

Accord collectif départemental
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(Hérault)
(9 juillet 2009)

(Etendu par arrêté du 6 avril 2010,
Journal officiel du 16 avril 2010)

AVENANT N° 2 DU 26 NOVEMBRE 2013

NOR : AGRS1494203M

Entre :

La FDSEA de l'Hérault ;

Le groupement des employeurs de main-d'œuvre agricole de l'Hérault ;

La FDCUMA de l'Hérault,

D'une part, et

Le SGA CFDT de l'Hérault ;

La FGTA FO de l'Hérault ;

Le SNCEA CFE-CGC de l'Hérault,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Dans le cadre d'un appel d'offres, les partenaires sociaux ont décidé de changer d'organisme assureur et de recentrer l'accord départemental sur le régime obligatoire. Ainsi les options facultatives ne font plus partie intégrante de l'accord départemental mais relèvent de l'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 9 juillet 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres de l'Hérault. Ces modifications prennent en compte certaines dispositions de la loi du 14 juin 2013.

Article 1^{er}

Modifications

L'accord du 9 juillet 2009 précité est modifié comme suit à compter du 1^{er} janvier 2014 :

1. Les dispositions du paragraphe « Dispense d'affiliation » de l'article 3 sont remplacées par les dispositions suivantes.

« 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 nouveaux 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 de 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 pas 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 d'ancienneté de 6 mois d'ancienneté.

Au jour de l'entrée en vigueur du présent avenant, les salariés à temps partiel ou en contrat à durée déterminée ayant entre 6 mois 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 de l'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. »

2. L'article 4 « Garanties » est modifié comme suit :

« Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul. Toutefois, les partenaires sociaux ont souhaité que l'organisme assureur propose à celui-ci à titre facultatif la possibilité de couvrir tout ou partie des membres de sa famille et d'améliorer certaines des prestations prévues dans le régime obligatoire.

Ces options facultatives sont définies dans la convention de gestion entre les partenaires sociaux et l'assureur.

Le présent régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime social de base, dans la limite des frais réels.

La nature et le montant des prestations attachées au présent régime sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (voir tableau des garanties complémentaires santé, annexe I).

Ainsi, le présent régime ne rembourse ni les pénalités mises à la charge de l'assuré notamment en cas de non-respect du parcours de soins ni la participation forfaitaire et la franchise respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

En tout état de cause, les garanties du présent régime seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits "responsables".

Ces remboursements s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits "responsables" défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application.

La totalité des actes de prévention est prise en charge à 100 % du ticket modérateur. »

3. L'article 7 « Gestion du régime » est modifié comme suit :

« 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 co-assurance entre EOEI Mutuelle (25, route de Montfavet, 84000 Avignon) et ADREA Mutuelle (104, avenue du Maréchal-de-Saxe, 69003 Lyon), à hauteur respectivement de 50 % et 50 %.

EOEI 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 des contrats 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. »

4. L'article 8.1 « Taux de cotisations et répartition » est modifié comme suit :

« 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 1,19 % du PMSS pour le salarié seul assuré à titre obligatoire.

Ce taux est réparti comme suit :

- 30 % à la charge de l'employeur, dans la limite d'un montant de 12 € par mois ;
- le solde, soit 70 % à la charge du salarié. »

5. A la fin de l'article 10 « Cessation des garanties » est rajouté le texte suivant :

« 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 à l'avenant n° 2 du 26 novembre 2013.

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.

Le taux de cotisation lié à cette garantie de portabilité de 0,04 % du PMSS est inclus dans la cotisation définie au 2^e alinéa de l'article 8.1. »

6. Le second paragraphe de l'article 11 « Suspension du contrat de travail » est modifié comme suit :

« 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 de salaire par l'employeur, le salarié bénéficie des garanties complémentaires frais de 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 en cas de décès et incapacité permanente professionnelle et complémentaire frais de santé sont maintenues sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence. Si l'absence est inférieure à 1 mois la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement. »

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

« ANNEXE I

Tableau des garanties

DÉSIGNATION DES ACTES	REMBOURSEMENT régime de base (SS ou MSA)	REMBOURSEMENT régime complémentaire obligatoire de base EOVI	TOTAL remboursement MSA + EOVI
Frais médicaux			
Consultations, visites de médecin	70 % de la BR	60 % de la BR	130 % de la BR
Consultations, visites de spécialiste	70 % de la BR	100 % de la BR	170 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sage-femmes	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR

DÉSIGNATION DES ACTES	REMBOURSEMENT régime de base (SS ou MSA)	REMBOURSEMENT régime complémentaire obligatoire de base EOVI	TOTAL remboursement MSA + EOVI
Actes de prévention responsable	35 à 70 % de la BR	30 à 65 % de la BR	100 % de la BR
Pharmacie			
Pharmacie prise en charge par la MSA	15 à 65 % de la BR	35 à 85 % de la BR	100 % de la BR
Frais d'optique			
Verres, montures, lentilles (y compris jetables) prises en charge ou non par la MSA	60 % de la BR	395 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 7 % du PMSS	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 7 % du PMSS
Frais dentaires			
Soins et honoraires	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par la MSA, y compris inlays core	70 % de la BR	330 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 4 % du PMSS	400 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 4 % du PMSS
Orthodontie prise en charge par la MSA	70 à 100 % de la BR	150 % de la BR	220 à 250 % de la BR
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, grands et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf auditives	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Prothèses auditives prises en charge par la MSA	60 % de la BR	395 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €
Forfait actes lourds			
Participation de 18 €	–	Pris en charge	Pris en charge
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	80 à 100 % de la BR	0 à 20 % de la BR	100 % de la BR
Dépassements d'honoraires encadrés sur les actes techniques des médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation ayant adhéré à l'option de coordination (art. R. 871-2, I, 4°, du code de la sécurité sociale)	–	220 % de la BR	220 % de la BR
Chambre particulière	–	52 € par jour	52 € par jour
Forfait lit et repas d'accompagnement pour un enfant à charge de moins de 16 ans bénéficiaire du régime	–	30 € par jour	30 € par jour
Forfait hospitalier	–	100 %	100 %
Forfaits			
Maternité :			
Frais de soins et séjour	100 % de la BR	–	100 % de la BR
Dépassements d'honoraires	–	Forfait égal à 1/3 du PMSS	Forfait égal à 1/3 du PMSS

DÉSIGNATION DES ACTES	REMBOURSEMENT régime de base (SS ou MSA)	REMBOURSEMENT régime complémentaire obligatoire de base EOVI	TOTAL remboursement MSA + EOVI
Cures thermales	65 à 100 % de la BR	0 à 35 % de la BR	100 % de la BR
Frais de transport pris en charge par la MSA	65 à 100 % de la BR	0 à 35 % de la BR	100 % de la BR
RB : régime de base, mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale (SS). BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou SS). TFR : tarif forfaitaire de responsabilité. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.			

8. L'annexe II est abrogée.

Article 2

Entrée en vigueur

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 3

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 demandent l'extension du présent avenant.

Fait à Montpellier, le 26 novembre 2013.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE

DISPOSITIONS LÉGALES SUR LA PORTABILITÉ

(art. L. 911-8 du code de la sécurité sociale)

« Les salariés garanties collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégralité 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 :

a) 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 ;

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

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

d) 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 ;

e) 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 ;

f) L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

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