

Accord départemental
ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ ET PRÉVOYANCE
DES SALARIÉS NON CADRES
(Bouches-du-Rhône)

ACCORD DU 4 DÉCEMBRE 2015

NOR : AGRS1697044M

Entre :

La FDSEA des Bouches-du-Rhône ;

La FDCUMA des Bouches-du-Rhône,

D'une part, et

Le SGA CFDT des Bouches-du-Rhône ;

La FGTA FO ;

La CFTC-Agri ;

Le SNCEA CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le présent accord a pour objet de mettre en place un régime d'assurance complémentaire santé et prévoyance individuel et obligatoire au bénéfice des salariés relevant de son champ d'application.

Les partenaires sociaux signataires entendent ainsi :

- permettre aux salariés des entreprises et exploitations agricoles et des coopératives d'utilisation du matériel agricole des Bouches-du-Rhône de bénéficier d'une couverture santé et prévoyance offrant un niveau de garantie supérieur aux garanties minimum obligatoires de l'accord national du 10 juin 2008 révisé par l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015 (« socle national minimum obligatoire ») ;
- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche professionnelle ;
- conserver la maîtrise du régime de protection sociale au niveau départemental.

Article 1^{er}

Champs d'application

Le présent accord est applicable à l'ensemble des salariés non affiliés à l'AGIRC des exploitations agricoles, relevant des activités de la production agricole, et des salariés des coopératives d'utilisation du matériel agricole du département des Bouches-du-Rhône.

Champ d'application professionnel

Sont concernés tous les salariés non affiliés à l'AGIRC, y compris les apprentis de nationalité française ou étrangère :

- des exploitations agricoles de culture et d'élevage de quelque nature qu'elles soient, à l'exception des activités d'accoupage, d'aquaculture, de conchyliculture ;
- des établissements de toute nature, dirigés par l'exploitant agricole, en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles, lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production, ou des structures d'accueil touristique, situées sur l'exploitation ou dans les locaux de celle-ci, notamment d'hébergement et de restauration ;
- des coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA).

Champ d'application territorial

Sont concernés tous les salariés non affiliés à l'AGIRC et apprentis des entreprises dont le siège social est situé sur le département des Bouches-du-Rhône. Sont également concernés les salariés et apprentis d'établissements autonomes situés dans le département.

Article 2

Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur pour l'ensemble des entreprises et salariés compris dans son champ d'application à compter du 1^{er} janvier 2016 si son arrêté d'extension est publié avant cette date.

En tout état de cause, il s'imposera à compter du 1^{er} janvier 2016 aux salariés ressortissant d'entreprises adhérentes aux organisations signataires.

Dans le cas où cet accord serait étendu postérieurement au 1^{er} janvier 2016, les entreprises non adhérentes aux organisations signataires pourront également appliquer le présent accord de manière volontaire pour leurs salariés dès le 1^{er} janvier 2016. En tout état de cause, il s'appliquera à ces entreprises à compter du premier jour du mois civil suivant la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel* s'il est publié après le 1^{er} janvier 2016.

Le régime établi par le présent article ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet.

Dès son entrée en vigueur ou son application à titre volontaire, et en tout de cause au 1^{er} janvier 2016 pour les salariés ressortissant d'entreprises adhérentes aux organisations signataires, il s'appliquera en lieu et place des dispositions de l'accord départemental du 6 octobre 2009 instituant une assurance complémentaire frais de santé pour les salariés agricoles non cadres des Bouches-du-Rhône et de l'accord départemental du 6 octobre 2009 pour un régime de prévoyance des salariés non cadres des exploitations agricoles des Bouches-du-Rhône, dénoncés par la fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles des Bouches-du-Rhône et la fédération départementale des coopératives d'utilisation du matériel agricole des Bouches-du-Rhône, et dont l'application devait cesser au plus tard le 20 mars 2016.

Article 3

Dispositif frais de santé

Article 3.1

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord relevant du dispositif frais de santé s'appliquent à tous les salariés relevant du présent accord ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole 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.

Sont exclus du dispositif frais de santé :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire des cadres en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les VRP ressortissant d'autres dispositions conventionnelles.

Article 3.2

Définition des ayants droit

Dans l'hypothèse où le système de garanties collectives frais de santé applicable à l'exploitation ou à l'entreprise agricole met en place une couverture facultative ou obligatoire au bénéfice des ayants droit du salarié bénéficiaire du dispositif frais de santé, les définitions des ayants droit ci-dessous leur sont applicables :

- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparée de corps et non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins doivent n'être ni l'un ni l'autre par ailleurs mariés ou liés par un Pacs. La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;
- les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire de Pacs ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du salarié, de son conjoint, partenaire de pacs ou concubin ;
 - âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adultes handicapés (AAH) (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du salarié nés viables moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

Article 3.3

Cas de dispense d'adhésion du dispositif frais de santé

Par exception aux dispositions de l'article 3 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 pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

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 :

1. Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission à condition de le justifier par écrit et de produire tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ; c'est l'organisme assureur qui vérifie la conformité de la demande de dispense ; en cas de recours du salarié, c'est la commission paritaire de suivi définie à l'article 6 qui tranche le litige ;

2. Les salariés ou apprentis à temps partiel 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 une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ; c'est l'organisme assureur qui vérifie la conformité de la demande de dispense ; en cas de recours du salarié, c'est la commission paritaire de suivi définie à l'article 6 qui tranche le litige ;

3. 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 ;

4. 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 l'échéance du contrat individuel ;

5. Les salariés bénéficiant 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 à condition de le justifier chaque année :

- dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif obligatoire (la dispense d'adhésion ne peut donc 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 les cas d'exclusion ou de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

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.

Le salarié devra, pour continuer à bénéficier de la dispense, produire chaque année auprès de son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense. En cas de non fourniture de ces justificatifs à la date anniversaire de la dispense initiale, le salarié cotisera obligatoirement au régime frais de santé objet du présent accord le premier jour du mois civil suivant cette date anniversaire.

Articles 3.4

Garanties

Le présent régime couvre le salarié seul.

Il 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 le régime social de base, dans la limite des frais réels.

Il s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits « responsables » définis par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004. Ainsi, 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 prévues par les II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

La nature et le montant des prestations sont présentés dans le tableau en annexe I du présent accord.

Toutes les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :

- en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 4.1 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Article 3.5

Contrat « solidaire » et « responsable »

Le présent dispositif frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits « solidaires » et « responsables », notamment celles posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales et de sa circulaire d'application n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015, NOR : AFSS1502895C.

Ainsi le présent dispositif frais de santé prévoit que :

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du bénéficiaire et aucune information médicale ne pourra être recueillie à cette fin ;
- les garanties respectent les conditions (notamment les planchers et plafonds de prise en charge) mentionnées aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Article 3.6

Portabilité « loi Evin »

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « loi Evin », et sous condition d'avoir effectivement déclenché les droits au dispositif frais de santé du présent accord, l'organisme assureur maintient cette couverture à titre individuel avec des garanties identiques à celles des salariés actifs, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit ;
- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

En tout état de cause, conformément aux dispositions de l'article 1^{er} du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables aux personnes visées aux alinéas précédents ne peuvent pas être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

Cette adhésion est purement facultative. Les démarches sont à la charge du seul bénéficiaire et l'adhésion n'emporte aucune obligation pour l'ex-employeur en matière de cotisations ou de prestations.

Article 3.7

Financement du dispositif

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur afin de couvrir les garanties prévues par le présent accord frais de santé au titre du seul salarié 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.

Si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit ou s'il souhaite souscrire des garanties facultatives optionnelles, il devra effectuer les démarches nécessaires directement auprès de l'assureur et en assurer la totalité du financement.

En revanche, si l'employeur, dans le cadre des dispositions de l'acte juridique défini à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale instituant ou modifiant les garanties collectives applicables à ses salariés, choisit :

- d'étendre obligatoirement la couverture frais de santé aux ayants droit de ces derniers ;
- ou de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du présent accord,

ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre.

Article 4

Dispositif prévoyance

Article 4.1

Bénéficiaires

Les dispositions du présent accord au titre des garanties prévoyance s'appliquent à tous les salariés relevant de la convention nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC) ayant au

moins 6 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont donc exclus du dispositif de prévoyance :

- les cadres et personnels ressortissant de la convention collective du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire des cadres en application des décisions de l'AGIRC, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP ressortissant d'autres dispositions conventionnelles.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 6 mois d'ancienneté.

Article 4.2

Définition des ayants droit

Pour l'application des dispositions du présent dispositif prévoyance, il faut entendre par ayants droit :

- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparée de corps et non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins doivent n'être ni l'un ni l'autre par ailleurs mariés ou liés par un Pacs. La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;
- les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire de Pacs ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du salarié, de son conjoint, partenaire de pacs ou concubin ;
 - âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation aux adultes handicapés [AAH] (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du salarié nés viables moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

Article 4.3

Assiette de calcul des cotisations

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal aux rémunérations brutes des salariés, entrant dans l'assiette des cotisations de la sécurité sociale, telles que définies par l'ar-

ticle L. 242-1 du code de la sécurité sociale applicable au régime agricole par renvoi prévu à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, dans la limite de 4 fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale (tranches A et B).

Article 4.4

Assiette de calcul des prestations

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal aux rémunérations brutes des salariés entrant dans l'assiette des cotisations de la sécurité sociale telles que définies par l'article L. 424-1 du code de la sécurité sociale applicable au régime agricole par renvoi prévu à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, dans la limite de 4 fois le montant du plafond de la sécurité sociale (tranches A et B), déclarées soit au cours des 12 mois précédant l'événement, soit en se rapportant à la période de référence retenue par la sécurité sociale pour déterminer le salaire journalier ou mensuel de référence servant au calcul de ses prestations.

Lorsque la période de référence des 12 derniers mois précédant l'événement n'est pas complète, le salaire annuel servant de base au calcul des prestations est reconstitué *pro rata temporis*.

Si une période de maladie a précédé le décès, le salaire de référence est revalorisé au minimum en fonction de l'évolution du point ARRCO (association des régimes de retraites complémentaires) intervenue entre la date d'arrêt de travail (l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'incapacité – temporaire ou permanente – professionnelle), l'invalidité ou le décès.

Si une période d'incapacité temporaire, professionnelle ou non, a précédé l'état d'incapacité permanente professionnelle ou d'invalidité, le salaire de référence est revalorisé au minimum compte tenu de l'évolution du point ARRCO intervenue entre la date d'arrêt de travail et la reconnaissance de l'incapacité permanente professionnelle ou de l'invalidité.

Article 4.5

Niveau des garanties du dispositif prévoyance

Les organisations signataires précisent que cet accord a pour objectif de mettre en place un régime de prévoyance garantissant à tous les bénéficiaires les prestations définies ci-dessous.

La nature et le montant des prestations sont présentés dans le tableau en annexe II du présent accord.

Article 4.5.1

Garanties en cas de décès

En cas de décès du salarié quelle qu'en soit l'origine, il est versé un capital dont le montant est égal à 100 % du salaire annuel de référence au(x) bénéficiaire(s) qu'il a désigné(s) ou, en l'absence de désignation expresse de bénéficiaire, à ses ayants droit ou à défaut ses héritiers conformément à la législation et à la réglementation applicables.

Par ailleurs, en cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) ⁽¹⁾, le salarié peut percevoir à sa demande, par anticipation, le capital prévu ci-dessus. En tout état de cause, ce versement anticipé met fin à la garantie en cas de décès.

Le capital décès sera majoré de 25 % du salaire annuel de référence par enfant à charge.

Les frais d'obsèques seront remboursés dans la double limite des frais réels et de 100 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

(1) La PTIA, nommée aussi IAD (invalidité absolue et définitive), correspond à une invalidité de 3^e catégorie de la sécurité sociale ou à une incapacité permanente professionnelle consécutive à un AT/MP au taux de 66,66 %.

Article 4.5.2

Garanties en cas d'incapacité temporaire de travail (ITT)

Les prestations susceptibles d'être servies pour une incapacité temporaire sont des indemnités journalières complémentaires à celles dues par la Mutualité sociale agricole, au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles. Elles sont égales à 17 % du salaire journalier de référence.

L'indemnisation de l'organisme assureur intervient en relais des obligations de mensualisation. Plus précisément, lorsque le salarié perçoit des prestations en espèces de la Mutualité sociale agricole, l'organisme assureur lui verse une indemnité journalière complémentaire, à compter de l'expiration de la totalité des durées d'indemnisation prévues en application des dispositions légales, ou conventionnelles si ces dernières sont plus favorables que les obligations légales, relatives à la mensualisation. La mensualisation légale est applicable au titre des dispositions des articles L. 1226-1 et D. 1226-1 à D. 1226-8 du code du travail.

Lorsqu'un nouvel arrêt de travail intervient alors que le salarié en arrêt de travail a déjà bénéficié, dans les 12 mois précédents, du nombre maximal de jours donnant lieu à compléments de salaire par l'employeur au titre des obligations légales ou conventionnelles sur la mensualisation, le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient :

- à compter du premier jour d'absence ⁽¹⁾, si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion de l'accident de trajet ;
- à compter du quatrième jour d'arrêt de travail dans tous les autres cas.

Le salarié ayant 6 mois d'ancienneté ou plus et n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier des compléments de salaire à la charge de l'employeur en application des obligations légales ou conventionnelles sur la mensualisation bénéficie de l'indemnité journalière complémentaire :

- à compter du 61^e jour d'absence, si celle-ci est consécutive à un accident de travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion de l'accident de trajet ;
- à compter du 71^e jour d'absence dans tous les autres cas.

L'indemnité journalière complémentaire versée par l'organisme assureur est maintenue tant que les indemnités journalières sont servies par la Mutualité sociale agricole. Elle cesse en tout état de cause à la date du décès du salarié et au plus tard au 1 095^e jour d'arrêt de travail.

Article 4.5.3

Garanties en cas d'incapacité permanente professionnelle (IPP)

Cette garantie est conçue sous la forme d'une rente versée mensuellement, suite à la reconnaissance, par le régime de base de la Mutualité sociale agricole, de la stabilisation d'un état d'incapacité permanente. Elle est égale à 30 % du salaire mensuel de référence.

L'attribution de la rente est conditionnée au versement d'une rente AT/MP par la Mutualité sociale agricole pour une incapacité permanente d'origine professionnelle entraînant une impossibilité d'exercer une activité professionnelle et correspondant à un taux égal ou supérieur à 30 %. L'attribution de la rente complémentaire cesse si le taux d'incapacité devient inférieur à 30 %.

Cette rente ne peut pas se cumuler avec les indemnités journalières perçues par le salarié avant la décision de la Mutualité sociale agricole au titre de l'incapacité temporaire éventuellement prévue.

(1) Le premier jour d'absence, en cas d'accident du travail, s'entend comme le jour suivant le jour de l'accident, le jour de l'accident du travail devant être intégralement rémunéré par l'employeur quelle que soit l'heure de l'accident.

La rente d'invalidité est maintenue à l'intéressé aussi longtemps qu'il perçoit une pension de la Mutualité sociale agricole et est suspendue si la Mutualité sociale agricole suspend le versement de sa propre pension. Elle cesse définitivement au décès du salarié ou à la date de liquidation de sa pension de vieillesse du régime de base, et au plus tard à la date à laquelle il peut bénéficier de la liquidation de sa pension de vieillesse à taux plein.

Article 4.5.4

Garanties en cas d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie

Les salariés bénéficient d'une pension d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie (garantie incapacité permanente de travail d'origine privée) en complément de celle versée par la Mutualité sociale agricole (telle que définie aux articles L. 341-1 et suivants du code de la sécurité sociale) égale à 10 % du salaire mensuel de référence.

La rente est versée dès que la MSA commence le versement de la pension d'invalidité et est maintenue à l'intéressé aussi longtemps qu'est versée ladite pension. La rente est suspendue si la MSA suspend le versement de sa propre pension.

Le salaire de référence servant au calcul des prestations est le salaire annuel brut tranches A et B, soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé l'interruption de travail, revalorisé selon l'évolution de la valeur du point ARRCO, entre la date de l'arrêt de travail et celle du classement en invalidité. Si le salarié ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'événement couvert, le salaire brut est reconstitué à partir de la moyenne mensuelle des salaires déclarés. Le cas échéant, les éléments variables de la rémunération sont intégrés dans le calcul de la moyenne mensuelle sur la base de 1/12 de leur montant.

Le versement de la prestation cesse définitivement au décès du salarié ou à la date de liquidation de sa pension de vieillesse du régime de base.

Article 4.6

Règle de cumul des prestations prévoyance

En aucun cas les prestations versées en application du présent accord ne pourront, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature servies par la Mutualité sociale agricole et par tout autre organisme assureur, à toute rémunération notamment en cas de reprise d'activité à temps partiel, ou prestation de l'assurance chômage, permettre au salarié de disposer de ressources supérieures à la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait continué son activité normalement au même poste de travail et pendant la période considérée.

Si tel est le cas, les prestations versées en application du présent accord seront déduites à concurrence du dépassement constaté.

Article 4.7

Exclusions des garanties prévoyance

Sont garantis en application du dispositif prévoyance du présent accord tous les risques de décès, y compris le suicide du salarié, à l'exclusion de ceux résultant :

- de la guerre civile ou étrangère ;
- du fait volontaire du bénéficiaire du capital décès.

Les autres garanties du dispositif prévoyance (incapacité temporaire, incapacité permanente professionnelle, invalidité) ne voient s'appliquer aucune cause d'exclusion.

Article 4.8

Revalorisation annuelle des prestations du dispositif prévoyance

Les prestations prévoyance, en cours de service, au titre du présent accord, seront revalorisées annuellement au 1^{er} janvier et au minimum en fonction de l'évolution de la valeur du point ARRCO.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat collectif, le service des prestations est maintenu, conformément aux dispositions de l'article 5.4 du présent accord, par l'assureur auprès duquel l'exploitation ou l'entreprise agricole avait fait le choix de s'assurer, au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation jusqu'à la survenance d'un événement contractuellement prévu mettant fin à la garantie (reprise d'activité, retraite, décès...)

En cas de décès faisant suite à un arrêt de travail indemnisé, le salaire de référence au titre de la présente garantie est revalorisé en fonction de la valeur du point ARRCO.

Article 4.9

Reprise du passif des garanties prévoyance

Conformément à l'article 912-3 du code de la sécurité sociale, en cas de changement d'organisme assureur par l'employeur, les prestations en cours de service à la date de ce changement continueront à être revalorisées selon les modalités prévues à l'article 4.8 ci-avant.

Lors du changement d'organisme assureur, l'employeur devra organiser la prise en charge des obligations ci-dessus définies soit par l'organisme dont le contrat a été résilié, soit par le nouvel organisme assureur.

Article 4.10

Financement du dispositif prévoyance

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur afin de couvrir les garanties collectives complémentaires prévoyance 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.

La garantie incapacité temporaire de travail (ITT) définie à l'article 4.5.2 du présent accord est financée exclusivement par les cotisations salariales, en raison du principe selon lequel les indemnités journalières complémentaires versées au salarié directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un organisme assureur demeurent – en application des articles L. 136-2, L. 242.1 et R. 242-1 du code de la sécurité sociale – soumises aux cotisations de la sécurité sociale, à la CSG et à la CRDS au prorata du financement patronal ⁽¹⁾.

En tout état de cause, si des options sont mises en place obligatoirement au sein d'une entreprise ou d'une exploitation agricole, la répartition du financement de ces garanties entre l'employeur et le salarié est laissée à la discrétion des signataires de l'accord ou de l'employeur en cas de décision unilatérale de sa part.

Article 5

Dispositions communes aux dispositifs frais de santé et prévoyance

Article 5.1

Salarié à employeurs multiples

Le cas particulier d'un salarié travaillant régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord est régi comme suit : pour les garanties collectives complémentaires frais de santé, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent

(1) Conformément aux dispositions du n° 1.3 de la circulaire ACOSS, 2007-30 du 8 février 2007.

auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. Les signataires décident que cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties collectives du présent accord, sauf accord exprès écrit entre les employeurs et le salarié.

Par ailleurs, le caractère collectif et obligatoire de la couverture frais de santé ne pourra être considéré comme respecté qu'à la condition que le salarié se dispense d'adhérer, conformément aux modalités décrites à l'article 3.3 ci-dessus, à la couverture collective mise en place auprès du ou des autres employeurs à compter de l'acquisition de la condition d'ancienneté requise pour le bénéfice du dispositif.

Article 5.2

Mise en œuvre du principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies à l'article 5.2.1 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation de la couverture frais de santé et prévoyance en application du présent accord sera affectée au financement de ces mesures.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ci-après ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le salarié ou ses ayants droit, le cas échéant, auprès de l'organisme chargé de la gestion de ces mesures.

Article 5.2.1

Dispositifs de prévention et d'action sociale

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent dispositif frais de santé et prévoyance, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, doivent notamment comprendre :

- une action collective de prévention sur les troubles musculo-squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou de maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle/retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, au sommeil ou à la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole, notamment en cas de handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini aux articles 5.2.2 et 5.2.3.

Article 5.2.2

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

L'adhésion des salariés – y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant – à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dis-

positions légales ne donnant pas lieu à maintien de salaire total ou partiel par l'employeur, notamment pour un des congés ci-dessous :

- congé sans solde ;
- congé sabbatique ;
- congé parental d'éducation à temps plein ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé de solidarité internationale ;
- congé de solidarité familiale ;
- congé de formation ;
- congé d'enseignement ou de recherche.

Après cette période, lesdits salariés peuvent, pour la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont ils relèvent à titre individuel à continuer de bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve qu'ils s'acquittent seuls et directement auprès de l'assureur de l'intégralité de la cotisation au titre du contrat collectif concerné, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur.

Article 5.2.3

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

L'adhésion des salariés – y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement, le cas échéant – à la couverture frais de santé et prévoyance est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le dispositif de protection sociale complémentaire.

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement, et la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ou complément de salaire versé(s) par l'employeur pour le mois durant lequel l'absence est intervenue.

Article 5.3

Portabilité

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés des employeurs des exploitations et entreprises agricoles entrant dans le champ d'application du présent accord et couverts collectivement par les garanties frais de santé et prévoyance 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, dans les conditions suivantes :

Article 5.3.1

Durée et limites

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.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- à la date à laquelle l'ancien salarié reprend une activité professionnelle, qu'il bénéficie ou non d'une couverture dans le cadre de ce nouvel emploi ;
- à la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période du maintien de couverture ;
- dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime d'assurance chômage (notamment en cas de radiation des listes de Pôle emploi) ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale, sauf en cas de cumul retraite/chômage ;
- en cas de décès de l'ancien salarié.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, quel qu'en soit le motif, est sans incidence sur la durée de maintien des garanties, qui n'est pas prolongée d'autant.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires, en application du dispositif frais de santé et prévoyance prévu par le présent accord, aient été ouverts chez le dernier employeur.

Article 5.3.2

Garanties maintenues

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'exploitation ou l'entreprise agricole. Quant aux garanties collectives concernées, il peut s'agir des garanties obligatoires ou facultatives, étant précisé que s'il s'agit de garanties facultatives prévues par l'un des actes mentionnés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, le salarié doit avoir demandé à en bénéficier avant la rupture de son contrat de travail pour que la portabilité soit assurée pour cette couverture optionnelle.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité sont modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités, au titre de l'arrêt de travail, d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au cours de la même période.

La portabilité s'applique dans les mêmes conditions le cas échéant aux ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail de l'intéressé (notamment dans le cadre des systèmes de garanties dans l'entreprise ou l'exploitation agricole plus favorables sur ce point, c'est-à-dire prévoyant l'extension de la couverture aux ayants droit du salarié).

Article 5.3.3

Formalités de déclaration

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur qui met en œuvre la couverture dont il bénéficiait, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article 5.3, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après.

L'employeur signale la possibilité de maintien des garanties dans le certificat de travail du salarié et il informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail de celui-ci.

Pour bénéficier du maintien, l'ancien salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties (notamment les justificatifs de versement des allocations chômage de chaque mois pour lequel les prestations sont dues).

En outre, l'ancien salarié doit informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, quel qu'en soit le motif, est sans incidence sur le calcul de la durée du maintien de couverture, qui ne sera donc pas prolongée d'autant.

Article 5.3.4

Cotisations

La portabilité du présent article est financée par un système de mutualisation intégré aux cotisations ; ainsi, les anciens salariés en bénéficient sans contrepartie de cotisation. Le coût lié à ce dispositif est intégré à la cotisation des salariés en activité.

Article 5.4

Maintien des garanties

Conformément aux dispositions de l'article 7 de la loi Evin du 31 décembre 1989, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat collectif d'assurance que l'employeur a souscrit afin de couvrir les garanties prévoyance du présent accord est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées qui sont acquises ou nées pendant son exécution.

Par ailleurs, conformément aux dispositions de l'article 7.1 de la loi Evin du 31 décembre 1989, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat collectif d'assurance que l'employeur a souscrit afin de couvrir les garanties prévoyance du présent accord est sans effet sur les prestations à naître au titre du maintien de garantie en cas de survenance du décès avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité, telle que définie par le présent accord.

Article 5.5

Maintien de la couverture

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi Evin du 31 décembre 1989, les clauses des contrats collectifs d'assurance, permettant à l'employeur de couvrir ses obligations au titre du présent accord, devront prévoir les modalités et les conditions tarifaires selon lesquelles le ou les organismes assureurs maintiendront cette couverture, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit des salariés concernés, sous réserve qu'ils en fassent la demande, avant la fin du délai de préavis, en cas de résiliation ou de non-renouvellement desdits contrats collectifs.

Dès lors, si ledit contrat collectif d'assurance prend fin, quelle que soit la partie qui en a pris l'initiative, il devra prévoir la possibilité pour l'assuré de souscrire individuellement un contrat frais de santé ou prévoyance auprès de l'assureur qui avait pris en charge l'assurance de groupe, qui a été résiliée ou non renouvelée.

Article 5.6

Information des assurés

Les parties signataires rappellent que les employeurs des exploitations et entreprises agricoles sont tenus de remettre à leurs salariés un exemplaire de la notice d'information qui leur sera remise par l'organisme assureur auprès duquel ils auront souscrit les garanties au titre du présent accord.

Cette notice définit notamment lesdites garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir, les exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Les salariés seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

Article 6

Commission paritaire de suivi

Une commission paritaire de suivi, constituée des organisations professionnelles signataires, se réunira au moins une fois par an afin notamment d'examiner les aménagements à apporter aux dispositions du présent accord qui s'avèreraient nécessaires.

Cette commission paritaire de suivi pourra ainsi faire des propositions aux partenaires sociaux de la commission mixte, celle-ci restant seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

Article 7

Dépôt et publicité

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties selon les modalités définies dans l'article L. 2261-9 du code du travail.

Il sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires demandent l'extension du présent accord.

Fait à Aix-en-Provence, le 4 décembre 2015.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

Dispositif frais de santé

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT TOTAL (régime de base + complémentaire)
Frais médicaux		
Honoraires et dépassements d'honoraires des généralistes ⁽¹⁾	70 %	200 % BR (CAS) 180 % BR (non CAS)
Honoraires et dépassements d'honoraires des spécialistes (y compris actes techniques) ⁽¹⁾	70 %	100 % BR
Radiologie et dépassements d'honoraires (radio, scanner, IRM...) ⁽¹⁾	70 %	100 % BR
Sages-femmes	70 %	100 % BR
Auxiliaires médicaux	60 %	100 % BR
Analyses médicales	60 % ou 100 %	100 % BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	–	non
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € par an et par bénéficiaire	0 € à 150 € par an et par bénéficiaire
Actes de prévention ⁽²⁾	35 % à 70 %	100 % BR
Pharmacie		
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	100 % BR
Vaccins non remboursés par le régime de base	–	40 € par an et par bénéficiaire
Hospitalisation (conventionné ou non)		
Frais de séjour	80 % à 100 %	100 % BR
Honoraire médical et chirurgical	80 % à 100 %	100 % BR
Dépassements d'honoraires	–	100 % BR (non CAS) ⁽¹⁾ 155 % BR (CAS)
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	–	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €)	–	100 % FR
Chambre particulière		

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT TOTAL (régime de base + complémentaire)
Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	–	78 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour
Maternité	–	25 € par jour
Psychiatrie	–	25 € par jour
Frais accompagnant (moins de 16 ans)	–	52 € par jour limité à 30 jours
Maternité ⁽³⁾	–	1/3 PMSS
Frais de transport	65 %	100 % BR
Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65 % à 70 %	100 % BR
Dentaire		
Soins dentaires	70 %	100 % BR
Inlay cores (acceptés par le régime de base)	70 %	170 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	70 %	280 % BR + 300 € par an et par bénéficiaire
Prothèses dentaires (refusées par le régime de base) [y compris implantologie pour les options 1, 2 et 3]	–	Non
Parodontologie (refusée par le régime de base)	–	Non
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70 % à 100 %	210 % ou 250 % BR
Orthodontie (refusée par le régime de base)	–	Non
Optique		
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verres) ⁽⁴⁾		Tous les 2 ans
Monture seule	60 %	Forfait de 150 €
2 verres simples classe (a) ⁽⁵⁾	60 %	60 % BR + 250 €
2 verres complexes classe (b) ⁽⁵⁾	60 %	60 % BR + 250 €
2 verres très complexes classe (c) ⁽⁵⁾	60 %	60 % BR + 250 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) ⁽⁵⁾	60 %	60 % BR + 250 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) ⁽⁵⁾	60 %	60 % BR + 250 €
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) ⁽⁵⁾	60 %	60 % BR + 250 €
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0 % à 60 %	100 % BR + forfait de 300 €
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	–	Non

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT TOTAL (régime de base + complémentaire)
Prothèse hors dentaire		
Prothèse auditive (hors entretien)	60 %	455 % BR + forfait de 200 € par an et par bénéficiaire
Autres prothèses et petit appareillage	60 %	100 % BR
Gros appareillage	100 %	100 % BR
Fourniture médicale et pansements	60 %	100 % BR
<p>BR : base de remboursement. TM : ticket modérateur. CAS : convention d'accès aux soins. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. FR : frais réels.</p> <p>(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est signataire ou non d'une convention d'accès aux soins (CAS). (2) Tous les actes de prévention (cf. 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) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire. (1) Médecin signataire ou non-signataire d'une convention d'accès aux soins (CAS). (3) Dans la limite des frais réellement engagés. (4) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles. Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre ≤ + 4,00 dioptries. Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de - 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs. Verre très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de 4,00 à + 4,00 dioptries. (5) Y compris forfait monture.</p>		

ANNEXE II

Dispositif prévoyance

FAIT GÉNÉRATEUR	PRESTATION(S)
Décès toute cause du salarié	Capital décès : 100 % du salaire annuel brut TA + TB Majoration du capital décès : 25 % du salaire annuel brut par enfant à charge Frais d'obsèques : 100 % du PMSS dans la limite des frais réels
Incapacité temporaire de travail	17 % du salaire journalier TA + TB en relais des prestations brutes de la MSA
Incapacité permanente d'origine professionnelle (IPP) si taux d'IPP \leq 30 %	30 % du salaire mensuel brut TA + TB en complément des prestations brutes de la MSA
Garantie invalidité catégories 2 et 3	10 % du salaire mensuel brut TA + TB en complément des prestations brutes de la MSA

La tranche A (TA) est égale à la rémunération brute soumise à cotisations limitée au plafond de la sécurité sociale. Ce plafond est de 3 170 € pour 2015. Il est revalorisé chaque année.

La tranche B (TB) est égale au salaire brut soumis à cotisations, déduction faite de la tranche A et limité à 3 fois le plafond de la sécurité sociale.