

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° 3 DU 30 SEPTEMBRE 2015

NOR : AGRS1597285M

Entre :

La FDSEA du Gers ;

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

D'une part, et

Le syndicat départemental SNCEA CFE-CGC ;

Le SGA CFDT du Gers ;

Le syndicat départemental FGTA FO ;

Le syndicat départemental FNAF CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Objet

Pour se mettre en conformité avec le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, il a été procédé à l'aménagement des tableaux des garanties conformément aux dispositions réglementaires, respectant ainsi l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables et aux obligations résultant de l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015 à l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance.

Le présent avenant intègre ces dispositions dans les tableaux frais de santé ainsi que leur impact sur les taux de cotisations.

Article 2

Salariés bénéficiaires

L'article 2 « Salariés bénéficiaires » est modifié comme suit :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié non cadre non affilié à l'AGIRC ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 3 mois d'ancienneté. »

Article 3

Affiliation

Le paragraphe « Dispenses d'affiliation » de l'article 3 « Affiliation » est modifié comme suit :

« Dispenses d'affiliation

Par exception aux dispositions de l'article 2 du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion au dispositif frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

(Cf. le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire tel qu'il a été modifié en dernier lieu par le décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014, la circulaire n° DSS.SD5B.2013.344 du 25 septembre 2013 relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire, la lettre circulaire Questions/Réponses de l'ACOSS du 4 février 2014 et la lettre circulaire ACOSS du 12 août 2015.)

Cette possibilité de dispense d'adhésion concernera les salariés qui relèvent de l'une des situations définies ci-après et qui en font la demande expresse écrite auprès de l'employeur en apportant, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (voir l'arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :
 - dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
 - régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;

- régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » ;
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Dans tous les cas, les employeurs des exploitations et entreprises agricoles doivent être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Cette demande comporte la mention selon laquelle ledit salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix. »

Article 4

Cotisations

Le paragraphe 7.1 « Taux et répartition » de l'article 7 « Cotisations » est modifié comme suit :

« 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° 3 du 30 septembre 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 à raison de :

- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié.

B. – Garanties facultatives

1. Adhésion d'un salarié ayant 3 mois d'ancienneté ou plus

Extension famille

+ 1,91 % 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 :

+ 0,16 % 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 3 mois d'ancienneté

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

Extension famille

+ 1,76 % 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 :

+ 0,19 % 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. »

Article 5

Tableaux des garanties

Les annexes I et II sont remplacées par les suivantes :

(Voir tableaux pages suivantes.)

« ANNEXE I

Garantie complémentaire de base frais de santé

NIVEAU 1 BASE	REMBOURSEMENT sécurité sociale	REMBOURSEMENT garanties de base (hors sécurité sociale)	REMBOURSEMENT total
Frais médicaux			
Honoraires praticiens : généralistes, spécialistes, sages-femmes	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	–	100 % BR	100 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y compris non conventionné ⁽¹⁾	–	80 % BR	80 % BR
Analyses et examens de laboratoire	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Radiologie, imagerie, électroradiographie et ostéodensitométrie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention ⁽³⁾	De 35 % à 70 % BR	De 65 % à 30 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Pharmacie			
Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu "modéré"	30 % BR	70 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu "faible"	15 % BR	85 % BR	100 % BR
Vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale	–	40 € par an et par bénéficiaire	40 € par an et par bénéficiaire
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60 % ou 100 % BR	200 % ou 240 % BR	300 % BR

NIVEAU 1 BASE	REMBOURSEMENT sécurité sociale	REMBOURSEMENT garanties de base (hors sécurité sociale)	REMBOURSEMENT total
Prothèses auditives remboursées par la sécurité sociale	60 % BR	395 % BR plus 200 € par an	455 % BR plus 200 € par an
Hospitalisation (conventionnée ou non, y compris psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80 % ou 100 % BR	20 % ou 0 % BR	100 % BR
Honoraires	80 % ou 100 % BR	20 % ou 0 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	–	400 % BR	400 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés ⁽¹⁾	–	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	–	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	–	52 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour	52 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour
Frais de lit d'accompagnement (enfant – 16 ans) (limité à 30 jours par an)	–	52 € par jour	52 € par jour
Maternité (conventionnée ou non)			
Frais de soins et de séjour	100 % BR	–	100 % BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	–	200 % BR	200 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés ⁽¹⁾	–	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière	–	52 € par jour	52 € par jour
Divers			
Cures thermales : frais balnéaires remboursés par la sécurité sociale (honoraires médicaux, transport, hébergement, surveillance)	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Transports remboursés par la sécurité sociale	65 % BR	35 % BR	100 % BR

NIVEAU 1 BASE	REMBOURSEMENT sécurité sociale	REMBOURSEMENT garanties de base (hors sécurité sociale)	REMBOURSEMENT total
Forfait actes lourds ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR
Optique			
Equipement verres + monture ⁽⁵⁾			
Equipement monture + 2 verres simples ⁽⁶⁾	60 % BR	Plafond maximum de monture 150 € 370 €	Plafond maximum de monture 150 € 60 % + 370 €
Equipement monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou 1 verre très complexe ⁽⁶⁾	60 % BR	510 €	60 % + 510 €
Equipement monture + 2 verres complexes ou 2 verres très complexes, ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe ⁽⁶⁾	60 % BR	650 €	60 % + 650 €
Lentilles remboursées par le régime de base (par an)	60 % BR	395 % BR + 350 €	455 % BR + 350 €
Dentaire			
Soins dentaires	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale (hors couronne implantato-portée ; hors inlays cores et inlays/onlays)	70 % BR	140 % BR plus 350 € par an et par bénéficiaire	210 % BR plus 350 € par an et par bénéficiaire
Actes inlays, onlays	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Couronne implantato-portée	70 % BR	55 % BR	125 % BR
Parodontologie ⁽⁷⁾	-	100 € par an et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	70 % ou 100 % BR	150 % BR	220 % BR ou 250 % BR

(1) Pour le secteur non conventionné, remboursement sur la base du tarif d'autorité.

(2) A l'exclusion des établissements médico-sociaux.

NIVEAU 1 BASE	REMBOURSEMENT sécurité sociale	REMBOURSEMENT garanties de base (hors sécurité sociale)	REMBOURSEMENT total
<p>(3) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information à la date du 18 novembre 2014) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; - ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; - scellement des sillons avant 14 ans ; - dépistage hépatite B ; - bilan du langage avant 14 ans ; - dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; - vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge). <p>(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est donc dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur à 60).</p> <p>(5) La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue.</p> <p>(6) Verres simples : sphère comprise entre - 6 + 6 dioptries ou/et cylindre < = 4 dioptries.</p> <p>Verres complexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - verres simple foyer sphère hors zone > - 6 ou + 6 dioptries ou cylindre > + 4 dioptries ; - verres multifocaux ; - verres progressifs. <p>Verres très complexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries. <p>(7) Pour les garanties non remboursées par le régime de base, le remboursement complémentaire se limite au forfait en euros.</p> <p>BR : base de remboursement du régime de base de sécurité sociale.</p> <p>FR : frais réels.</p> <p>TM : ticket modérateur : partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement du régime de base de sécurité sociale (hors dépassements d'honoraires). »</p>			

« ANNEXE II

Garanties complémentaires de base + garanties optionnelles

NIVEAU 2 OPTION	REMBOURSEMENT sécurité sociale	REMBOURSEMENT garanties de base (hors sécurité sociale)	REMBOURSEMENT total
Frais médicaux			
Honoraires praticiens : généralistes, spécialistes, sages-femmes	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires :	–	200 % BR	200 % BR
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	–	100 % BR	100 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés ⁽¹⁾	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Radiologie, imagerie, électroradiographie et ostéodensitométrie	De 35 % à 70 % BR	De 65 % à 30 % BR	100 % BR
Actes de prévention ⁽³⁾	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédi- cures-podologues	–	22 € par an et par bénéficiaire, limité à 4 séances par an	22 € par an et par bénéficiaire, limité à 4 séances par an
Honoraires de médecines douces : ostéopathie	–	–	–
Pharmacie			
Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu "modéré"	30 % BR	70 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu "faible"	15 % BR	85 % BR	100 % BR
Vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale	–	40 € par an et par bénéficiaire	40 € par an et par bénéficiaire
Médicaments prescrits non remboursés par la sécurité sociale	–	40 € par an et par bénéficiaire	40 € par an et par bénéficiaire

NIVEAU 2 OPTION	REMBOURSEMENT sécurité sociale	REMBOURSEMENT garanties de base (hors sécurité sociale)	REMBOURSEMENT total
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60 % ou 100 % BR	400 % ou 440 % BR	500 % BR
Prothèses auditives remboursées par la sécurité sociale	60 % BR	395 % BR + 350 € par an	455 % BR + 350 € par an
Hospitalisation (conventionnée ou non, y compris psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80 % ou 100 % BR	20 % ou 0 % BR	100 % BR
Honoraires	80 % ou 100 % BR	20 % ou 0 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	–	400 % BR	400 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés ⁽¹⁾	–	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	–	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	–	52 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour	52 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour
Frais de lit d'accompagnement (enfant – 16 ans) (limité à 30 jours par an)	–	52 € par jour	52 € par jour
Maternité (conventionnée ou non)			
Frais de soins et de séjour	100 % BR	–	100 % BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	–	200 % BR	200 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés ⁽¹⁾	–	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière		52 € par jour	52 € par jour
Divers			

NIVEAU 2 OPTION		REMBOURSEMENT sécurité sociale	REMBOURSEMENT garanties de base (hors sécurité sociale)	REMBOURSEMENT total
Cures thermales : frais balnéaires remboursés par la sécurité sociale (honoraires médicaux, transports, hébergements, surveillance)		65 % BR	35 % BR	100 % BR
Transports remboursés par la sécurité sociale		65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait actes lourds ⁽⁴⁾		–	100 % FR	100 % FR
<p>(1) Pour le secteur non conventionné, remboursement sur la base du tarif d'autorité.</p> <p>(2) A l'exclusion des établissements médico-sociaux.</p> <p>(3) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information à la date du 18 novembre 2014) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; – ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; – scellement des sillons avant 14 ans ; – dépistage Hépatite B ; – bilan du langage avant 14 ans ; – dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; – vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge). <p>(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est donc dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur à 60).</p> <p>(5) La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue.</p> <p>(6) Verres simples : sphère comprise entre – 6 + 6 dioptries ou/et cylindre < = 4 dioptries.</p> <p>Verres complexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> – verres simple foyer sphère hors zone > – 6 ou + 6 dioptries ou cylindre > + 4 dioptries ; – verres multifocaux ; – verres progressifs. <p>Verres très complexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> – verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8,00 à + 8,00 dioptries ; – verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries. <p>(7) Pour les garanties non remboursées par le régime de base, le remboursement complémentaire se limite au forfait en euros.</p> <p>BR : base de remboursement du régime de base de sécurité sociale.</p> <p>FR : frais réels.</p> <p>TM : ticket modérateur : partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement du régime de base de sécurité sociale (hors dépassements d'honoraires). »</p>				

Article 6

Durée. – Entrée en vigueur

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 2016.

Article 7

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 30 septembre 2015.

(Suivent les signatures.)