

Convention collective

**IDCC : 9461. – EXPLOITATIONS AGRICOLES
(Lot)
(6 mai 1969)**

(Etendue par arrêté du 10 octobre 1969,
Journal officiel du 8 février 1970)

AVENANT N° 143 DU 9 SEPTEMBRE 2013

NOR : AGRS1497164M
IDCC : 9461

Entre :

La FDSEA du Lot ;

La FDCUMA du Lot,

D'une part, et

La FGTA FO du Lot ;

Le SGA CFDT du Lot,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Il est créé un avenant intitulé « Avenant n° 1 du 9 septembre 2013 à l'accord départemental du 7 octobre 2009 sur la mise en place d'un régime complémentaire frais de santé au profit des salariés agricoles, relevant dudit accord et non affiliés à l'AGIRC, des exploitations agricoles du Lot ».

Cet avenant modifie l'accord départemental du 7 octobre 2009 sur la mise en place d'un régime complémentaire frais de santé au profit des salariés non cadres des exploitations agricoles du Lot, mis en annexe VII à la convention collective.

Il est rédigé comme suit :

« Avenant n° 1 du 9 septembre 2013 à l'accord départemental du 7 octobre 2009 sur la mise en place d'un régime complémentaire frais de santé au profit des salariés agricoles, relevant dudit accord et non affiliés à l'AGIRC, des exploitations agricoles du Lot

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 organisations syndicales de salariés ont décidé 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.

En conséquence, l'accord départemental du 7 octobre 2009 est modifié comme suit.

Article 1^{er}

Champ d'application

Les dispositions de l'article 1^{er} de l'accord sont modifiées comme suit :

"Article 1.1

Champ d'application professionnel

Le présent accord s'applique sur le département du Lot :

- aux salariés agricoles relevant du présent accord et non affiliés à l'AGIRC ;
- et aux employeurs des exploitations, coopératives d'utilisation de matériel agricole et entreprises agricoles définies à l'article 1^{er} 'Champ d'application professionnel' de la convention collective de travail du 6 mai 1969 concernant les exploitations agricoles du département du Lot.

Article 1.2

Champ d'application territorial

Le présent accord s'applique aux salariés et employeurs tels que définis à l'article 1.1 ci-dessus dont le siège de l'exploitation ou de l'entreprise se situe dans le département du Lot."

Article 2

Salariés bénéficiaires et dispenses d'affiliation

Salariés bénéficiaires

1. 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 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."

2. Les dispositions du paragraphe "Salariés non cadres ayant moins de 6 mois d'ancienneté" du 3.2 "Couverture facultative" sont modifiées en conséquence et concernent les salariés non affiliés à l'AGIRC et ayant moins de 6 mois d'ancienneté.

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 bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure à 12 mois et ayant au moins 6 mois d'ancienneté, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel ayant au moins 6 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 ou à la demande du salarié.

Le salarié ayant plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord et un seul de ces employeurs cotise 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 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."

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 les exercices 2014 et suivants, à 0,92 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Elle est répartie comme suit :

- 17,50 % à la charge de l'employeur, dans la limite de 5,50 € ;
- 82,50 % à la charge du salarié.

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 les membres de sa famille (conjoint et enfant[s] à charge) moyennant un taux de cotisation spécifique de 1,69 % du plafond mensuel de la sécurité sociale ;
- faire garantir dans les conditions prévues à l'article 5 le remboursement des frais de santé engagés par le salarié ayant moins de 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise moyennant un taux de cotisation spécifique de 0,92 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles correspondant à l'annexe B, il devra acquitter en totalité les cotisations supplémentaires, soit :

- 0,21 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le salarié seul ;
- 0,45 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le salarié et ses ayants droit.

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

Les cotisations sont indexées au 1^{er} 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^{er} septembre, et le pourcentage d'augmentation du plafond mensuel de la sécurité sociale constaté entre le 1^{er} janvier de l'exercice précédent et le 1^{er} janvier de l'exercice concerné.

Elles peuvent également évoluer au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats du régime, sous réserve du respect d'un préavis de 2 mois, et après consultation des partenaires sociaux.”

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 prévu 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

1. L'intitulé de l'article 8 devient : “Maintien de garanties”.
2. Est créé un 8.1 intitulé : “Maintien de garanties au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé”.

3. Les dispositions de l'article 8 sont transférées au 8.1 et demeurent inchangées, sauf le septième alinéa, modifié comme suit :

“Les intéressés devront en faire la demande auprès de CRIA Prévoyance 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 salarié.”

4. Est créé un 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 une 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

Annexes

Les annexes A et B ci-jointes présentent les garanties complémentaires santé actualisées.

Article 6

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, le 1^{er} juin 2014 concernant les dispositions relatives à la portabilité.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant. »

Fait à Cahors, le 9 septembre 2013.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE A

« Tableau des garanties complémentaires de base frais de santé

DÉSIGNATION DES ACTES	TOTAL REMBOURSEMENT MSA + CRIA (base)
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	450 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 10 % du PMSS
Frais dentaires	
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 10,5 % du PMSS
Orthodontie prise en charge par le régime de base (enfants de moins de 16 ans)	250 % de la BR
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 % de la BR
Chambre particulière	0,90 % du PMSS par jour
Participation forfaitaire sur les actes lourds	Prise en charge
Forfait hospitalier	100 % des frais réels

DÉSIGNATION DES ACTES	TOTAL REMBOURSEMENT MSA + CRIA (base)
Forfaits	
Maternité : Frais de soins et séjour Dépassements d'honoraires et chambre particulière	100 % 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. 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 optionnelles frais de santé »

DÉSIGNATION DES ACTES	TOTAL REMBOURSEMENT MSA + CRIA (base + option)
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	450 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 12,25 % du PMSS
Frais dentaires	
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 12,25 % du PMSS
Parodontologie	3,50 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par le régime de base (enfants de moins de 16 ans)	250 % de la BR
Appareillage	
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	300 % de la BR
Prothèses auditives	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 7 % du PMSS
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	430 % de la BR
Chambre particulière	1,82 % du PMSS par jour pendant 60 jours puis 0,90 % du PMSS par jour
Séjour accompagnant	1,82 % du PMSS par jour pendant 30 jours

DÉSIGNATION DES ACTES	TOTAL REMBOURSEMENT MSA + CRIA (base + option)
Participation forfaitaire sur les actes lourds	Prise en charge
Forfait hospitalier	100 % des frais réels
Forfaits	
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 + 1,82 % du PMSS par jour
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. »