelle Garde des ascendants, recherche et prise en charge d'une personne qualifiée Aide-ménagère	(D'au moins 5 jours) 30 h 30 h 30 h



GARANTIES D'ASSISTANCE INTÉGRÉES	SANTÉ CONFORT LANDES
Garde d'animaux domestiques Organisation de la venue d'un proche	150 € Inclus
<b>En cas d'hospitalisation imprévue d'un bénéficiaire</b> Réservation d'un lit en milieu hospitalier Prise en charge d'un lit accompagnant Garde des enfants mineurs de moins de 16 ans, assistance maternelle Garde des ascendants, recherche et prise en charge d'une personne qualifiée Aide-ménagère Garde d'animaux domestiques Transmission de messages urgents Soutien psychologique	(D'au moins 2 jours) Inclus 30 h 30 h 30 h 150 € Inclus 6 entretiens
<b>Assistance en cas de maladie d'un enfant</b> Garde d'enfant malade Répétiteur scolaire	(D'au moins 3 jours) Plafond 10 h par jour, maximum 2 fois par an, par enfant Plafond 10 h par semaine si nécessaire jusqu'à la fin de l'année scolaire
<b>Assistance en cas de décès d'un bénéficiaire</b> Aide à domicile en cas de décès pour effectuer les formalités administratives Rapatriement de corps si décès à plus de 50 km du domicile Garde des enfants mineurs de moins de 16 ans, assistance maternelle Garde des ascendants, recherche et prise en charge d'une personne qualifiée Aide-ménagère pour le conjoint survivant	4 h 6 000 € 30 h 30 h 30 h

GARANTIES D'ASSISTANCE INTÉGRÉES		SANTÉ CONFORT LANDES
Garde d'animaux domestiques Soutien psychologique		150 € 6 entretiens
Assistance en cas de longue maladie d'un parent, décès d'un parent, mise en œuvre de la garantie répétiteur scolaire pour plus de 3 mois, divorce des parents entraînant le redoublement de l'enfant		Bilan orientation scolaire de l'enfant
Assistance en cas de déplacement professionnel		Rapatriement médical (illimité) Rapatriement de corps Venue d'un collaborateur de remplacement
NB. Les prestations des services d'assistance sont exprimées « à concurrence de ».		

## Article 6

### *Dispenses d'affiliation*

Des dispenses d'affiliation à la garantie complémentaire frais de santé sont possibles dans les situations suivantes :

- au jour de l'entrée en vigueur du présent accord, les salariés bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs tel que défini par la loi, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, peuvent demander à être dispensés d'affiliation de l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations supérieur. Cette dispense prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié. En cas de dispense, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur ;
- les bénéficiaires de la CMU complémentaire 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. Toutefois, cette dispense ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément peuvent demander à être dispensés d'affiliation à la présente assurance complémentaire santé ;
- les salariés ayant une faible rémunération : les salariés à temps très partiel n'ayant qu'un seul employeur ou les apprentis, pour lesquels le montant de leur cotisation est égal ou supérieur à 10 % de leur rémunération. En cas d'augmentation de la rémunération 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 la garantie complémentaire santé ;
- les salariés membres d'un couple travaillant dans la même entreprise, l'un des deux pouvant être assuré en qualité d'ayant droit ;
- les salariés en contrat à durée déterminée et les saisonniers.

Pour les salariés à employeurs multiples 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 de l'employeur chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié.

Justification des renoncements au régime :

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 auprès de son employeur 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 de dispense par écrit adressée à l'employeur avant la fin du premier mois d'application de l'accord, avec les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur du présent accord, la demande de dispense doit être notifiée par écrit à l'employeur au plus tard dans le délai de 1 mois suivant 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 et il devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du premier jour du mois civil suivant.

En cas de dispense d'affiliation, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

## **Article 7**

### *Cessation et maintien des garanties*

Les garanties cessent après la rupture du contrat de travail ou en cas de décès du salarié.

Lors d'une démission ou d'un départ en retraite, la cessation intervient dès le premier jour du mois suivant la rupture du contrat de travail. La cotisation du mois de départ est due.

Cependant, les garanties sont maintenues dans les cas suivants :

a) Bénéficiaire gratuitement du maintien de la garantie santé :

- les ayants droit d'un salarié décédé, jusqu'à la fin des 3 mois civils suivant la date du décès ;
- les salariés licenciés, jusqu'à la fin des 3 mois civils suivant la date de rupture du contrat de travail, s'ils en font la demande auprès de l'organisme mentionné à l'article 9 durant la période de préavis ou avant la fin du mois civil suivant ladite date de rupture.

b) Bénéficiaire du maintien de la garantie santé dans le cadre d'un contrat individuel, sans condition de période probatoire, d'examen ou de questionnaire médical :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emplois, d'un revenu de remplacement, et ce sur leur demande dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail et sans condition de durée. Pour les salariés licenciés ayant bénéficié de la gratuité prévue au a et remplissant les conditions ci-dessus, ce droit est ouvert à compter du jour suivant la fin de la période de gratuité ;
- les ayants droit d'un salarié décédé pendant les 12 mois suivant la période de gratuité prévue au a, à condition qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Pour ces personnes, le tarif applicable peut être supérieur au montant fixé à l'article 8 dans la limite de 150 %.

## **Article 8**

### *Cotisations*

#### **Garanties obligatoires**

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul.

Le taux global de la cotisation mensuelle du présent régime complémentaire frais de santé, couvrant le seul salarié à titre obligatoire, est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est égal à 1,014 % du PMSS.

La cotisation obligatoire ainsi prévue est répartie à raison de :

- 15 % à la charge de l'employeur, dans la limite de 5 € par mois ;
- le restant étant à la charge du salarié.

Néanmoins, l'employeur peut décider dans son entreprise d'une meilleure prise en charge sur la part isolée du salarié.

#### Extension famille facultative (conjoint et enfants à charge)

Les salariés ayant l'ancienneté requise ont la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à leur famille (ayants droit : conjoint et enfants à charge), à titre individuel et facultatif.

La cotisation résultant de cette garantie facultative, à la seule charge du salarié, est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale. Elle est égale à 2,004 % du PMSS (hors cotisation du salarié).

#### Par dérogation :

Les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord peuvent également choisir d'étendre à titre obligatoire et collectif, par accord collectif, la couverture des salariés à leurs ayants droit. Dans ce cas, l'une des deux structures tarifaires suivantes pourra être choisie.

Le tarif uniforme : la cotisation couvre le salarié et l'ensemble de ses ayants droit :

	COTISATION mensuelle	PART PATRONALE	PART SALARIALE
Tarif uniforme	2,13 % du PMSS	15 %	Solde restant à la charge du salarié

#### Le tarif isolé/famille (obligatoire) :

- la cotisation isolée couvre obligatoirement le salarié sans ayants droit au sens du présent accord ;
- la cotisation famille couvre obligatoirement le salarié et l'ensemble de sa famille dès lors qu'il a au moins un ayant droit au sens du présent accord.

	COTISATION mensuelle	PART PATRONALE	PART SALARIALE
Tarif isolé	1,014 % du PMSS	15 %, dans la limite de 5 €	Solde restant à la charge du salarié
Tarif famille	3,018 % du PMSS	15 % du tarif isolé, dans la limite de 5 €	Solde restant à la charge du salarié

Néanmoins, l'employeur peut décider dans son entreprise d'une meilleure prise en charge sur la part isolée du salarié.

Les tarifs sont garantis pendant 3 ans à partir de la date d'application du présent accord, soit du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2012.

#### Collecte des cotisations

La collecte des cotisations du régime obligatoire est confiée par l'organisme désigné à la caisse de MSA compétente sur le territoire des Landes selon les termes d'une convention de gestion conclue entre eux.

#### Suspension du contrat de travail

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du présent régime obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu au-delà de 1 mois, 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 restent dues 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, 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.

En cas de suspension du contrat de travail pour maladie ou accident (toutes origines) non indemnisée d'une durée supérieure à un mois civil complet, la couverture pourra être maintenue aux mêmes conditions qu'au paragraphe précédent (demande de l'intéressé et règlement de la totalité de la cotisation directement auprès de l'organisme).

#### Mutualisation

Le régime des assurés à titre obligatoire est mutualisé dans un compte distinct des autres régimes.

### Article 9

#### *Organisme gestionnaire et entreprises concernées par l'accord*

##### Organisme gestionnaire

La gestion du régime de prévoyance complémentaire frais de santé est assurée par Agri-Prévoyance, institution de prévoyance, sise 21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris.

La désignation de l'organisme assureur sera réexaminée tous les 2 ans par les parties. En tout état de cause, ce réexamen sera effectué au plus tard 5 ans après la date d'effet du présent accord, conformément à l'article L. 912-2 du code de la sécurité sociale.

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

## Entreprises concernées par l'accord

Toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord collectif sont tenues d'adhérer à Agri-Prévoyance pour leur personnel non cadre. Toutefois, les entreprises disposant déjà d'un régime frais de santé obligatoire avant l'entrée en vigueur du présent accord pourront ne pas remettre en cause leur régime et ne pas rejoindre l'organisme ci-dessus désigné sous réserve que leur couverture frais de santé soit d'un niveau supérieur, avec une part des cotisations prise en charge par l'employeur au moins égale à 15 % de la cotisation totale.

Pour être considéré comme offrant des garanties supérieures, le régime en question devra prévoir :

- l'amélioration des conditions d'accès et le reste au moins équivalent au contenu du présent accord ;
- et/ou amélioration de la clé de répartition et le reste au moins équivalent au contenu du présent accord ;
- et/ou amélioration d'une des prestations et le reste au moins équivalent au contenu du présent accord.

Les entreprises ayant mis en place, préalablement à la signature du présent accord, un régime d'assurance santé obligatoire de niveau inférieur aux garanties définies à l'article 5 devront le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel départemental à compter de la date de son entrée en vigueur.

## Article 10

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

Les modalités de mise en œuvre pratiques des garanties prévues par le présent accord font l'objet d'une convention de gestion distincte 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 au moins une fois par an, et en cas de besoin 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 11

### *Réexamen du régime*

Conformément aux articles L. 912-1 et L. 912-2 du code de la sécurité sociale, 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.

Si besoin, afin de rééquilibrer le régime, la commission mixte décidera soit de la diminution des garanties, soit de l'augmentation ou de la baisse des cotisations.

## **Article 12**

### *Durée, révision, dénonciation*

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra être modifié selon le dispositif prévu aux articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Il pourra également être dénoncé par l'une ou l'autre des parties en respectant un préavis de 3 mois selon les dispositions de l'article L. 2261-9 du code du travail et, sauf conclusion d'un nouvel accord, il cessera de produire ses effets après le délai de 1 an à compter de l'expiration du délai de préavis.

## **Article 13**

### *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 demandent l'extension du présent accord, déposé par la partie la plus diligente, en 2 exemplaires, dont une version sur support électronique, à la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle des Landes.

Fait à Mont-de-Marsan, le 15 octobre 2009.

(Suivent les signatures.)