

Accord collectif
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(Gers)
(17 septembre 2009)
(Etendu par arrêté du 25 février 2010,
Journal officiel du 5 mars 2010)

AVENANT N° 2 DU 24 FÉVRIER 2015

NOR : AGRS1597140M

Entre :

La FDSEA du Gers ;

La FDCUMA du Gers ;

Le syndicat des entrepreneurs de travaux agricoles et ruraux du Gers ;

La coordination rurale 32 ;

Le mouvement de la défense des exploitants familiaux,

D'une part, et

Le syndicat départemental SNCEA CFE-CGC ;

Le SGA CFDT du Gers ;

Le syndicat départemental CFTC-Agri ;

Le syndicat départemental FGTA FO ;

Le syndicat départemental FNAF CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Objet

Le présent avenant modifie l'ensemble des dispositions de l'accord départemental du 17 septembre 2009 relatif à l'assurance complémentaire frais de santé des salariés agricoles non cadres du Gers ainsi qu'il suit :

« PRÉAMBULE

Afin de respecter les dispositions légales et conventionnelles et de recommander un nouvel organisme assureur, les organisations syndicales salariales et patronales ont réalisé une procédure de mise en concurrence transparente, dont les éléments figurent pour information en annexe III au présent accord, dans sa rédaction issue de l'avenant n° 2 du 24 février 2015.

Article 1^{er}

Champ d'application

Champ d'application professionnel

Le présent accord s'applique, sur le département du Gers :

- aux salariés agricoles relevant du présent accord, non affiliés à l'AGIRC et justifiant d'une ancienneté continue minimale de 4 mois ;
- et aux employeurs des exploitations agricoles proprement dites, des exploitations de cultures spécialisées (viticulture, cultures maraîchères, cultures fruitières), des entreprises de battage, de moissonnage-battage, de motoculture, des entreprises de travaux agricoles et ruraux, des coopératives de culture en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole.

Champ d'application territorial

Le présent accord s'applique aux salariés et aux employeurs visés précités dont le siège de l'exploitation se situe dans le département du Gers.

Article 2

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié non cadre non affilié à l'AGIRC ayant 4 mois d'ancienneté continue et plus dans l'entreprise relevant de son champ d'application.

L'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert ladite ancienneté.

Article 3

Affiliation

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent couvrir les salariés bénéficiaires visés à l'article 2 et proposer l'ensemble des garanties visées à l'article 4 auprès de l'organisme assureur recommandé ou l'organisme assureur de leur choix.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime.

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 à temps partiel et les apprentis ayant au moins 4 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 être affilié au régime mis en place par le présent 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, de la diminution du niveau de prestations à un niveau inférieur à celui fixé dans le présent accord ou à la demande du salarié.

Le salarié ayant plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord et un seul de ses employeurs cotisent auprès d'un seul organisme assureur. 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 4 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 4

Garanties

A. – Régime obligatoire

Ce régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le salarié bénéficiaire défini à l'article 2, 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 de ces prestations sont présentés dans le tableau de l'annexe I au présent accord.

Il ne couvre à titre obligatoire que le salarié seul.

Il s'inscrit dans le cadre du dispositif légal 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.

En conséquence :

- sont prises en charge les prestations de prévention figurant dans l'arrêté du 8 juin 2006 pris en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ;
- 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", dans les délais prévus dans les textes.

B. – Garanties à adhésion individuelle et facultative

Salariés non cadres non affiliés à l'AGIRC ayant moins de 4 mois d'ancienneté

Les salariés non cadres non affiliés à l'AGIRC ayant moins de 4 mois d'ancienneté dans une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application défini par le présent accord et ne bénéficiant pas de ce fait à titre obligatoire du régime peuvent demander à bénéficier des garanties prévues par le présent accord à titre facultatif, moyennant le paiement de la cotisation globale définie au paragraphe A de l'article 7.

La cotisation globale acquittée sera entièrement à la charge du salarié et les prestations sont identiques à celles de l'annexe I.

Extension famille

De manière facultative, le salarié pourra demander le bénéfice de l'extension des garanties pour son conjoint, concubin ou cocontractant d'un Pacs et ses enfants moyennant le paiement d'une cotisation définie au paragraphe B de l'article 7.

Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription d'un bulletin d'adhésion détaillant les personnes demandant à être garanties.

La cotisation correspondante sera entièrement financée par le salarié et l'organisme assureur ou son délégataire de gestion procédera à la collecte de la cotisation.

Garanties optionnelles

Les salariés pourront souscrire des prestations optionnelles additionnelles aux prestations obligatoires. Ces prestations supplémentaires sont définies dans l'annexe II. Le surplus de cotisation correspondant à ces prestations supplémentaires sera à la charge du salarié.

L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) choisi par l'entreprise.

Article 5

Organisme assureur recommandé

1. Recommandation

Pour assurer la gestion de leur régime complémentaire obligatoire frais de santé et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires conviennent de recommander l'organisme suivant :

Agri-Prévoyance,
21, rue de la Bienfaisance, 75382 Paris Cedex 08,
institution de prévoyance régie par le code rural et de la pêche maritime

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans la convention conclue entre l'organisme recommandé et les partenaires sociaux signataires.

Les modalités d'organisation de la mutualisation du régime seront régulièrement réexaminées par les partenaires sociaux.

Cette recommandation est établie après avoir satisfait aux dispositions fixées à l'alinéa 1 du II de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, modifié par la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013.

La recommandation a été faite pour permettre une meilleure mutualisation et permettre aux salariés concernés de bénéficier des actions de solidarité de l'assureur recommandé.

Les organisations syndicales salariales et patronales s'engagent à respecter les dispositions réglementaires en la matière, et notamment en termes de financement.

L'organisme recommandé ne peut refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application du présent accord. Il est tenu d'appliquer le tarif unique dans les conditions et modalités fixées à l'article 7 du présent accord en offrant les garanties fixées dans le présent texte.

2. Réexamen du régime et du choix de l'organisme assureur recommandé

Les conditions et les modalités de la mutualisation des risques ainsi que le choix de l'organisme assureur recommandé sont réexaminés par les signataires du présent accord selon une périodicité qui ne peut excéder 5 ans, conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Article 6

Convention de gestion spécifique

Les modalités de mise en œuvre pratique des garanties prévues par le présent accord font l'objet d'une convention de gestion distincte entre l'organisme recommandé et les partenaires sociaux, qui définit notamment les modalités de suivi du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront par ailleurs au moins une fois par an et, en cas de besoin, avec les représentants de l'organisme assureur recommandé, afin notamment :

- de faire le point des entreprises et des salariés relevant du présent accord ;
- de dresser un bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime frais de santé mis en place par l'accord ;
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime ;
- de vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions ;
- de consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés ;
- de définir les modalités de modification des cotisations et des garanties.

Article 7

Cotisations

7.1. Taux 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 de l'avenant n° 2 du 24 février 2015 au présent accord. Les cotisations pourront être revues annuellement lors de la présentation des comptes du régime.

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

A. – Régime obligatoire : cotisation pour le salarié bénéficiaire seul

Le taux global de la cotisation mensuelle du présent régime "complémentaire frais de santé" est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est égal à 1,07 % du PMSS.

La cotisation obligatoire est répartie comme suit :

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

B. – Garanties facultatives

1. Adhésion d'un salarié ayant 4 mois d'ancienneté ou plus

Extension famille

+ 1,94 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Garanties optionnelles prévues à l'annexe II

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles correspondant à l'annexe II, il devra acquitter en totalité, selon le cas, l'une des cotisations supplémentaires suivantes, soit :

+ 0,17 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le salarié ;

ou

+ 0,44 % du plafond mensuel de la sécurité sociale si les garanties concernent la famille.

2. Adhésion d'un salarié ayant moins de 4 mois d'ancienneté

1,22 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Extension famille

+ 1,79 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Garanties optionnelles prévues à l'annexe II

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles correspondant à l'annexe II, il devra acquitter en totalité, selon le cas, l'une des cotisations supplémentaires suivantes, soit :

+ 0,20 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le salarié ;

ou

+ 0,44 % du plafond mensuel de la sécurité sociale si les garanties concernent la famille.

Les cotisations des garanties facultatives sont à la charge exclusive du salarié. L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) choisi par l'entreprise.

7.2. 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 3 mois, et après consultation des partenaires sociaux.

Article 8

Règlement des prestations et tiers payant

L'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) procède au versement des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature ou, le plus souvent, grâce à la télétransmission établie avec les caisses de la MSA, ou le cas échéant sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Article 9

Maintien des garanties

Article 9.1

Maintien des garanties au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise adhérente.

En outre, les salariés cessant leur activité ont la possibilité de demander auprès de l'organisme assureur le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve qu'ils en fassent la demande au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois qui suivent le terme de couverture au titre de la portabilité visée à l'article 9.2 ci-après ou le décès du participant.

Dans ce cadre, l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) procédera à la collecte de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés.

La cotisation des anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'une allocation de préretraite ne pourra dépasser de plus de 50 % la cotisation des actifs.

Les salariés visés sont ceux prévus à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin), à savoir :

- les anciens salariés préretraités et retraités ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiant d'un revenu de remplacement ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente incapacité ou invalidité ;
- les ayants droit qui étaient garantis par l'intermédiaire d'un salarié décédé.

Article 9.2

Portabilité

Les salariés peuvent bénéficier, à leur demande, 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 des 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 lequel les prestations sont dues.

Article 10

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 du 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 11

Dénonciation

L'accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve d'un préavis de 3 mois. Les modalités de dénonciation sont celles définies dans l'article L. 2261-9 du code du travail.

ANNEXE I

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES DE BASE

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base en pourcentage de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT complémentaire en pourcentage de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT total, régime de base plus régime complémentaire, en pourcentage de la base de remboursement du régime de base
Frais médicaux			
Consultations, visites médecin ou spécialiste	70 % de la BR	130 % de la BR	200 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicure, orthophonistes, orthoptistes, sages-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
Participation forfaitaire sur les actes lourds (18 €)		100 % des frais réels	100 % des frais réels
Cures thermales acceptées	65 % de la BR	35 % de la BR	100 % de la BR
Vaccins prescrits		40 € par an et par famille	40 € par an et par famille
Actes de prévention responsables : deux prévus par l'arrêté du 8 juin 2006	De 35 % à 70 % de la BR	De 30 % à 65 % de la BR sur la totalité des actes prévus dans l'arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR sur la totalité des actes prévus dans l'arrêté du 8 juin 2006
Pharmacie			
Pharmacie prise en charge	De 15 % à 65 % de la BR	TM	100 % de la BR

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base en pourcentage de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT complémentaire en pourcentage de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT total, régime de base plus régime complémentaire, en pourcentage de la base de remboursement du régime de base
Frais d'optique Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée par le ré- gime de base	60 % de la BR	395 % de la BR + forfait de 350 € par an et par bénéficiaire	455 % de la BR + forfait de 350 € par année civile et par bénéficiaire
Frais dentaires Prothèses dentaires acceptées par le régime de base Soins et honoraires Parodontologie Orthodontie acceptée (enfants de moins de 16 ans)	70 % de la BR 70 % de la BR 100 % de la BR	140 % de la BR + forfait de 350 € par an et par bénéficiaire 30 % de la BR 100 € par an et par bénéficiaire 150 % de la BR	210 % de la BR + forfait de 350 € par année civile et par bénéficiaire 100 % de la BR 100 € par an et par bénéficiaire 250 % de la BR
Appareillage Fournitures médicales, panse- ments, gros et petits appa- reil- lages, prothèses sauf auditives Prothèses auditives	De 60 % à 100 % de la BR 60 % de la BR	De 200 % à 240 % de la BR 395 % de la BR + 200 € par an	300 % de la BR 455 % de la BR + 200 € par an
Hospitalisation et psychiatrie (secteur conventionné ou non) Frais de séjour Honoraires Chambre particulière Séjour accompagnant Forfait journalier hospitalier	De 80 % à 100 % de la BR De 80 % à 100 % de la BR 100 % de la BR	De 0 à 20 % de la BR De 400 % à 420 % de la BR 52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour 52 € par jour pendant 30 jours 100 % des frais réels	100 % de la BR De 480 % à 500 % de la BR 52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour 52 € par jour pendant 30 jours 100 % des frais réels
Maternité (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjour Dépassement d'honoraires et chambre particulière	100 % de la BR 100 % de la BR	200 % de la BR 52 € par jour 52 € par jour	300 % de la BR 52 € par jour 52 € par jour
Transport	65 % de la BR	35 % de la BR	100 % de la BR
Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale (SS). BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou SS). 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 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 II

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES DE BASE + GARANTIES OPTIONNELLES

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base en pourcentage de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT complémentaire en pourcentage de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT total, régime de base plus régime complémentaire, en pourcentage de la base de remboursement du régime de base
Frais médicaux			
Consultations, visites médecin ou spécialiste	70 % de la BR	230 % de la BR	300 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicure, orthophonistes, orthoptistes, sages-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
Participation forfaitaire sur les actes lourds (18 €)		100 % des frais réels	100 % des frais réels
Cures thermales acceptées	65 % de la BR	35 % de la BR	100 % de la BR
Ostéopathie		22 € x 4, par an et par famille	22 € x 4, par an et par famille
Vaccins prescrits		40 € par an et par famille	40 € par an et par famille
Actes de prévention responsables : deux prévus par l'arrêté du 8 juin 2006	De 35 % à 70 % de la BR	De 30 % à 65 % de la BR sur la totalité des actes prévus dans l'arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR sur la totalité des actes prévus dans l'arrêté du 8 juin 2006
Pharmacie			
Pharmacie prise en charge	De 15 % à 65 % de la BR	TM	100 % de la BR
Pharmacie			
– vignette bleue	65 % de la BR	35 % BR	100 % de la BR
– vignette blanche	30 % de la BR	70 % BR	100 % de la BR
– vignette orange	15 % de la BR	85 % de la BR	100 % de la BR

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base en pourcentage de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT complémentaire en pourcentage de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT total, régime de base plus régime complémentaire, en pourcentage de la base de remboursement du régime de base
Frais d'optique Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée par le régime de base	60 % de la BR	395 % de la BR + forfait de 475 € par an et par bénéficiaire	455 % de la BR + forfait de 475 € par année civile et par bénéficiaire
Frais dentaires Prothèses dentaires acceptées par le régime de base Soins et honoraires Implantologie Parodontologie Orthodontie acceptée (enfants de moins de 16 ans)	70 % de la BR 70 % de la BR 100 % de la BR	140 % de la BR + forfait de 475 € par an et par bénéficiaire 30 % de la BR 200 € par an et par bénéficiaire 100 € par an et par bénéficiaire 250 % de la BR	210 % de la BR + forfait de 475 € par année civile et par bénéficiaire 100 % de la BR 200 € par an et par bénéficiaire 100 € par an et par bénéficiaire 350 % de la BR
Appareillage et divers Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives Pharmacie sur prescription non remboursée Prothèses auditives	De 60 % à 100 % de la BR 60 % de la BR	De 400 % à 440 % de la BR 40 € par an et par famille 395 % de la BR + 350 € par an	500 % de la BR 40 € par an et par famille 455 % de la BR + 350 € par an
Hospitalisation et psychiatrie (secteur conventionné ou non) Frais de séjour Honoraires Chambre particulière Séjour accompagnant Forfait journalier hospitalier	De 80 % à 100 % de la BR De 80 % à 100 % de la BR 	De 0 à 20 % de la BR De 400 % à 420 % de la BR 52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour 52 € par jour pendant 30 jours 100 % des frais réels	100 % de la BR De 480 % à 500 % de la BR 52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour 52 € par jour pendant 30 jours 100 % des frais réels

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base en pourcentage de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT complémentaire en pourcentage de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT total, régime de base plus régime complémentaire, en pourcentage de la base de remboursement du régime de base
Maternité (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	100 % de la BR	200 % de la BR	300 % de la BR
Dépassement d'honoraires et chambre particulière		52 € par jour	52 € par jour
Transport	65 % de la BR	35 % de la BR	100 % de la BR
Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale (SS). BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou SS). 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 III

MISE EN CONCURRENCE

Compte tenu du nouveau cadre légal relatif aux clauses de recommandation, les organisations syndicales et patronales représentatives au plan départemental ont lancé, le 12 mai 2014, une procédure de mise en concurrence transparente afin de maintenir le régime frais de santé des salariés non cadres non affiliés à l'AGIRC des exploitations et entreprises agricoles, des entreprises de travaux agricoles et ruraux et des coopératives d'utilisation de matériel agricole du Gers créé par l'accord du 17 septembre 2009.

Ainsi, sur la base d'un cahier des charges définissant les conditions tant de recevabilité d'éligibilité que de planification des étapes, quatre organismes assureurs ont répondu à ce dernier.

Le 1^{er} juillet 2014 s'est tenue une réunion d'ouverture des plis et de recevabilité des offres à l'issue de laquelle des précisions complémentaires techniques ont été demandées.

Le 22 juillet 2014, en application des critères et du système de notation y afférent, le comité paritaire *ad hoc* créé dans le cadre de cette procédure a recommandé Agri-Prévoyance à l'unanimité pour assurer la gestion du régime frais de santé précité. »

Article 2

Entrée en vigueur. – Durée

Le présent avenant entrera en vigueur pour l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application à compter du 1^{er} janvier 2015.

Les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu de l'accord départemental du 17 septembre 2009 si les circonstances en démontrent l'utilité.

Par ailleurs, le régime établi par ledit accord ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet.

Article 3

Formalités administratives

Le présent avenant, dont les parties signataires demandent l'extension, sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Fait à Auch, le 24 février 2015.

(Suivent les signatures.)