

Accord collectif

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ  
DES SALARIÉS NON CADRES  
(Gers)  
(17 septembre 2009)**

(Etendu par arrêté du 25 février 2010,  
*Journal officiel* du 5 mars 2010)

---

AVENANT N° 1 DU 12 NOVEMBRE 2013

NOR : AGRS1497026M

PRÉAMBULE

Dans le cadre de la mise en conformité de l'accord au décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire et à la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés ont décidé de mettre en conformité la catégorie objective assurée, les dispenses d'affiliation et d'instaurer le dispositif de portabilité.

Dans ce contexte, les organisations signataires ont également décidé de réviser les cotisations.

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

*Champ d'application*

L'article 1<sup>er</sup> est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 1<sup>er</sup>

*Champ d'application*

Champ d'application professionnel

Le présent accord s'applique sur le département du Gers aux salariés agricoles, non affiliés à l'AGIRC et justifiant d'une ancienneté continue minimale de 3 mois, et aux employeurs des exploitations agricoles proprement dites, des exploitations de cultures spécialisées (viticulture, cultures maraîchères, cultures fruitières), des entreprises de battage, de moissonnage-battage, de motoculture, des entreprises de travaux agricoles et ruraux, des coopératives de culture en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole.

Champ d'application territorial

Le présent accord s'applique aux salariés et employeurs précités dont le siège de l'exploitation se situe dans le département du Gers. »

## Article 2

### *Salariés bénéficiaires et affiliation*

#### Salariés bénéficiaires

L'article 3 « Salariés bénéficiaires » est remplacé par les dispositions suivantes :

#### « Article 3

##### *Salariés bénéficiaires*

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié ayant 3 mois d'ancienneté continue et plus dans l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord et non affilié à l'AGIRC.

L'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert ladite ancienneté. »

Il est précisé qu'aux termes du présent avenant les dispositions du 1<sup>er</sup> alinéa du paragraphe « Garanties à adhésion individuelle et facultative », « Salariés non cadres ayant moins de 3 mois d'ancienneté » de l'article 5 s'appliquent donc aux salariés non affiliés à l'AGIRC et ayant moins de 3 mois d'ancienneté continue.

#### Dispenses d'affiliation

L'article 4 « Affiliation » est remplacé par les dispositions suivantes :

#### « Article 4

##### *Affiliation*

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 désigné à l'article 6 par la signature d'un bulletin d'affiliation.

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

#### Dispenses d'affiliation

Les salariés placés dans les situations ci-après peuvent demander, par écrit, à l'employeur une dispense d'affiliation à l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord :

- les salariés à temps partiel et les apprentis ayant au moins 3 mois d'ancienneté et dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation salariale au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. En cas d'augmentation de la rémunération, si la cotisation salariale représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement s'affilier au régime mis en place par l'accord ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus l'ACS ;
- à condition d'en justifier chaque année, les salariés bénéficiaires par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en qualité d'ayants droit, d'une couverture collective à adhésion obligatoire mise en place dans une autre entreprise (salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire).

Cette dernière dispense d'affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de cessation de la couverture obligatoire, de la diminution du niveau de prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans le présent accord ou à la demande du salarié.

Le salarié ayant plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. Cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié.

Toute demande de dispense doit être notifiée, par écrit, à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition de 3 mois d'ancienneté.

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

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d'affiliation, il doit en informer l'employeur et devra alors obligatoirement cotiser au régime à compter du mois civil suivant. »

### **Article 3**

#### *Cotisations*

Le 1 « Taux et répartition » de l'article 7 « Cotisations » est remplacé par les dispositions suivantes :

##### « 1. Taux et répartition

Le présent accord relève des articles L. 871-1 du code de la sécurité sociale et L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime et, à ce titre, les cotisations patronales sont exonérées.

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 en partie, à cette occasion.

##### Régime obligatoire : cotisation pour le salarié bénéficiaire seul

La cotisation mensuelle du présent régime de remboursement complémentaire de frais de santé est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sera égale, pour les exercices 2014 et suivants, à 1,27 % du PMSS.

Elle est répartie comme suit :

- 15 % à la charge de l'employeur, dans la limite de 5 € par mois ;
- 85 % à la charge du salarié.

##### Garanties facultatives

Le salarié pourra affilier, facultativement, ses ayants droit selon les options suivantes :

- faire garantir dans les conditions prévues à l'article 5 le remboursement des frais de santé engagés par le salarié ayant moins de 3 mois d'ancienneté continus dans l'entreprise moyennant un taux de cotisation spécifique de 1,27 % du PMSS ;
- faire garantir dans les conditions prévues à l'article 5 le remboursement des frais de santé engagés par les membres de sa famille (conjoint et enfant(s) à charge) moyennant un taux de cotisation spécifique de 2,29 % du PMSS ;
- faire garantir dans les conditions prévues à l'article 5 le remboursement des frais de santé complémentaires engagés par lui-même ou par lui-même et les membres de sa famille moyennant un taux de cotisation spécifique de :
  - 1,49 % du PMSS pour le salarié bénéficiaire seul ;
  - 2,76 % du PMSS pour le salarié et sa famille.

Ces cotisations sont à la charge exclusive du salarié. L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur désigné à l'article 6.

## Dispositions communes aux régimes concernant l'évolution et la révision des cotisations

Les cotisations sont indexées au 1<sup>er</sup> janvier de chaque exercice sur l'écart, s'il est positif, entre le taux d'évolution annuelle de l'indice de la consommation médicale totale (CMT) hors hospitalisation, connu au 1<sup>er</sup> septembre, et le pourcentage d'augmentation du plafond mensuel de la sécurité sociale constaté entre le 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice précédent et le 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice concerné.

Elles peuvent également évoluer au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en fonction des résultats du régime, sous réserve du respect d'un préavis de 3 mois, et après consultation des partenaires sociaux. »

### Article 4

#### *Portabilité*

L'intitulé de l'article 9 « Cessation des garanties » est remplacé par l'intitulé : « Maintien des garanties ».

Est ajouté un paragraphe 9.1 intitulé : « Maintien des garanties au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé ».

Les dispositions de l'article 9 sont transférées au 9.1 et demeurent inchangées, sauf le 2<sup>e</sup> alinéa qui est modifié comme suit :

« En outre, les salariés cessant leur activité ont la possibilité de demander auprès de l'organisme assureur 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 du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois qui suivent le terme de couverture au titre de la portabilité visée au 9.2 ci-après ou le décès du participant. »

Il est inséré un paragraphe 9.2 rédigé comme suit :

#### « 2. Portabilité

Les salariés bénéficient, à compter du 1<sup>er</sup> juin 2014, du maintien à titre gratuit des garanties du régime en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions suivantes :

- le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation de l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- l'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;
- l'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

Pour bénéficier du maintien, le salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues. »

## **Article 5**

### *Suspension du contrat de travail*

L'article 10 « Suspension du contrat de travail » est remplacé par les dispositions suivantes.

#### « Article 10

### *Suspension du contrat de travail*

#### Suspension du contrat de travail pour un motif non lié à une maladie ou à un accident

En cas de suspension du contrat de travail pour l'un des cas prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, le salarié bénéficie des garanties complémentaires frais de santé pendant les 3 premiers mois de la suspension, et ce sans versement de cotisation.

Après cette période, le salarié peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur, à titre individuel et facultatif, à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve du paiement par ce dernier de l'intégralité de la cotisation.

L'employeur doit informer l'organisme assureur compétent de la suspension du contrat et de la durée de la suspension au début de celle-ci.

#### Suspension du contrat de travail pour maladie, accident (toutes origines) ou pour maternité

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du 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 celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, sans versement de cotisation pour tout mois civil d'absence.

Si la suspension est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement. »

## **Article 6**

### *Annexes*

Les annexes I et II présentant les garanties complémentaires santé sont actualisées et jointes au présent avenant.

## **Article 7**

### *Entrée en vigueur*

Le présent avenant entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil qui suit la publication au *Journal officiel* de son arrêté d'extension, et, au plus tôt, au 1<sup>er</sup> juin 2014 concernant les dispositions relatives à la portabilité.

## **Article 8**

### *Dépôt et extension*

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 avenant.

Fait à Auch, le 12 novembre 2013.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

**Organisations patronales :**

FDSEA du Gers ;

Syndicat des entrepreneurs de travaux agricoles et ruraux du Gers.

**Syndicats de salariés :**

SNCEA CFE-CGC ;

SGA CFDT du Gers ;

CFTC-Agri ;

FGTA FO.

## ANNEXE I

### Tableau des garanties complémentaires frais de santé de base

DÉSIGNATION DES ACTES	TOTAL REMBOURSEMENT MSA + CRIA
<b>Frais médicaux</b>	
Consultations, visites de médecin ou spécialiste	200 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massage, pédicure, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	100 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	100 % de la BR
Participation forfaitaire sur les actes médicaux lourds	Prise en charge
Cures thermales prises en charge par le régime de base	100 % de la BR
Vaccins prescrits	40 € par an et par famille
Actes de prévention responsables	100 % de la BR
<b>Pharmacie</b>	
Pharmacie prise en charge par le régime de base	100 % de la BR
<b>Frais d'optique</b>	
Verres, montures, lentilles, pris en charge par le régime de base	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €
<b>Frais dentaires</b>	
Soins et honoraires	100 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base	210 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €
Parodontologie	100 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par le régime de base (enfants de moins de 16 ans)	250 % de la BR
<b>Appareillage</b>	
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	300 % de la BR
Prothèses auditives	455 % de la BR + forfait annuel égal à 200 €
<b>Hospitalisation (hors maternité, séjour en maison de repos, frais de placement en long séjour ou en cure médicale), y compris psychiatrie (secteur conventionné ou non)</b>	
Frais de soins et séjour	100 % de la BR
Dépassements d'honoraires	480 à 500 % de la BR
Chambre particulière	52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour
Séjour accompagnant	52 € par jour dans la limite de 30 jours
Participation forfaitaire sur les actes lourds	Prise en charge

DÉSIGNATION DES ACTES	TOTAL REMBOURSEMENT MSA + CRIA
Forfait hospitalier	100 % des frais réels
<b>Forfaits</b>  Maternité :  – frais de soins et séjour  – dépassements d'honoraires et chambre particulière	300 % de la BR  Crédit de 1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité
Frais de transport pris en charge par le régime de base	100 % de la BR
Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale (SS). BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou SS). PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale au 1 <sup>er</sup> janvier de l'année.	

#### Actes de prévention :

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, l'institution a choisi de prendre en charge les actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale figurant sur la liste prévue à cet effet par l'arrêté du 8 juin 2006.



## ANNEXE II

**Tableau des garanties complémentaires frais de santé optionnelles**

DÉSIGNATION DES ACTES	TOTAL REMBOURSEMENT MSA + CRIA
<b>Frais médicaux</b>	
Consultations, visites de médecin ou spécialiste	300 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massage, pédicure, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	100 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	100 % de la BR
Participation forfaitaire sur les actes médicaux lourds	Prise en charge
Cures thermales prises en charge par le régime de base	100 % de la BR
Ostéopathie	Forfait égal à 22 € par séance dans la limite de 4 séances par an et par famille
Vaccins prescrits	40 € par an et par famille
Actes de prévention responsables	100 % de la BR
<b>Pharmacie</b>	
Pharmacie prise en charge par le régime de base	100 % de la BR
Pharmacie prescrite non prise en charge par le régime de base	40 € par an et par famille
<b>Frais d'optique</b>	
Verres, montures, lentilles, pris en charge par le régime de base	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 475 €
<b>Frais dentaires</b>	
Soins et honoraires	100 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base	210 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 475 €
Parodontologie	100 € par an et par bénéficiaire
Implantologie	200 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par le régime de base (enfants de moins de 16 ans)	350 % de la BR
<b>Appareillage</b>	
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	500 % de la BR
Prothèses auditives	455 % de la BR + forfait annuel égal à 350 €
<b>Hospitalisation (hors maternité, séjour en maison de repos, frais de placement en long séjour ou en cure médicale), y compris psychiatrie (secteur conventionné ou non)</b>	
Frais de soins et séjour	100 % de la BR
Dépassements d'honoraires	480 à 500 % de la BR

DÉSIGNATION DES ACTES	TOTAL REMBOURSEMENT MSA + CRIA
Chambre particulière	52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour
Séjour accompagnant	52 € par jour dans la limite de 30 jours
Participation forfaitaire sur les actes lourds	Prise en charge
Forfait hospitalier	100 % des frais réels
<b>Forfaits</b>	
Maternité :	
– frais de soins et séjour	300 % de la BR
– dépassements d'honoraires et chambre particulière	Crédit de 1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité
Frais de transport pris en charge par le régime de base	100 % de la BR
Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale (SS). BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou SS). PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale au 1 <sup>er</sup> janvier de l'année.	

#### Actes de prévention :

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, l'institution a choisi de prendre en charge les actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale figurant sur la liste prévue à cet effet par l'arrêté du 8 juin 2006.