

Accord professionnel
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES DES EXPLOITATIONS
DE PRODUCTION AGRICOLE
(Calvados)
(18 juin 2009)

AVENANT N° 1 DU 25 JUIN 2012

NOR : AGRS1297160M

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles ;

Le syndicat des éleveurs de chevaux de sang de France ;

La fédération départementale des CUMA ;

Le syndicat des horticulteurs et pépiniéristes d'Ussy et du Calvados ;

Le syndicat des producteurs de fruits de Basse-Normandie ;

Le syndicat des producteurs de champignons du Calvados,

D'une part, et

Le syndicat général agroalimentaire du Calvados CFDT ;

La fédération CFTC-Agri ;

L'union départementale des syndicats force ouvrière du Calvados FO ;

L'UNSA agriculture agroalimentaire ;

La fédération nationale agroalimentaire et forestière CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

L'article 3 est supprimé et remplacé comme suit :

« Article 3

Salariés bénéficiaires

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

Affiliation

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier l'ensemble des salariés visés au présent article auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 6 par la signature d'un bulletin d'affiliation.

Les salariés ayant acquis préalablement le bénéfice du présent accord, à titre collectif, dont le contrat de travail a pris fin et embauchés dans les 3 mois suivant la fin du contrat du travail auprès d'une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application visé à l'article 1^{er}, peuvent transférer leur droit acquis à la couverture complémentaire frais de santé prévue par le présent accord.

Dans ce cadre, les salariés doivent en faire la demande écrite formelle au nouvel employeur.

En tout état de cause et en cas de cessation des garanties, l'ancien salarié a la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à son intention.

Le bénéfice du régime frais de santé prend effet le premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'ancienneté est acquise, ou dès la date de l'embauche du salarié en cas de transfert de droits acquis précédemment pour ce même régime frais de santé.

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.

Cas d'exclusion :

- 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 ;
- les salariés non cadres définis ci-dessus ressortissant à un accord collectif d'entreprise dans les conditions fixées à l'article 13 du présent accord.

Dispenses d'affiliation

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

- les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. 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 exclus de la présente assurance complémentaire ;
- les salariés ayant une faible rémunération : les salariés concernés sont ceux ayant une durée du travail inférieure à un mi-temps et n'ayant qu'un seul employeur ou les apprentis, pour lesquels le montant de cotisation à leur charge représenterait 10 % ou plus de leur rémunération.

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.

Il est précisé que le caractère collectif n'est toutefois 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.

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'agira de l'employeur chez lequel le salarié a le plus d'ancienneté. Cet employeur prendra en charge la cotisation à la complémentaire frais de santé telle que définie à l'article 7.

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.

La demande d'exclusion doit être notifiée par écrit à l'employeur dans un 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. »

Article 2

Le tableau des garanties de l'annexe I est mis à jour et remplacé par celui-ci :

« Tableau des garanties

GARANTIES	RÉGIME FRAIS DE SANTÉ		
	Remboursements ⁽¹⁾ régime de base MSA	Remboursements complémentaires ⁽¹⁾ Agri-Prévoyance	
Soins courants			
Honoraires de généralistes et spécialistes	70 % BR	TM ⁽²⁾	
Dépassements d'honoraires (secteurs conventionnés 1 et 2)	–	200 % BR limité à 4 fois par an	
Pharmacie	De 15 à 100 % BR	TM	
Analyses biologiques, auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthopédistes	60 % BR	TM	
Radiologie, électroradiologie	70 % BR	TM	
Actes techniques ⁽³⁾	De 35 à 70 % BR	TM	
Prothèses			
Prothèses, gros et petits appareillages (dont orthopédie)	60 % ou 100 % BR	TM	
Fournitures médicales, pansements	TM	TM	
Prothèses auditives	60 % BR	250 € par an, par oreille	
Optique		Partenaires GROUPAMA	Autres opticiens
Verres (prise en charge acceptée par le régime de base)	60 % BR	100 % prix négociés ⁽⁵⁾	395 % BR + forfait de 275 € par an et par bénéficiaire
Montures, lentilles (prise en charge acceptée par le régime de base)	60 % BR	220 € par an	
Dentaire		Partenaires GROUPAMA	Autres chirurgiens dentistes
Soins dentaires (sauf inlay/onlay)	70 % BR	100 % FR	30 % BR
Inlay/onlay	70 % BR	30 % BR	30 % BR
Prothèses acceptées par le régime de base	70 % BR	160 % BR + 300 € par an	140 % BR + crédit de 300 € par an
Orthodontie acceptée par le régime de base	100 % BR	150 % BR	

GARANTIES	RÉGIME FRAIS DE SANTÉ	
	Remboursements ⁽¹⁾ régime de base MSA	Remboursements complémentaires ⁽¹⁾ Agri-Prévoyance
Hospitalisation médicale ou chirurgicale ⁽⁴⁾		
Frais de soins et de séjour	80 % ou 100 % BR	TM
Dépassements d'honoraires	–	200 % BR
Forfait journalier	–	100 % du forfait dès le 1 ^{er} jour
Chambre particulière	–	40 € par jour limité à 60 jours par an, puis 25 € par jour
Maternité ⁽⁴⁾		
Frais de soins et de séjour	100 % BR	-
Dépassements d'honoraires et chambre particulière	–	Crédit d'un tiers du PMSS par bénéficiaire et par maternité
Polyvalents		
Transport	65 % BR	TM
Forfait actes lourds « 18 € »	–	100 % du forfait
<p>(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 actes de prévention « responsables » prévus par l'arrêté du 8 juin 2006. (4) Secteur conventionné ou non. (5) Prise en charge intégrale des verres sélectionnés par les opticiens partenaires et GROUPAMA dans la limite de deux verres par an et par personne. BR : base de remboursement à partir duquel est calculé le remboursement obligatoire. TM : ticket modérateur. FR : frais réels. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.</p>		

Les actes de prévention couverts selon la réglementation en vigueur sont les suivants :

1. Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum (SC12).
2. Un dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
3. Un scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, une fois par dent et avant le 14^e anniversaire.
4. Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.
5. Un dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.
7. Les vaccinations suivantes seules ou combinées :
 - diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;

- coqueluche : avant 14 ans ;
- hépatite B : avant 14 ans ;
- BCG : avant 6 ans ;
- rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- *haemophilus influenzae* B ;
- vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois. »

Article 3

L'article 11 « Suspension du contrat de travail » est supprimé et remplacé comme suit :

« Article 11

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, 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 sont maintenues et dues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Toutefois, en cas d'arrêt de travail pour maternité, maladie ou accident (vie privée ou professionnelle) d'une durée d'au moins 1 mois civil complet, le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du présent régime obligatoire sera maintenu sans versement de la cotisation employeur et salarié, pendant 1 095 jours au maximum.

Par ailleurs et s'agissant de l'extension famille, les salariés ayant opté pour cette option prévue à l'annexe II de l'accord du 18 juin 2009 continueront de verser la cotisation correspondante auprès d'Agri-Prévoyance.

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, la couverture pourra être maintenue à la demande du salarié formulée à Agri-Prévoyance, sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation. Dans ce cas, Agri-Prévoyance procédera à la collecte de la cotisation directement auprès du salarié. »

Article 4

Le 4^e alinéa de l'article 7.1 « Montant de la cotisation » est modifié comme suit :

« Taux et répartition de la cotisation isolée obligatoire :

Le taux global de la cotisation mensuelle du présent régime complémentaire frais de santé est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sera égale à 0,96 % du PMSS.

La tarification isolée obligatoire concerne le salarié seul.

La cotisation obligatoire ainsi prévue est répartie à raison de :

- 20 % à la charge de l'employeur, soit 0,19 % ;
- 80 % à la charge du salarié, soit 0,77 %. »

Article 5

Le paragraphe 2 « Extension famille (conjoint et enfant) individuelle et facultative » de l'annexe II est modifié comme suit :

« Les partenaires sociaux ont également souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à la famille du salarié (conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

L'extension famille (conjoint et enfants) est facultative et est laissée au choix du salarié.

Le taux global de la cotisation mensuelle facultative extension famille est à la seule charge du salarié et exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Elle est égale à 1,75 % du PMSS.

Le supplément de cotisation représenté par la souscription à cette option demeure entièrement à la charge exclusive du salarié et Agri-Prévoyance procédera directement à la collecte de la cotisation. »

Article 6

Les autres clauses de l'accord initial restent inchangées.

Article 7

Le présent avenant 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.

Le présent accord prendra effet au premier jour du trimestre civil suivant la parution de son arrêté d'extension.

Fait à Hérouville-Saint-Clair, le 25 juin 2012.

(Suivent les signatures.)