

Accord professionnel

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES DE L'HORTICULTURE
ET DES PÉPINIÈRES
(Orne)**

(1^{er} octobre 2009)

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

AVENANT N° 3 DU 16 MAI 2014

À L'ACCORD DU 1^{ER} OCTOBRE 2009 RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : AGRS1497295M

Entre :

Le syndicat des horticulteurs et pépiniéristes de l'Orne,

D'une part, et

Le SGA CFDT de l'Orne ;

La FGTA FO de l'Orne ;

L'UR CFTC-Agri de Basse-Normandie ;

Le SNCEA fédération agroalimentaire CFE-CGC de l'Orne,

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 1^{er} octobre 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 :

- le calcul de l'ancienneté est modifié ;
- les cotisations obligatoires et facultatives évoluent afin d'intégrer la portabilité ;
- 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, les tableaux des garanties sont mis à jour, sans changement sur le niveau des prestations :

- répartition des taux de remboursement en raison des baisses de prise en charge par le régime de base ;
- présentation du poste dentaire en prévision de la nouvelle nomenclature.

Article 1^{er}

Salariés bénéficiaires

Dans l'article 4 « Salariés bénéficiaires » de l'accord, le troisième paragraphe relatif au calcul de l'ancienneté est annulé et remplacé par :

« 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 6 mois d'ancienneté. »

Article 2

Demande de dispense d'affiliation

L'article 5 intitulé « Demande de dispense d'affiliation » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 5

Demande de dispense d'affiliation

Par dérogation à l'article précédent, et sous réserve d'en apporter la preuve, des dispenses d'affiliation à la garantie frais de santé sont possibles à la demande des salariés se trouvant dans l'une des situations suivantes :

- le salarié bénéficiaire d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de son conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, avec un niveau de prestations au moins équivalent à celui du présent accord. Le salarié peut demander à être exclu de l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord, dès lors qu'il apporte un document attestant chaque année cette couverture obligatoire. La 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 modification des prestations à un niveau inférieur à celui fixé dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié ;
- le salarié bénéficiaire de la CMUC ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. Dès lors que les salariés perdent le bénéfice de la CMUC, ils doivent être affiliés à la garantie frais de santé s'ils justifient de la condition d'ancienneté de 6 mois ;
- le salarié bénéficie d'une couverture complémentaire santé obligatoire du fait d'une autre activité, hors champ d'application du présent accord, exercée simultanément ;
- le salarié à temps partiel ayant 6 mois d'ancienneté et plus dès lors que sa cotisation complémentaire santé est égale ou supérieure à 10 % de sa rémunération brute. 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 (calcul sur 12 mois continus), le salarié devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé. Le caractère collectif n'est toutefois pas remis en cause lorsque, par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur décide de prendre en charge l'intégralité de la cotisation due dès lors que la situation inverse conduirait le salarié à acquitter une cotisation au moins égale à 10 % ;
- les salariés en contrat à durée déterminée, y compris les apprentis, ayant 6 mois d'ancienneté et moins de 12 mois d'ancienneté ;

- les salariés dont le conjoint travaille dans la même entreprise, l'un des membres du couple pouvant alors être affilié en propre, l'autre en tant qu'ayant droit.

Pour les salariés à employeurs multiples 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 auprès de son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense. En cas de non-renouvellement de la demande d'exclusion et des justificatifs, le salarié cotisera obligatoirement au régime frais de santé le premier jour du mois civil suivant.

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 premier jour du mois civil suivant.

Dans les cas de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié, ni par l'employeur. »

Article 3

Cotisations

Le 1 « Taux de cotisations et répartition » de l'article 9 est ainsi modifié :

« Le montant de la cotisation afférente aux garanties frais de santé est désormais fixé à :

a) 1,81 % pour le salarié seul. Ce taux est défini en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale et réparti comme suit :

– 0,36 % à la charge de l'employeur ;

– 1,45 % à la charge du salarié.

b) + 2,63 % pour sa famille. Ce taux est défini en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale et réparti comme suit : 2,63 % à la charge du salarié. »

Article 4

Portabilité

Il est ajouté à l'accord un article 10 *bis* rédigé comme suit :

« Article 10 *bis*

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 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.

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. »

Article 5

Annexe III

Il est ajouté à l'accord l'annexe III suivante :

« 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. »

Article 6

Annexe I « Tableau des garanties complémentaire santé »

Le tableau de l'annexe I est remplacé par le suivant :

GARANTIE	REMBOURSEMENT régime de base ⁽¹⁾	REMBOURSEMENT complémentaire ⁽¹⁾	REMBOURSEMENT TOTAL (y compris régime de base) ⁽¹⁾
Soins courants			
Honoraires de généralistes et de spécialistes	70 % BR ⁽²⁾	230 % BR ⁽²⁾	300 % BR ⁽²⁾
Honoraires de médecine douce : Quatre pratiques médicales : acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie	—	23 € par consultation dans la limite de 4 par an et par famille	23 € par consultation dans la limite de 4 par an et par famille
Analyses biologiques, auxiliaires médicaux, radiologie et actes techniques ⁽³⁾	De 60 à 70 % BR	De 40 à 30 % BR	100 % BR
Pharmacie	De 15 à 65 % BR	De 85 à 35 % BR	100 % BR

GARANTIE	REMBOURSEMENT régime de base ⁽¹⁾	REMBOURSEMENT complémentaire ⁽¹⁾	REMBOURSEMENT TOTAL (y compris régime de base) ⁽¹⁾
Pharmacie sur prescription non prise en charge par le régime de base	–	40 € par an et par famille	40 € par an et par famille
Vaccins non pris en charge par le régime de base	–	40 € par an et par famille	40 € par an et par famille
Prothèses			
Prothèses et appareillage (dont orthopédie)	60 % BR 100 % BR	405 % BR 400 % BR	465 % BR 500 % BR
Prothèses auditives	60 % BR	395 % BR + crédit de 350 € par oreille ⁽⁴⁾	455 % BR + crédit de 350 € par oreille ⁽⁴⁾
Optique			
Forfait montures + lentilles	60 % BR	175 € par an	60 % BR + 175 € par an
Forfait verres unifocaux	60 % BR	182 € par paire, limité à 1 paire par an	60 % BR + 182 € par paire, limité à 1 paire par an
Forfait verres progressifs et multifocaux	60 % BR	350 € par paire, limité à 1 paire par an	60 % BR + 350 € par paire, limité à 1 paire par an
Forfait optique	–	+ 50 € la 3 ^e année si pas de consommation les 2 années précédentes	+ 50 € la 3 ^e année si pas de consommation les 2 années précédentes
Dentaire			
Soins dentaires remboursés par le régime de base (y compris inlays/onlays)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires (hors couronnes implantoportées)	70 % BR	340 % BR	410 % BR
Inlays core et inlays core à clavettes	70 % BR	100 % BR	170 % BR
Parodontologie	–	100 € par an	100 € par an
Implantologie (pilier/tige/couronne)	–	200 € par an	200 € par an
Orthodontie acceptée par le régime de base	100 % BR	250 % BR	350 % BR
Hospitalisation médicale ou chirurgicale			
Frais de séjour	De 80 à 100 % BR	De 20 à 0 % BR	100 % BR
Honoraires	De 80 à 100 % BR	400 % BR	De 480 à 500 % BR suivant PEC RB
Forfait journalier	–	FR	FR
Chambre particulière	–	78 € par jour, limité à 60 jours par an	78 € par jour, limité à 60 jours par an
Frais de lit d'accompagnant	–	52 € par jour, limité à 30 jours par an ⁽⁵⁾	52 € par jour, limité à 30 jours par an ⁽⁵⁾

GARANTIE	REMBOURSEMENT régime de base ⁽¹⁾	REMBOURSEMENT complémentaire ⁽¹⁾	REMBOURSEMENT TOTAL (y compris régime de base) ⁽¹⁾
Forfait confort : prise en charge des frais de télévision et de téléphone	–	26 € par an	26 € par an
Maternité			
Honoraires	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Chambre particulière	–	52 € par jour	52 € par jour
Psychiatrie			
Frais de séjour	De 80 à 100 % BR	De 20 à 0 % BR	100 % BR
Honoraires	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Forfait journalier	–	FR, limité à 30 jours par an	FR, limité à 30 jours par an
Polyvalents			
Transport pris en charge sur prescription (sauf transport cure thermale)	65 % BR	FR	FR
Forfait actes lourds “18 € ”	–	18 €	18 €
Forfait de confort en cas d'hospitalisation à domicile (HAD) acceptée par le régime de base	–	52 € par jour, limité à 60 jours par an + forfait prestations de services, limité à 400 € par an et par famille	52 € par jour, limité à 60 jours par an + forfait prestations de services, limité à 400 € par an et par famille
Cures thermales : frais balnéaires acceptés	De 65 à 70 % BR	De 35 à 30 % BR + 150 € par an	100 % BR + 150 € par an
<p>(1) Uniquement en secteurs conventionnés 1 et 2, praticiens et/ou établissements. (2) Les dépassements sur les consultations hors parcours ne sont pas pris en charge. (3) Y compris les actes de prévention responsables prévus par l'arrêté du 8 juin 2006. (4) Un équipement tous les 3 ans et un réglage par an. (5) Y compris frais de lit d'accompagnant en maison de parents ou en structure hôtelière agréée par l'établissement hospitalier. BR : base de remboursement à partir de laquelle est calculé le remboursement obligatoire. FR : frais réels. PEC : prise en charge. RB : régime de base.</p>			

Article 7

Annexe II « Tableau des garanties et services d'assistance »

Le tableau de l'annexe II est remplacé par le suivant :

GARANTIE	SERVICES D'ASSISTANCE
Soins courants	
Honoraires de généralistes et de spécialistes	Information par téléphone sur les adresses proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
Honoraires de médecine douce : – quatre pratiques médicales : acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie	
Analyses biologiques, auxiliaires médicaux, radiologie et actes techniques	Information par téléphone sur les laboratoires et centres de radiologie proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin

GARANTIE	SERVICES D'ASSISTANCE
Pharmacie de 15 à 65 %	Quatre portages de médicaments à domicile en cas d'immobilisation de plus de 5 jours
Pharmacie sur prescription non prise en charge par le régime de base	
Vaccins non pris en charge par le régime de base	Information sur le calendrier des vaccins
Prothèses	
Prothèses et appareillage (dont orthopédie)	Information par téléphone pour trouver le matériel
Part obligatoire : 65 % BR	Organisation de la livraison
Part obligatoire : 100 % BR	
Prothèses auditives	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une prothèse de remplacement en cas de perte
Optique	
Forfait montures + lentilles	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une paire de lunettes de remplacement en cas de perte
Forfait verres unifocaux	Service d'analyse et de conseil sur les devis d'optique
Forfait verres progressifs et multifocaux	
Forfait optique	
Dentaire	
Soins dentaires remboursés par le régime de base (y compris inlays/onlays)	Service d'analyse et de conseil sur les devis dentaires
Prothèses dentaires (hors couronnes implantoportées)	
Inlays core et inlays core à clavettes	
Parodontologie	
Implantologie (pilier/tige/couronne)	
Orthodontie acceptée par le régime de base	
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	
Frais de séjour	Remboursement complémentaire d'un éventuel reliquat sur les frais de lit d'accompagnant et de télévision
Honoraires	Remboursement des frais de transfert du téléphone du domicile vers celui de la chambre
Forfait journalier	
Chambre particulière	
Frais de lit d'accompagnant	
Forfait confort : prise en charge des frais de télévision et de téléphone	
Maternité	
Honoraires	Information par téléphone sur la santé, la vie quotidienne, la diététique, l'hygiène, les vaccins. Orientation vers les organismes spécialisés
Chambre particulière	
Psychiatrie	
Frais de séjour	
Honoraires	
Forfait journalier	

GARANTIE	SERVICES D'ASSISTANCE
Polyvalents	
Transport pris en charge sur prescription (sauf transport cure thermique) Forfait actes lourds "18 €" Forfait de confort en cas d'hospitalisation à domicile (HAD) acceptée par le régime de base Cures thermales : frais balnéaires acceptés	Communication d'adresses d'ambulanciers et organisation de la course Communication d'adresses de prestataires à domicile Organisation et prise en charge de 20 jours de prestations de services dans la limite de 30 heures par an et par contrat
NB. – Les prestations des services assistance sont exprimées "à concurrence de".	

Article 8

Date d'effet et extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui prendra effet à compter du premier jour du trimestre civil suivant la publication de son arrêté d'extension, à l'exception des articles 4 et 5, qui prendront effet à l'entrée en vigueur des dispositions légales auxquelles ils font référence.

Fait à Alençon, le 16 mai 2014.

(Suivent les signatures.)