

Accord collectif

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(Gard)
(26 août 2009)**

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

AVENANT N° 1 DU 28 NOVEMBRE 2013

NOR : AGRS1497028M

PRÉAMBULE

Dans le cadre d'un appel d'offres, les partenaires sociaux ont décidé de changer d'organisme assureur.

De plus, pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 3 du 9 juillet 2013 à 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 se sont accordés pour modifier l'accord départemental du 26 août 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres du Gard. Ces modifications prennent en compte certaines dispositions de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Article 1^{er}

Les dispositions de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié non cadre justifiant de 6 mois 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 au cours 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 cadres 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.

Dispense 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 salariés bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année cette couverture obligatoire pour un niveau au moins équivalent.

Cette exclusion 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 d'exclusion, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur ;

- les bénéficiaires de la CMU-C ainsi que de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément ;
- les salariés à temps partiel ayant 6 mois d'ancienneté et plus, dès lors que leur cotisation complémentaire santé est égale ou supérieure à 10 % de leur rémunération ;
- les salariés en contrat à durée déterminée, y compris les apprentis, ayant 6 mois d'ancienneté et moins de 12 mois d'ancienneté.

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.

Au jour de l'entrée en vigueur de l'avenant n° 1 du 28 novembre 2013, les salariés à temps partiel ou en contrat à durée déterminée ayant entre 6 et 12 mois d'ancienneté doivent faire leur demande d'exclusion par écrit adressée à l'employeur avant la fin du premier mois d'application dudit avenant.

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 l'assurance complémentaire santé.

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

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.

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 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 2

Les dispositions de l'article 7 « Gestion du régime » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Pour assurer le 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 recommander une coassurance entre EOV Mutuelle (25, route de Montfavet, 84000 Avignon) et ADREA Mutuelle (104, avenue du Maréchal-de-Saxe, 69003 Lyon) à hauteur de respectivement 50 % et 50 %.

EOV Mutuelle est désignée comme étant l'apporteur du régime.

Cette recommandation a notamment pour objectifs :

- de permettre aux salariés cotisants de bénéficier de l'action sociale mise en place par ces mutuelles ;
- d'organiser le maintien des prestations pendant les périodes de suspension du contrat de travail des salariés bénéficiaires ;
- d'organiser la mise en place de la portabilité ;
- de bénéficier de la possibilité d'accès à un réseau tarifaire préférentiel ;
- de permettre aux salariés cotisants de bénéficier d'un bouquet de services liés à la prévention de leur santé.

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans le protocole de gestion conclu entre les organismes assureurs et les partenaires sociaux signataires. »

Article 3

Les dispositions de l'article 8.1 « Taux de cotisations et répartition » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« 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 1,28 % du PMSS pour le salarié seul assuré à titre obligatoire.

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.

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

Article 4

Les dispositions de l'article 9 « Règlement des prestations » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« 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 la convention de gestion et la notice d'information remise aux salariés. »

Article 5

L'article 10 « Cessation des garanties » est complété par un paragraphe « Portabilité » rédigé comme suit :

« Portabilité »

Les salariés bénéficient des dispositions légales sur le maintien des garanties de protection sociale complémentaire en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le

régime d'assurance chômage selon les conditions définies par les textes légaux, et ce à compter de la date fixée par la loi. Ces dispositions figurent pour information en annexe III.

Pour bénéficier des prestations, le demandeur d'emploi bénéficiant du maintien des garanties doit fournir l'ensemble des justificatifs demandés au salarié auxquels s'ajoute le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations demandées sont dues. »

Article 6

Les dispositions de l'article 11 « Suspension du contrat de travail » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Suspension du contrat pour un motif non lié
à une maladie ou à un accident

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

Après cette période, il peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont il relève, à titre individuel, à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé en acquittant directement la cotisation globale.

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

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

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité pris en charge par la MSA et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues par le présent accord sont maintenues sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence. Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire de l'assurance frais de santé est due intégralement. »

Article 7

Le tableau des garanties de l'annexe I est modifié comme suit :

NATURE DES RISQUES	RO (hors exonération TM)	REMBOURSEMENTS TOTAUX (y compris régime de base)
Frais médicaux		
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70 %	150 %
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60 %	100 %
Masseurs, kinésithérapeutes, pédicures	60 %	100 %
Orthophonistes, orthoptistes	60 %	100 %
Analyses, examens de laboratoire	60 à 100 %	100 %
Radiographies, scanners, électroradiologies	70 %	100 %
Sages-femmes	70 %	100 %
Actes prévention contrats responsables	Divers	Tous
Pharmacie	15 à 100 %	100 %

NATURE DES RISQUES	RO (hors exonération TM)	REMBOURSEMENTS TOTAUX (y compris régime de base)
Optique Verres, montures, lentilles (y compris jetables) pris en charge par la MSA	60 %	455 % + 250 € par an
Dentaire Frais de soins	70 %	100 %
Prothèses PEC RO	70 %	410 % + 100 € par an
Orthodontie PEC RO	100 %	200 %
Appareillage et autres prothèses Divers remboursables, dont entretien auditif	60 %	100 %
Prothèses auditives PEC RO	60 %	300 %
Hospitalisations, y compris en psychiatrie (*) Frais de soins et séjour	80 à 100 %	100 %
Dépassements d'honoraires	–	150 %
Chambre particulière	–	25 € par jour
Forfait hospitalier	–	100 %
Forfait actes lourds « 18 € »		Frais réels
Maternité secteur conventionné ou non Frais de soins et séjour et/ou chambre particulière	100 %	1/3 du PMSS par maternité
Ostéopathie	–	60 € maximum par an
Transport Sur prescription	65 %	100 %
Assistance	–	Oui
PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (3 129 € au 1 ^{er} janvier 2014). BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou sécurité sociale). TFR : tarif forfaitaire de responsabilité. (*) Séjours en psychiatrie : prise en charge du forfait hospitalier et de la chambre particulière limitée à 60 jours par an.		

Participant seul : 1,28 % du PMSS.

Article 8

L'annexe II est modifiée comme suit :

NATURE DES RISQUES	RO (hors exonération TM)	REMBOURSEMENTS TOTAUX (y compris régime de base)
Frais médicaux Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	70 %	150 %
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60 %	100 %
Masseurs, kinésithérapeutes, pédicures	60 %	100 %
Orthophonistes, orthoptistes	60 %	100 %
Analyses, examens de laboratoire	60 à 100 %	100 %
Radiographies, scanners, électroradiologies	70 %	100 %

NATURE DES RISQUES	RO (hors exonération TM)	REMBOURSEMENTS TOTAUX (y compris régime de base)
Sages-femmes	70 %	100 %
Actes prévention contrats responsables	Divers	Tous
Pharmacie	15 à 100 %	100 %
Optique Verres, montures, lentilles (y compris jetables) pris en charge par la MSA	60 %	455 % + 250 € par an
Dentaire Frais de soins Prothèses PEC RO Orthodontie PEC RO	70 % 70 % 100 %	100 % 410 % + 100 € par an 200 %
Appareillage et autres prothèses Divers remboursables, dont entretien auditif Prothèses auditives PEC RO	60 % 60 %	100 % 300 %
Hospitalisations, y compris en psychiatrie (*) Frais de soins et séjour Dépassements d'honoraires Chambre particulière Forfait hospitalier Forfait actes lourds « 18 € »	80 à 100 % – – –	100 % 150 % 25 € par jour 100 % Frais réels
Maternité secteur conventionné ou non Frais de soins et séjour et/ou chambre particulière	100 %	1/3 du PMSS par maternité
Ostéopathie	–	60 € maximum par an
Transport Sur prescription	65 %	100 %
Assistance	–	Oui
PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (3 129 € au 1 ^{er} janvier 2014). (*) Séjours en psychiatrie : prise en charge du forfait hospitalier et de la chambre particulière limitée à 60 jours par an.		

Extension conjoint : 1,39 % du PMSS.

Extension enfant : 0,77 % du PMSS.

Extension famille (conjoint + enfants) : 2,86 % du PMSS.

Article 9

Le présent avenant entrera en vigueur pour l'ensemble des entreprises adhérentes et des salariés compris dans le champ d'application de l'accord au 1^{er} janvier 2014.

Article 10

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 Nîmes, le 28 novembre 2013.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

FDSEA du Gard.

Syndicats de salariés :

SGA CFDT Gard-Lozère ;

SNCEA CFE-CGC, section du Gard.

ANNEXE III

DISPOSITIONS LÉGALES SUR LA PORTABILITÉ

Article L. 911-8 du code de la sécurité sociale

(issu de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi)

« Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture 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 :

1. 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 du 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 le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

2. Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3. Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4. Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;

5. L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;

6. L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au 1^{er} alinéa.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au 1^{er} alinéa à la date de la cessation du contrat de travail. »