

Convention collective

**IDCC : 9471. – EXPLOITATIONS AGRICOLES
(Lot-et-Garonne)
(12 juillet 1983)**

(Etendue par arrêté du 7 mars 1984,
Journal officiel du 18 mars 1984)

Convention collective

**IDCC : 9472. – EXPLOITATIONS D'HORTICULTURE ET DE PÉPINIÈRES
(Lot-et-Garonne)
(12 juillet 2000)**

(Etendue par arrêté du 21 novembre 2000,
Journal officiel du 30 novembre 2000)

**AVENANT N° 1 DU 31 OCTOBRE 2013
À L'ACCORD DU 6 NOVEMBRE 2009
RELATIF AU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ**

NOR : AGRS1497031M
IDCC : 9471, 9472

Entre :

La FDSEA de Lot-et-Garonne ;

Le syndicat coordination rurale de Lot-et-Garonne ;

Le syndicat des horticulteurs et pépiniéristes de Lot-et-Garonne,

D'une part, et

Le SGA CFDT de Lot-et-Garonne ;

La FGTA FO, section agriculture ;

Le SNCEA CFE-CGC de Lot-et-Garonne ;

La CFTC-Agri de Lot-et-Garonne,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

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 syndicales de salariés et organisations professionnelles d'employeurs agricoles ont décidé de réduire la condition d'ancienneté, pour bénéficier de la complémentaire santé, à 6 mois, de mettre en conformité 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^{er}

Champ d'application

Les dispositions de l'article 1^{er} « Champ d'application » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Le présent accord s'applique sur le département de Lot-et-Garonne aux salariés agricoles relevant du présent accord, non affiliés à l'AGIRC et justifiant d'une ancienneté continue minimale de 6 mois, et aux employeurs des exploitations agricoles définies à l'article 1^{er} (champ d'application professionnel) de la convention collective de travail du 12 juillet 1983 concernant les exploitations agricoles du département de Lot-et-Garonne ainsi qu'aux employeurs des exploitations d'horticulture et de pépinière définies à l'article 1^{er} de la convention collective de travail du 12 juillet 2000 concernant les exploitations d'horticulture et de pépinière du département de Lot-et-Garonne. »

Article 2

Salariés bénéficiaires et dispenses d'affiliation

Salariés bénéficiaires

Les cinq premiers alinéas de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié ayant 6 mois d'ancienneté continue et plus dans une 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. »

Le paragraphe « Salariés non cadres ayant moins de 12 mois d'ancienneté continue » du « 3.2. Couverture facultative » du même article 3 est modifié en conséquence et concerne donc les salariés non affiliés à l'AGIRC et ayant moins de 6 mois d'ancienneté continue.

Dispenses d'affiliation

Le « 3.1. Dispense d'affiliation » est remplacé par les dispositions suivantes :

« 3.1. 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 bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties ;
- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure à 12 mois et ayant au moins 6 mois d'ancienneté continue, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel ou apprentis ayant au moins 6 mois d'ancienneté continue 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 ou à la demande du 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 6 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.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de l'employeur, leur adhésion au régime. L'affiliation prendra effet le premier jour du mois suivant la demande et sera alors irrévocable. »

Article 3

Cotisations

Taux de cotisations et répartition

Le « 7.1. Taux de cotisations et répartition » est remplacé par les dispositions suivantes :

« 7.1. Taux de cotisations et répartition

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. En cas de modification des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la mutualité sociale agricole (MSA) entraînant une modification de tout ou partie des engagements de l'organisme d'assurance désigné, les signataires de l'accord et l'organisme d'assurance s'engagent à réviser les cotisations et/ou les garanties, au plus tôt, à la date d'application par la MSA des dispositions et/ou des bases de remboursement nouvelles.

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 l'exercice 2014 à 1,06 % du PMSS.

Elle est répartie comme suit :

- 15 % à la charge de l'employeur, dans la limite de 5,50 € ;
- 85 % à la charge du salarié.

Le salarié pourra affilier facultativement ses ayants droit afin de leur 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 2,23 % du PMSS.

Les cotisations correspondant aux garanties optionnelles des annexes B et C de l'accord sont inchangées.

Elles évoluent en fonction de l'équilibre du régime, de la consultation des partenaires sociaux et dans la limite de la progression de l'indice national de consommation médicale totale constaté au 1^{er} janvier de chaque année. »

Suspension du contrat de travail

Le « 7.3. Suspension du contrat de travail » est remplacé par les dispositions suivantes :

« 7.3. 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 4

Portabilité

L'intitulé de l'article 8 « Maintien de garantie au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé » est remplacé par l'intitulé : « Maintien de garanties ».

Est ajouté un paragraphe 8.1 intitulé : « Maintien de garanties au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé ».

Les dispositions de l'article 8 sont transférées au 8.1 et demeurent inchangées, sauf l'avant-dernier alinéa, qui est modifié comme suit :

« 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 cas échéant, dans les 6 mois qui suivent le terme de couverture au titre de la portabilité visée au 8.2 ci-après, ou le décès du participant. »

Il est inséré un paragraphe 8.2 rédigé comme suit :

« 8.2. Portabilité

Les salariés bénéficient, à compter du 1^{er} 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

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^{er} juin 2014 concernant les dispositions relatives à la portabilité.

Article 6

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 Agen, le 31 octobre 2013.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE A

TABLEAU DES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ DE BASE OBLIGATOIRES

DÉSIGNATION DES ACTES	TOTAL REMBOURSEMENT MSA + CRIA
Frais médicaux	
Consultations, visites de médecin ou spécialiste	100 % 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
Actes de prévention responsables	100 % de la BR
Pharmacie	
Pharmacie prise en charge par le régime de base	100 % de la BR
Frais d'optique	
Verres, montures, lentilles, pris en charge par le régime de base	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 200 €
Frais dentaires	
Soins et honoraires	170 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base	250 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 300 €
Orthodontie prise en charge par le régime de base (enfants de moins de 16 ans)	300 % de la BR
Orthodontie non prise en charge par le régime de base	200 € par an
Appareillage	
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	100 % de la BR
Prothèses auditives	455 % de la BR
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)	
Frais de soins et séjour	100 % de la BR
Dépassements d'honoraires	230 à 250 % de la BR
Chambre particulière	25 € par jour
Participation forfaitaire sur les actes lourds	Prise en charge
Forfait hospitalier	100 % des frais réels
Forfaits	
Maternité : – frais de soins et séjour	100 % de la BR

DÉSIGNATION DES ACTES	TOTAL REMBOURSEMENT MSA + CRIA
– dépassements d'honoraires et chambre particulière	Crédit de un tiers 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. BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou sécurité sociale). PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale au 1 ^{er} 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 B

TABLEAU DES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ DE BASE OBLIGATOIRES + OPTION 1

DÉSIGNATION DES ACTES	TOTAL REMBOURSEMENT MSA + CRIA
Frais médicaux	
Consultations, visites de médecin ou spécialiste	100 % 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
Actes de prévention responsables	100 % de la BR
Pharmacie	
Pharmacie prise en charge par le régime de base	100 % de la BR
Frais d'optique	
Verres, montures, lentilles, pris en charge par le régime de base	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 200 €
Frais dentaires	
Soins et honoraires	300 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base	250 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 300 €
Prothèses dentaires non prises en charge par le régime de base	215 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par le régime de base (enfants de moins de 16 ans)	300 % de la BR
Orthodontie non prise en charge par le régime de base	400 € par an
Appareillage	
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	100 % de la BR
Prothèses auditives	455 % de la BR
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)	
Frais de soins et séjour	100 % de la BR
Dépassements d'honoraires	230 à 250 % de la BR
Chambre particulière	100 % des frais réels
Séjour accompagnant	100 % des frais réels
Participation forfaitaire sur les actes lourds	Prise en charge
Forfait hospitalier	100 % des frais réels

DÉSIGNATION DES ACTES	TOTAL REMBOURSEMENT MSA + CRIA
Forfaits	
Maternité :	
– frais de soins et séjour	100 % de la BR
– dépassements d'honoraires et chambre particulière	Crédit de un tiers 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. BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou sécurité sociale). PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale au 1 ^{er} 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 C

TABLEAU DES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ DE BASE OBLIGATOIRES + OPTION 2

DÉSIGNATION DES ACTES	TOTAL REMBOURSEMENT MSA + CRIA
Frais médicaux	
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
Pharmacie	
Pharmacie prise en charge par le régime de base	100 % de la BR
Frais d'optique	
Verres, montures, lentilles, pris en charge par le régime de base	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €
Chirurgie corrections oculaires	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €
Frais dentaire	
Soins et honoraires	300 % 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 €
Prothèses dentaires non prises en charge par le régime de base	350 € par an et par bénéficiaire
Parodontologie	100 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par le régime de base (enfants de moins de 16 ans)	300 % de la BR
Orthodontie non prise en charge par le régime de base	400 € par an
Appareillage	
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	300 % de la BR
Prothèses auditives	455 % de la BR + 200 € par an
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)	
Frais de soins et séjour	100 % de la BR
Dépassements d'honoraires	480 à 500 % de la BR
Chambre particulière	100 % des frais réels

DÉSIGNATION DES ACTES	TOTAL REMBOURSEMENT MSA + CRIA
Séjour accompagnant	100 % des frais réels
Participation forfaitaire sur les actes lourds	Prise en charge
Forfait hospitalier	100 % des frais réels
Forfaits	
Maternité :	
– frais de soins et séjour	100 % de la BR
– dépassements d'honoraires et chambre particulière	Crédit de un tiers du PMSS par bénéficiaire et par maternité
Frais de transport pris en charge par le régime de base	100 % des frais réels
Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale. BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou sécurité sociale). PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale au 1 ^{er} 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.