

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 7019. – CONCHYLICULTURE**  
**(19 octobre 2000)**

(Etendue par arrêté du 5 juillet 2001,  
*Journal officiel* du 8 juillet 2001)

---

**ACCORD NATIONAL DU 7 OCTOBRE 2015**  
**RELATIF AU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ**  
**DE LA BRANCHE CONCHYLICOLE**

NOR : AGRS1697012M  
IDCC : 7019

**PRÉAMBULE**

Dans le cadre de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, les partenaires sociaux de la branche conchylicole ont souhaité mettre en place une couverture collective à adhésion obligatoire pour les salariés en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Les parties signataires du présent accord entendent mettre en œuvre des garanties qui puissent répondre, notamment, aux deux objectifs suivants :

- couvrir l'ensemble des salariés des entreprises relevant de la convention collective de la conchyliculture en matière de remboursements complémentaires de frais de santé ;
- assurer un niveau de garanties supérieur à celui prévu par l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

Les dispositions du présent accord s'inscrivent dans le cadre des « contrats responsables » conformément aux dispositions législatives et réglementaires.

Le présent accord collectif constitue une annexe à la convention collective de la conchyliculture.

Le présent accord n'a pas pour objectif de recommander ou de désigner un organisme assurant les garanties du régime complémentaire frais de santé décrites ci-après. Ces garanties pourront être néanmoins reprises par le SNEC dans le cadre d'une proposition labellisée proposée à l'ensemble des entreprises de la branche.

**Article 1<sup>er</sup>**

*Champ d'application*

Le présent accord s'applique aux entreprises relevant du champ d'application professionnel de la convention collective nationale de la conchyliculture.

Ces entreprises appliquent de façon obligatoire le régime complémentaire frais de santé institué dans le présent accord.

Les entreprises actuellement couvertes par un autre régime complémentaire « frais de santé » qui comporterait des dispositions moins favorables devront adapter leurs garanties pour répondre aux

obligations conventionnelles (garanties minimales du régime et financement minimal de l'employeur notamment). Les entreprises de la branche devront ainsi comparer, ligne par ligne, leur accord d'entreprise avec l'accord de branche.

Nonobstant les dispositions précédentes, le présent accord ne s'applique pas aux entreprises qui sont dotées d'un dispositif de frais de santé globalement plus favorable.

## **Article 2**

### *Bénéficiaires des garanties*

Les bénéficiaires du présent régime sont l'ensemble des salariés non cadres des entreprises de la branche.

Les ayants droit des salariés de l'entreprise peuvent bénéficier de la couverture des frais de santé ainsi définie par le présent accord par souscription, à l'initiative du salarié assuré, directement auprès de l'organisme assureur. Ce dernier assure la gestion des options choisies par le salarié.

## **Article 3**

### *Dispenses d'affiliation*

Toutefois, les salariés ont la faculté de refuser expressément et par écrit la proposition d'adhésion au régime que leur soumet leur employeur lorsqu'ils se trouvent dans les conditions prévues à l'article R. 242-1-6-2° du code de la sécurité sociale (détail de cet article en annexe I), à l'exception du R. 242-1-6-2° b) dans lequel les mots « 12 mois » sont remplacés par les mots « 6 mois ».

Les différents cas de dispense seront communiqués aux salariés au moment de l'entrée en vigueur du présent accord, ainsi qu'au moment de l'embauche de nouveaux salariés.

Les dispenses d'affiliation ne sont valables qu'après justification par les salariés, à l'exception des contrats à durée déterminée de moins de 1 an, de la couverture souscrite par ailleurs. La non-délivrance du justificatif dans les délais impartis entraînera l'affiliation automatique du salarié au présent régime obligatoire. Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

En aucune manière, les dispenses d'affiliation prévues ne peuvent être imposées par l'employeur.

## **Article 4**

### *Portabilité et maintien de la complémentaire « frais de santé » en cas de suspension du contrat de travail et/ou rupture du contrat de travail*

En application des dispositions de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, il est mis en œuvre un dispositif de « portabilité », permettant aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien des régimes complémentaires « frais de santé » dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage (à l'exception du licenciement pour faute lourde).

Cette portabilité est mise en place dans les conditions prévues par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

## **Article 5**

### *Garanties du régime conventionnel*

Les prestations ci-dessous s'entendent en complément de la sécurité sociale et dans la limite des frais engagés et sont détaillées en annexe II.

## **Article 6**

### *Caractère responsable du contrat*

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 la sécurité sociale, dans la limite des frais engagés.

Ce régime s'inscrit 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.

Le présent régime ne rembourse notamment ni les pénalités mises à la charge de l'assuré en cas de non-respect du parcours de soin ni la participation forfaitaire et la franchise prévues à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

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

## **Article 7**

### *Financement du régime*

Le financement du contrat collectif de l'entreprise dont les garanties sont définies par le présent accord est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

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

## **Article 8**

### *Obligations d'information*

Les parties signataires rappellent que les entreprises sont tenues de remettre à leurs salariés un exemplaire de la notice d'information qui leur sera transmise par l'organisme assureur auprès duquel les garanties seront souscrites, laquelle définit, notamment, lesdites garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les hypothèses d'exclusion ou de limitation de garanties.

## **Article 9**

### *Commission paritaire de suivi*

Les parties signataires décident de confier à une commission paritaire désignée au niveau de la branche des missions spécifiques en matière de régime complémentaire obligatoire de frais de santé. Cette commission, à compter de l'extension du présent accord, sera chargée d'assurer le suivi technique et la gestion du régime.

Elle est composée d'un représentant de chacune des organisations syndicales signataires du présent accord et d'un nombre égal de représentants patronaux.

Elle se réunira au moins une fois par an.

La partie patronale assurera le secrétariat lié à la convocation des membres et invités, à la rédaction des comptes rendus et à toute formalité résultant des travaux de ladite commission. La convocation parviendra à chacun des membres et invités dans un délai, si possible, d'au moins 15 jours avant chaque réunion.

## **Article 10**

### *Durée. – Entrée en vigueur*

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Le présent accord entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

## **Article 11**

### *Révision. – Dénonciation*

Le présent accord pourra être révisé ou dénoncé selon les conditions en vigueur du code du travail.

La commission paritaire de branche composée de toutes les organisations syndicales de salariés signataires ou non dudit accord pourra ainsi décider des évolutions, modifications ou adaptations qui s'avéreraient nécessaires.

## **Article 12**

### *Dépôt*

Le présent accord sera déposé conformément à la loi, et son extension sera demandée par la partie patronale au nom des signataires.

Copie du récépissé de dépôt leur sera adressée.

Fait à Paris, le 7 octobre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

#### **Organisation patronale :**

Syndicat national des employeurs de la conchyliculture.

#### **Syndicats de salariés :**

UM CFDT ;

FGTA FO ;

CFTC-Agri ;

Fédération maritime CGT ;

SNCEA CFE-CGC.

ANNEXE I  
ARTICLE R. 242-1-6-2°

---

« Les garanties mentionnées à l'article R. 242-1-1 sont mises en place à titre obligatoire au profit des salariés sous réserve des facultés de dispense d'adhésion, au choix du salarié, prévues dans l'acte juridique et énoncées ci-dessous :

2° Lorsque les garanties ont été mises en place dans les conditions fixées à l'article L. 911-1 et que l'acte qui met en place ces garanties prévoit, quelle que soit leur date d'embauche, les cas de dispense :

*a)* Des 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 justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

*b)* Des salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;

*c)* Des 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 ;

*d)* Des salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1. 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 ;

*e)* Des salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

*f)* Des salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à condition de le justifier chaque année.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

La mise en œuvre des cas de dispense prévus par le présent article s'entend sans préjudice de l'application aux salariés concernés qui le souhaitent des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 faisant obstacle à ce que les salariés employés par l'entreprise lors de la mise en place par voie de décision unilatérale de l'employeur d'un système de garanties collectif couvrant les risques que ces dispositions mentionnent soient contraints de cotiser contre leur gré à ce système. »

## ANNEXE II

### DÉTAIL DES GARANTIES DU RÉGIME CONVENTIONNEL

---

Les prestations, exprimées en pourcentage de la base de remboursement, intègrent les remboursements du régime obligatoire d'assurance maladie et ne s'ajoutent pas à ceux-ci.

Les prestations, exprimées en euros ou en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale, s'entendent en complément des remboursements du régime obligatoire d'assurance maladie. Elles n'intègrent donc pas les remboursements du régime obligatoire d'assurance maladie et s'ajoutent à ceux-ci.

Les prestations versées, cumulées à celles du régime obligatoire d'assurance maladie, sont limitées en tout état de cause aux frais réellement engagés par le membre participant ou par ses ayants droit.

Nature des frais	Prestations
	Base obligatoire
<b>Soins courants</b>	
Consultations médicales et visites médicales du généraliste et du spécialiste :	
✓ Médecin adhérent au contrat d'accès aux soins :	100 % BR
✓ Médecin n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins :	100 % BR
Actes techniques médicaux :	
✓ Médecin adhérent au contrat d'accès aux soins :	100 % BR
✓ Médecin n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins :	100 % BR
Frais d'analyses médicales, d'examens de laboratoire et de biologie médicale	100 % BR
Actes d'auxiliaires médicaux	100 % BR
Actes d'imagerie médicale :	
✓ Médecin adhérent au contrat d'accès aux soins :	100 % BR
✓ Médecin n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins :	100 % BR
Franchise pour actes techniques	18 €
Prothèses médicales non dentaires prises en charge par le RO :	
✓ Appareil auditif : ✓ Appareil orthopédique : ✓ Fournitures et appareillages médicaux non dentaires :	100 % BR
<b>Médecine douce</b>	
Ostéopathie – Homéopathie – Chiropractie - Acupuncture	1,5 % PMSS par année civile et par bénéficiaire toutes spécialités confondues
<b>Médicaments</b>	
Frais pharmaceutiques, prescrits médicalement, pris en charge par le RO	100% BR
<b>Optique</b>	<b>Dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) toutes les 2 années dites glissantes, décomptées à partir de la date d'acquisition dudit équipement, par bénéficiaire âgé de 18 ans ou plus. En cas d'évolution du défaut visuel ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, cette limitation est ramenée à une année.</b>
Monture et verres pris en charge par le RO :	
✓ 1 monture + 2 verres simples	100 €
✓ 1 monture + 2 verres complexes	200 €
✓ 1 monture + 2 verres hypercomplexes	200 €
✓ 1 monture + 1 verre simple et 1 verre complexe	150 €
✓ 1 monture + 1 verre simple et 1 verre hypercomplexe	150 €
✓ 1 monture + 1 verre complexe et 1 verre hypercomplexe	200 €
<b>En tout état de cause, quel que soit le niveau de correction du défaut visuel, le remboursement de la monture prise en charge par le RO ne pourra excéder 150 €.</b>	
Verre simple :	verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6 et + 6 <b>ET</b> dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4.
Verre complexe :	verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6 à + 6 <b>OU</b> dont le cylindre est supérieur à + 4 <b>OU</b> multifocal ou progressif.
Verre hypercomplexe :	verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4 à + 4 <b>OU</b> verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8 à + 8.
LENTILLES CORRECTRICES PRISES EN CHARGE PAR LE RO	100 % BR
LENTILLES CORRECTRICES NON PRISES EN CHARGE PAR LE RO	Néant par année civile et par bénéficiaire
<b>Dentaire</b>	<b>Le cumul des remboursements prévus au titre des prothèses dentaires prises en charge par le RO est limité à 150 % PMSS par année civile et par bénéficiaire. Au-delà de cette limitation, et dans le cadre du respect des obligations relatives au panier de soins, les prothèses dentaires prises en charge par le RO seront remboursées à hauteur de 1252% BR.</b>
Actes dentaires pris en charge par le RO (y compris inlay/onlay)	100 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par le RO (y compris couronne sur implant)	125 % BR
Traitement orthodontique pris en charge par le RO	125 % BR
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris maternité)</b>	
Frais de séjour - Frais de salle d'opération	100 % BR
Honoraires du ou des praticiens - Actes de chirurgie, d'anesthésie et de réanimation :	
✓ Médecin adhérent au contrat d'accès aux soins :	100 % BR
✓ Médecin n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins :	100% BR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR
Franchise pour actes techniques	18 €
<b>Frais de transport</b>	

Frais de transport, prescrits médicalement, pris en charge par le RO	100 % BR
<b>Prestations de prévention</b>	
Dépistage, tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les plus de 50 ans :	
✓ Médecin adhérent au contrat d'accès aux soins :	100 % BR
✓ Médecin n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins :	100 % BR
Dépistage de l'hépatite B	100 % BR
Bilan initial des troubles du langage oral et écrit (avant 14 ans)	100 % BR
Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans et tous les 6 ans :	
✓ Médecin adhérent au contrat d'accès aux soins :	100 % BR
✓ Médecin n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins :	100 % BR
Vaccins :	
✓ Diphtérie, tétanos, poliomyélite (tout âge) ;	
✓ Coqueluche (avant 14 ans) ;	
✓ Hépatite B (avant 14 ans) ;	
✓ BCG (avant 6 ans) ;	
✓ Rubéole (pour certaines femmes) ;	
✓ Haemophilus influenzae B ;	
✓ Vaccins contre les infections invasives à pneumocoques (enfant de moins de 18 mois)	100 % BR
Détartrage complet sus et sous gingival (effectué en 2 séances au maximum)	100 % BR
Scellement des sillons sur les molaires (avant 14 ans)	100 % BR

BR : base de remboursement.

FR : frais réels.

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

RO : régime obligatoire.