

Accord collectif départemental
PROTECTION COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
DES EXPLOITATIONS AGRICOLES
ET ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX
(Creuse)
(3 décembre 2009)

(Etendu par arrêté du 9 septembre 2010,
Journal officiel du 17 septembre 2010)

AVENANT N° 1 DU 22 AVRIL 2014

NOR : AGRS1497248M

Entre :

La FDSEA de la Creuse ;

Les jeunes agriculteurs de la Creuse ;

La FDCUMA de la Creuse ;

Le syndicat départemental des entrepreneurs de travaux agricoles et ruraux de la Creuse,

D'une part, et

La FGTA FO de la Creuse ;

Le SGA CFDT du Limousin,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

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 signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord départemental du 3 décembre 2009. Certaines modifications prennent en compte des dispositions de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Ainsi :

- la portabilité est intégrée ;
- les cas de dispense d'affiliation sont mis à jour ;
- les conditions de maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail sont modifiées.

Par ailleurs, le tableau des garanties est actualisé pour mise en conformité avec l'avenant n° 3 à la convention nationale entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie signé le 31 juillet 2013.

Article 1^{er}

Modification partielle de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » (Mise à jour des cas de dispense d'affiliation)

A la rubrique « Dispenses d'affiliation », le premier paragraphe recensant les cas de dispense est remplacé par les dispositions suivantes :

« Ont par ailleurs la possibilité de solliciter une dispense d'affiliation au présent régime d'assurance complémentaire frais de santé :

- les salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire conformes à ceux fixés par arrêté du 26 mars 2012 ;
- les salariés bénéficiaires de la CMUC ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ; dans ces cas, la dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les apprentis et salariés sous contrat à durée déterminée, avec l'obligation spécifique pour ceux titulaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties, en produisant tous documents utiles ;
- les apprentis et salariés à temps partiel dont l'adhésion au présent régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. »

Le reste de la rubrique est inchangé.

Article 2

Modification partielle de l'article 7 « Cotisations »

Afin de prendre en compte les dispositions relatives à la portabilité des droits aux garanties, telles que prévues au nouvel article L. 911-8 du code de la sécurité sociale créé par la loi du 14 juin 2013 précitée, l'article 7.1 de l'accord devient :

« Article 7.1

Montant des cotisations

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.

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. Elles pourront être revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Ainsi, toute évolution ou instauration d'un nouveau cadre législatif ou réglementaire de nature à affecter les comptes du régime, tels que, par exemple, les participations, taxes, contributions ou charge de toute nature, fera l'objet d'une répercussion directe sur les taux de cotisation via une notification d'Agri-Prévoyance adressée aux partenaires sociaux.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie, à cette occasion.

Les cotisations TTC comprennent la taxe CMU ainsi que les frais de gestion qui sont forfaitairement fixés à 11 % des cotisations (nettes de taxe CMU).

Cotisation pour affiliation du seul salarié, dit "isolé"

Le taux global de la cotisation mensuelle pour l'affiliation obligatoire du seul salarié, dit "isolé", au présent régime complémentaire frais de santé, dont les garanties sont définies en annexe I du présent accord, est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et égal à :

- taux HT : 0,88 % du PMSS pour l'adhésion volontaire "isolé" ;
- taux TTC : 0,93 % du PMSS pour l'adhésion volontaire "isolé".

La cotisation obligatoire ainsi prévue est répartie à raison de :

- 15,68 % pour l'employeur, dans la limite d'un montant de 5,50 € par mois ;
- 84,32 % pour le salarié.

Taux d'appel :

A compter de la date d'effet du présent avenant, un taux d'appel s'élevant à 93,55 % est appliqué à la cotisation précitée.

Après application de ce taux d'appel, le taux global de la cotisation mensuelle pour l'affiliation obligatoire du seul salarié, dit "isolé", au présent régime complémentaire frais de santé, dont les garanties sont définies en annexe I du présent accord, exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS), est égal à :

- taux HT : 0,82 % du PMSS pour l'adhésion volontaire "isolé" ;
- taux TTC : 0,87 % du PMSS pour l'adhésion volontaire "isolé".

Le taux d'appel sera réexaminé annuellement selon les résultats du régime.

Cotisations volontaires pour adhésions individuelles et facultatives

Les taux globaux de cotisation mensuelle pour les adhésions individuelles et facultatives aux extensions de garanties proposées en option, dont les niveaux sont définis en annexe I du présent accord, sont exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sont définis en annexe II du présent accord. »

Le reste de l'article 7 est inchangé.

Article 3

Modification partielle de l'annexe II « Adhésions individuelles et facultatives »

Afin de prendre en compte les dispositions relatives à la portabilité des droits aux garanties, telles que prévues au nouvel article L. 911-8 du code de la sécurité sociale créé par la loi du 14 juin 2013 précitée, le 1 de l'annexe II à l'accord devient :

« 1. Adhésion volontaire des salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté requise

Les salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté requise permettant d'accéder au régime obligatoire mis en place par le présent accord peuvent adhérer volontairement à titre individuel à un régime facultatif offrant des prestations identiques. Le taux de cotisation mensuelle est à la seule charge des salariés. Ils bénéficieront ainsi à titre individuel et facultatif des mêmes garanties que celles prévues par le présent accord, auprès du même organisme assureur.

Les taux des cotisations mensuelles à la seule charge du salarié pour ces adhésions volontaires sont exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sont identiques aux taux mentionnés à la rubrique "Cotisation pour affiliation du seul salarié, dit isolé" de l'article 7.1 du présent accord.

La demande d'adhésion est à adresser à Agri-Prévoyance, dans le cadre d'un contrat individuel distinct. »

Afin de préciser l'expression des taux des cotisations mensuelles HT et TTC, le 2 et le début du 3 de l'annexe II à l'accord sont modifiés comme suit :

« 2. Extensions facultatives du niveau de garanties obligatoires vers un niveau supérieur

Les salariés bénéficiaires peuvent améliorer à titre individuel et facultatif leur niveau de garanties obligatoires prévu dans le cadre du présent régime par deux niveaux optionnels supérieurs.

Les taux des cotisations mensuelles correspondantes à la seule charge du salarié pour ces extensions facultatives sont exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sont de :

- taux HT : + 0,09 % du PMSS pour le niveau 2 optionnel, pour le salarié seul ;
- taux TTC : + 0,10 % du PMSS pour le niveau 2 optionnel, pour le salarié seul,

et

- taux HT : + 0,27 % du PMSS pour le niveau 3 optionnel, pour le salarié seul ;
- taux TTC : + 0,29 % du PMSS pour le niveau 3 optionnel, pour le salarié seul ;

Ces améliorations de garanties sont également proposées au salarié non bénéficiaire de l'accord ayant demandé à bénéficier du régime à adhésion volontaire mentionné ci-dessus dans le cadre d'un contrat individuel distinct.

3. Extensions facultatives des garanties aux membres de la famille

Les salariés bénéficiaires peuvent également étendre volontairement à titre individuel et facultatif leur niveau de garanties obligatoire ou optionnel à leur famille (conjoint et enfants à charge).

Les taux des cotisations mensuelles à la seule charge du salarié pour ces extensions facultatives sont exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sont de :

- taux HT : + 1,36 % du PMSS pour l'extension à la famille appliquée à la garantie obligatoire (à ajouter à la cotisation "isolé") ;
- taux TTC : + 1,46 % du PMSS pour l'extension à la famille appliquée à la garantie obligatoire (à ajouter à la cotisation "isolé") ;
- taux HT : + 0,06 % du PMSS pour l'extension facultative appliquée au niveau 2 optionnel ;
- taux TTC : + 0,06 % du PMSS pour l'extension facultative appliquée au niveau 2 optionnel ;
- taux HT : + 0,15 % du PMSS pour l'extension facultative appliquée au niveau 3 optionnel ;
- taux TTC : + 0,16 % du PMSS pour l'extension facultative appliquée au niveau 3 optionnel.

Cette extension famille est également proposée au salarié non bénéficiaire de l'accord ayant demandé à bénéficier du régime à adhésion volontaire mentionné ci-dessus dans le cadre d'un contrat individuel distinct. »

Le reste du 3 de l'annexe II est inchangé.

Article 4

Modification intégrale de l'article 10 « Suspension du contrat de travail »

Les dispositions de l'article 10 de l'accord sont remplacées par les suivantes :

« Article 10

Suspension du contrat de travail

a) Suspension du contrat de travail pour un motif non lié à la maladie, à l'accident ou à la maternité

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 du présent régime d'assurance complémentaire frais de santé pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat, sans versement de cotisation. Cette période de 3 mois court à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel survient la suspension du contrat de travail.

Après cette période, et tant que dure la suspension du contrat de travail, le salarié peut demander à l'organisme assureur de continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé à titre individuel, en s'acquittant de la totalité de la cotisation. L'employeur doit informer l'organisme assureur ou son délégataire dès le début de la suspension du contrat de travail, en précisant sa durée.

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

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité indemnisé par le régime de base de la sécurité sociale 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 civil complet d'absence. Si l'absence est inférieure à 1 mois civil complet, la cotisation est due intégralement (part patronale et part salariale). »

Article 5

Ajout d'un article 10 bis « Portabilité »

Est ajouté à l'accord un article 10 *bis* « Portabilité » rédigé comme suit :

« 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 au présent accord.

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 lequel les prestations demandées sont dues. »

Article 6

Modification intégrale de l'annexe I

« Tableau des garanties d'assurance complémentaire santé »

L'annexe I à l'accord est remplacée par l'annexe I ci-dessous.

Article 7

Annexe III

Une annexe III, figurant ci-dessous, est ajoutée à l'accord.

Article 8

Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Article 9

Date d'effet

Le présent avenant prendra effet :

- concernant l'article 4, le premier jour du trimestre civil suivant la publication au *Journal officiel* de son arrêté d'extension ou, au plus tard, le 1^{er} janvier 2015 ;
- concernant les articles 1^{er}, 2, 3, 5, 6 et 7, à l'entrée en vigueur des dispositions légales auxquelles ils font référence.

Fait à Guéret, le 22 avril 2014.

(Suivent les signatures.)

« ANNEXE I

Tableau des garanties d'assurance complémentaire santé

GARANTIE	REMBOURSEMENT EN COMPLÉMENT DE LA MSA		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Frais médicaux			
Consultations, visites, honoraires (généralistes ou spécialistes)	30 % BR	130 % BR	230 % BR
Sages-femmes	30 % BR	30 % BR	30 % BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	40 % BR	40 % BR	40 % BR
Analyses, examens de laboratoire	40 % BR	40 % BR	40 % BR
Radiographie, électroradiologie	40 % BR	40 % BR	40 % BR
Médecine douce : ostéopathie, homéopathie, chiropractie, acupuncture	–	–	23 € × 4 par an et par famille
Actes de prévention responsable	De 65 à 30 %	De 65 à 30 % BR	De 65 à 30 % BR
Pharmacie			
Pharmacie	De 85 à 0 % BR	De 85 à 0 % BR	De 85 à 0 % BR
Optique			
Soins et honoraires	30 % BR	30 % BR	30 % BR
Verres, montures, lentilles (avec prise en charge acceptée)	390 % BR + crédit de 200 € par an et par bénéficiaire	390 % BR + crédit de 350 € par an et par bénéficiaire	390 % BR + crédit de 475 € par an et par bénéficiaire
Chirurgie correction oculaire	250 € par an et par bénéficiaire	350 € par an et par bénéficiaire	475 € par an et par bénéficiaire
Dentaire			
Soins dentaires remboursés par la MSA (hors inlays/onlays)	30 % BR	30 % BR	30 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la MSA (hors couronne implantoportée)	140 % BR + crédit de 300 € par an et par bénéficiaire	140 % BR + crédit de 350 € par an et par bénéficiaire	140 % BR + crédit de 475 € par an et par bénéficiaire
Inlays/onlays	140 % BR + crédit de 300 € par an et par bénéficiaire	140 % BR + crédit de 350 € par an et par bénéficiaire	140 % BR + crédit de 475 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie acceptée	180 % BR	180 % BR	280 % BR
Orthodontie refusée	–	–	–
Prothèses dentaires non remboursées par la MSA (hors implantologie)	300 € par an et par bénéficiaire	350 € par an et par bénéficiaire	475 € par an et par bénéficiaire
Implantologie	–	–	200 € par an et par bénéficiaire

GARANTIE	REMBOURSEMENT EN COMPLÉMENT DE LA MSA		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Parodontologie (non associée à l'implantologie)	–	100 € par an et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petit appareillages, prothèses non auditives	35 % BR	235 % BR	435 % BR
Prothèses auditives acceptées (par oreille)	390 % BR	390 % BR + crédit de 200 € par an et par bénéficiaire cumulable sur 3 ans	390 % BR + crédit de 350 € par an et par bénéficiaire cumulable sur 3 ans
Hospitalisation (secteur conventionné ou non)			
Frais de séjour	De 20 à 0 % BR	De 20 à 0 % BR	De 20 à 0 % BR
Soins et honoraires (dont dépassement)	200 % BR	400 % BR	400 % BR
Forfait hospitalier	100 % BR dès le premier jour	100 % FR dès le premier jour	100 % FR dès le premier jour
Chambre particulière	25 € par jour	52 € par jour × 60 jours + 25 € par jour	78 € × 60 jours + 25 € par jour
Séjour accompagnant (lit + repas)	–	52 € par jour × 30 jours	52 € par jour × 30 jours
Maternité (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et de séjour	–	200 % BR	200 % BR
Dépassement d'honoraires	Crédit de 1/3 du PMSS par maternité	Crédit de 1/3 du PMSS par maternité + 52 € par jour	Crédit de 1/3 du PMSS par maternité + 52 € par jour
Chambre particulière			
Compléments divers			
Transport médical sur prescription	35 % BR	100 % FR	100 % FR
Forfait actes lourds	18 €	18 €	18 €
Frais balnéaires acceptés	35 % BR	35 % BR	35 % BR + 150 € par an
Hospitalisation à domicile acceptée dans l'accord : 0 %	–	–	–
Santé quotidienne (non remboursée par la MSA)			
Pharmacie sur prescription	–	–	40 € par an et par famille
Vaccins prescrits	–	40 € par an et par famille	40 € par an et par famille
<p><i>NB.</i> – Les crédits en euros sont calculés à partir d'un pourcentage du PMSS et devront être réévalués chaque année en fonction du montant du PMSS. BR : base de remboursement. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. FR : frais réels. Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement (BR) aux régimes d'assurance maladie obligatoires français. Les remboursements régime d'assurance maladie obligatoire + part complémentaire sont limités aux frais réels. Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire de l'assuré (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement. Le remboursement du régime conventionnel et optionnel s'entend part régime obligatoire non comprise.</p>			

Le présent accord prévoit également la couverture des sept actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code :

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base en % de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT complémentaire en % de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT régime de base + complémentaire en % de la base de remboursement du régime de base
Actes de prévention responsable	De 35 à 70 %	De 65 à 30 %	100 %

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14^e anniversaire ;

2. Détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12) ;

3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit (AM024), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans ;

4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351) ;

5. Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;

b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;

c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;

d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;

e) Audiométrie tonale et vocale et tympanométrie (CDQP002) ;

6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre de l'arrêté précité est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans ;

7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;

b) Coqueluche : avant 14 ans ;

c) Hépatite B : avant 14 ans ;

d) BCG : avant 6 ans ;

e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;

f) *Haemophilus influenzae* B ;

g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois. »

« ANNEXE III

DISPOSITIONS LÉGALES SUR LA PORTABILITÉ (*art. L. 911-8 du code de la sécurité sociale*)

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, par la complémentaire santé 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 premier alinéa. »