

Accord collectif
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(Puy-de-Dôme)
(21 septembre 2009)

(Etendu par arrêté du 25 février 2010,
Journal officiel du 5 mars 2010)

AVENANT N° 4 DU 27 OCTOBRE 2015

NOR : AGRS1697045M

Entre :

La FDSEA du Puy-de-Dôme ;

La FNSEA du Puy-de-Dôme ;

Le syndicat des entrepreneurs des territoires ;

le syndicat des producteurs de l'horticulture et des pépinières ;

La FDCUMA,

D'une part, et

Le SGA CFDT ;

La FNAF CGT ;

La CFTC-Agri ;

Le SNCEA CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Révision totale de l'accord départemental du 21 septembre 2009

Le présent avenant constitue un accord de révision au sens des articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Les dispositions des articles 1^{er} à 13 ainsi que les annexes I et II du présent avenant abrogent et remplacent en totalité les termes de l'accord départemental du 21 septembre 2009 sur une protection sociale complémentaire en agriculture, tels que définis par ses signataires.

Dès lors, les articles ci-après se substituent à l'intégralité des dispositions consolidées de l'accord du 21 septembre 2009.

Le présent accord s'applique à l'ensemble des employeurs et des salariés agricoles non cadres des exploitations agricoles de polyculture, d'élevage, de pomiculture, de viticulture, de maraîchage, de champignonnières, d'horticulture et de pépinières, de sylviculture (à l'exception de l'abattage), des CUMA et des entreprises de travaux agricoles et ruraux du Puy-de-Dôme.

Dans le champ d'application du présent accord, une entreprise relève du régime d'assurance complémentaire frais de santé dès lors que son siège, représenté par les bâtiments d'exploitation, est situé dans le département du Puy-de-Dôme, même si les terrains de cultures s'étendent sur les départements limitrophes.

Les employeurs de ces exploitations et entreprises agricoles (ci-après dénommés « les employeurs ») appliquent de façon obligatoire le socle minimum de garanties collectives frais de santé instituées par le présent accord.

Les employeurs relevant actuellement d'une convention ou accord collectif, d'un accord ratifié à la majorité des salariés ou d'une décision unilatérale de l'employeur comportant des dispositions moins favorables au présent accord devront appliquer celles du dispositif frais de santé ci-après ou adapter leurs garanties pour répondre aux présentes obligations conventionnelles en matière notamment :

- de garanties minimales obligatoires ;
- de conditions d'accès (ancienneté, franchise...) ;
- de financement minimum de l'employeur.

S'agissant de la comparaison du niveau des prestations pour l'application des garanties minimales obligatoires, lors de concours entre actes juridiques applicables en matière de frais de santé elle devra s'opérer entre chacune des catégories de garanties desdits actes coexistants, c'est-à-dire ligne à ligne, afin que celles applicables aux exploitations et entreprises agricoles concernées soient au moins aussi favorables que pour celles mises en place au titre du présent accord.

Suite à cette comparaison du niveau des prestations, pour l'application de la garantie minimale obligatoire, le dispositif frais de santé défini par le présent accord ne se cumule pas avec tout autre système de garanties collectives ayant la même cause ou le même objet.

Article 2

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

Article 3

Révision et dénonciation

Le présent accord pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2222-5, L. 2222-6 et L. 2261-7 à L. 2261-13 du code du travail.

Conformément à l'article L. 2261-7 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles se réunira alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

Conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de 3 mois.

La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail.

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles se réunit alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de 3 mois.

L'accord dénoncé continue donc à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois.

Article 4

Dispositif frais de santé

Article 4.1

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé, s'appliquent à tous les salariés relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés 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.

Sont donc 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 complémentaires cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant 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 3 mois d'ancienneté.

Toutefois :

- les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles représentatives au niveau d'un champ d'application territorial ou professionnel plus restreint que celui du présent accord ;
- l'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole,

pourront, conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, étendre facultativement ou obligatoirement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, aux ayants droit du salarié.

Article 4.2

Cas de dispense d'adhésion du dispositif frais de santé

Par exception aux dispositions de l'article 4.1 du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale ⁽¹⁾ 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 ne remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

(1) 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 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 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 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 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 4.3

Niveau des garanties du dispositif frais de santé

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul.

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.

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles signataires du présent accord ont décidé d'établir un tableau de garanties frais de santé composé d'un niveau minimum obligatoire de garanties dénommé : « Socle minimum obligatoire - Niveau 1 » (annexe I).

Tous les remboursements prévus à l'annexe I cumulent les prestations du régime de base de la sécurité sociale (première colonne) et le régime conventionnel dont relève le salarié visé à l'article 4.1 du présent accord (deuxième colonne).

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent dispositif (régime général et local de la sécurité sociale et garanties complémentaires) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

Article 4.4

Offres à adhésion individuelle et facultative

Les partenaires sociaux ont souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime aux offres individuelles et facultatives suivantes sans participation de l'employeur :

- extension de la garantie conventionnelle (niveau 1) à deux niveaux supérieurs de remboursement des dépenses (niveaux 2 et 3 : tableaux de garanties figurant à l'annexe II) ;
- extension de la garantie conventionnelle (niveau 1) ou des garanties supérieures optionnelles (niveaux 2 et 3) aux ayants droit du salarié.

Définition des ayants droit :

- le conjoint : personne liée au bénéficiaire par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) 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 bénéficiaire 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 bénéficiaire 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'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être 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 bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé 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 (AH) (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 bénéficiaire nés viables moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire, à condition d’être à la charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l’organisme assureur.

Article 4.5

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/SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015.

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 4.6

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 bénéficié effectivement du 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 correspondant à la part finançant la couverture du salarié actif.

Cette adhésion est purement facultative. Elle est à la charge du seul bénéficiaire et n’emporte aucune obligation pour l’employeur en matière de cotisations ou de prestations.

Article 5

Financement du dispositif frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du « Socle minimum obligatoire - Niveau 1 » définies par le présent accord – au titre du seul salarié, est assuré par une cotisation dont le taux est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Elle est répartie de la façon suivante :

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

En tout état de cause, si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit ou s'il souhaite souscrire des garanties facultatives optionnelles en complément de celles du « Socle minimum obligatoire - Niveau 1 », il devra 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 « Socle minimum obligatoire - Niveau 1 » du présent avenant (garanties supérieures, identiques ou non, aux options facultatives stipulées au présent accord),

ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre (parts salariale et patronale).

Article 6

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 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 express 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 4.2 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 7

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 la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- le congé sans solde ;
- le congé sabbatique ;

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

Article 8

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 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.

Article 9

Portabilité à titre gratuit

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 bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

Article 9.1

Durée. – 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 ;
- 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 la 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 chômage-retraite) ;
- en cas de décès de l'ancien salarié.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas d'incidence sur la durée du 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 prévu par le présent accord, aient été ouverts chez le dernier employeur.

Article 9.2

Garanties maintenues

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'exploitation ou l'entreprise agricoles. 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 seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

L'ancien salarié bénéficie des mêmes droits qu'avant la rupture du contrat de travail, donc des mêmes niveaux de garantie. Toutefois, 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 la cessation du contrat de travail de l'intéressé (notamment dans le cadre des systèmes de garanties collectives plus favorables sur ce point, c'est-à-dire prévoyant l'extension de la couverture aux ayants droit du salarié).

Article 9.3

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 9.2, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après.

L'employeur signale le 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, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui 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 lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien de couverture, qui ne sera donc pas prolongée d'autant.

Article 9.4

Cotisations

Ce dispositif de maintien de couverture est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations ; ainsi, les anciens salariés bénéficient de la portabilité sans contrepartie de cotisation. Le coût lié à ce dispositif est intégré à la cotisation des salariés en activité.

Article 10

Maintien de la couverture

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi Evin, 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 de la population concernée, 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 auprès de l'organisme assureur qui avait pris en charge l'assurance de groupe, qui a été résiliée ou non renouvelée.

Article 11

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 ci-dessous.

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 affecté 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.

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 d'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 7 et 8.

Article 12

Information des assurés

Les parties 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 transmise par l'orga-

nisme assureur – auprès duquel ils auront souscrit les garanties au titre du présent accord –, laquelle 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 des exploitations et entreprises agricoles seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

Article 13

Commission paritaire de suivi de l'accord

Afin d'assurer la parfaite sécurité juridique du dispositif de protection sociale complémentaire des salariés non cadres en agriculture (compte tenu des possibles évolutions législatives ou réglementaires) et pour suivre l'application du présent accord, les signataires instituent une « commission paritaire de suivi de l'accord ».

Cette commission exerce ses fonctions sous le contrôle et sous la direction de la commission paritaire départementale du Puy-de-Dôme, qui reste seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

Elle est composée de deux représentants et d'un suppléant désignés par chacune des organisations syndicales de salariés signataires du présent accord et d'autant de représentants désignés par les organisations professionnelles agricoles signataires.

Elle se réunira au moins deux fois par an en vue d'examiner, notamment, les aménagements à apporter aux dispositions du présent accord qui s'avèreraient nécessaires.

La partie la plus diligente assurera le secrétariat lié à la convocation des membres et invités et à toutes formalités résultant des travaux de ladite commission.

La commission paritaire de suivi de l'accord définira son fonctionnement dans le cadre d'un règlement intérieur le cas échéant. »

Article 14

Dépôt et extension

Le présent avenant est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Fait à Clermont-Ferrand, le 27 octobre 2015.

(Suivent les signatures.)

Annexe I

Garanties Frais de santé

Garantie « Socle minimum obligatoire - Niveau 1 »

Garantie obligatoire		
	Régime de base MSA	Niveau 1
Soins courants		
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes CAS	70%	30%
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes NON CAS	70%	30%
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	60%	40%
Sages-femmes	70%	30%
Analyses médicales : actes de biologie, analyses, prélèvements, examens de laboratoire	60% ou 100%	0% à 40%
Actes techniques : actes de chirurgie, actes d'obstétriques, actes d'anesthésie (hors hospitalisation) CAS	70%	30%
Actes techniques : actes de chirurgie, actes d'obstétriques, actes d'anesthésie (hors hospitalisation) NON CAS	70%	30%
Radiologie : actes d'imagerie (IRM, scanners...), actes d'échographie, (actes d'endoscopie, de radiologie...) CAS	70%	30%
Radiologie : actes d'imagerie (IRM, scanners...), actes d'échographie, (actes d'endoscopie, de radiologie...) NON CAS	70%	30%
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	-
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0€ à 150€	-
Actes de prévention	35% à 70%	30% à 65%
Pharmacie		
Médicaments pris en charge par l'assurance maladie	0% à 65% du BR	35% à 100%
Hospitalisation (conventionnée ou non)		
Honoraires médicaux et chirurgicaux : actes cliniques et techniques, actes de chirurgie, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie CAS	80% à 100%	0% à 20%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : actes cliniques et techniques, actes de chirurgie, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie NON CAS	80% à 100%	0% à 20%
Dépassements d'honoraires CAS	-	155%
Dépassements d'honoraires NON CAS	-	100%
Frais de séjour	80% à 100%	0 à 20%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Chambre particulière avec hébergement en hospitalisation	-	45€ pdt 60 jours(2)
Chambre particulière avec hébergement en psychiatrie	-	45€ pdt 60 jours(2)
Chambre particulière avec hébergement en maternité	-	45€/ jour
Forfait 18€ sur les actes lourds (actes affectés d'un coefficient>60 ou tarif >120)	-	Frais réels
Maternité : dépassements d'honoraires (dans la limite des frais engagés)	-	33% PMSS/ maternité
Frais de transport	65%	350%
Dentaire		
Soins dentaires	70%	30%
Inlays / Onlays PEC RO	70%	30%
Inlay Cores PEC RO	70%	140%+300€/an
Prothèses PEC par le RO	70%	1400%+300€/an
Orthodontie PEC RO	70% à 100%	150% à 220%

Optique		
Lunettes remboursées tous les 2 ans, sauf enfants de – 18 ans et changement de dioptrie, le forfait est annuel, TM inclus (3)		
Monture seule	60%	150€
2 verres simples (dont monture)	60%	400€ (150€)
2 verres complexes (dont monture)	60%	500€ (150€)
2 verres très complexes (dont monture)	60%	500€ (150€)
2 verres mixtes : 1 simple + 1 complexe (dont monture)	60%	450€ (150€)
2 verres mixtes : 1 simple + 1 très complexe (dont monture)	60%	450€ (150€)
2 verres mixtes : 1 complexe + 1 très complexe (dont monture)	60%	450€ (150€)
Lentilles PEC RO et non PEC RO / an	0% à 60%	0% à 40%+100€/an
Appareillage		
Fournitures médicales, pansements	60%	40%
Petit appareillage, autres prothèses	60%	40%
Gros appareillage	100%	100%
Prothèses auditives	60%	400%
Prestations complémentaires		
Cure thermale PEC RO (y compris forfait de surveillance médicale, soin, forfait thermal, hébergement et frais de transport)	65% à 70%	30% à 35%
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	40€/ an
Assistance		Incluse

CAS : contrat d'accès aux soins. Pour les professionnels de santé non signataires du CAS les garanties sont inférieures d'au moins 20% aux garanties CAS, et dans la limite de 200% BR. **RO** : Régime Obligatoire. **PEC / NON PEC RO** : Pris en charge / Non pris en charge par le Régime Obligatoire. **TM** : Ticket modérateur. **BR** : Base de Remboursement.

Les garanties sont responsables au sens du nouveau cahier des charges posé par les articles L.871-1 et R.871-1 et suivant du Code de la Sécurité Sociale. Sauf précision contraire, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR en incluant la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné(e) avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité. Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire. La Mutuelle prend en charge la participation forfaitaire de 18 € pour actes coûteux (actes médicaux lourds dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60).

(1) Hors établissements médicaux sociaux mentionnés à l'article L.174-6 du code de la sécurité sociale et au 6° de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles

(2) Puis 25€ au-delà des 60 jours

(3) Sur prescription d'un professionnel de santé ou dans le cadre du renouvellement d'une prescription par un opticien. Détails des verres dans les conditions mentionnées dans la convention de gestion.

Annexe II

Garanties optionnelles Frais de santé

Offres à adhésion individuelle et facultative « Niveau 2 » et « Niveau 3 »

	Niveau 2	Niveau 3
Soins courants		
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes CAS	200%	220%
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes NON CAS	180%	200%
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	100%	200%
Sages-femmes	100%	200%
Analyses médicales : actes de biologie, analyses, prélèvements, examens de laboratoire	100%	200%
Actes techniques : actes de chirurgie, actes d'obstétriques, actes d'anesthésie (hors hospitalisation) CAS	200%	220%
Actes techniques : actes de chirurgie, actes d'obstétriques, actes d'anesthésie (hors hospitalisation) NON CAS	180%	200%
Radiologie : actes d'imagerie (IRM, scanners...), actes d'échographie, (actes d'endoscopie, de radiologie...) CAS	100%	210%
Radiologie : actes d'imagerie (IRM, scanners...), actes d'échographie, (actes d'endoscopie, de radiologie...) NON CAS	100%	190%
Actes de prévention	TOUS	TOUS
Pharmacie		
Médicaments pris en charge par l'assurance maladie	100%	100%
Hospitalisation (conventionnée ou non)		
Honoraires médicaux et chirurgicaux : actes cliniques et techniques, actes de chirurgie, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie CAS	100%	100%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : actes cliniques et techniques, actes de chirurgie, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie NON CAS	100%	100%
Dépassements d'honoraires CAS	300%	300%
Dépassements d'honoraires NON CAS	100%	100%
Frais de séjour	100%	100%
Forfait journalier hospitalier (1)	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec hébergement en hospitalisation	60€ pdt 60 jours(2)	75€ pdt 60 jours(2)
Chambre particulière avec hébergement en psychiatrie	60€ pdt 60 jours(2)	75€ pdt 60 jours(2)
Chambre particulière avec hébergement en maternité	60€/ jour	80€/jour
Forfait 18€ sur les actes lourds (actes affectés d'un coefficient>60 ou tarif >120)	Frais réels	Frais réels
Maternité : dépassements d'honoraires (dans la limite des frais engagés)	33% PMSS/ maternité	40% PMSS/ maternité
Frais d'accompagnant (moins de 16 ans)(3)	-	30€/jour
Frais de transport	100%	100%
Dentaire		
Soins dentaires	100%	100%
Inlays / Onlays PEC RO	100%	250%
Inlay Cores PEC RO	280%+300€/an	500%+400€/an
Prothèses PEC par le RO	280%+300€/an	500%+400€/an
Orthodontie PEC RO	250%	300%
Orthodontie NON PEC RO	150% BR reconstituée	200€/an
Parodontologie	100€/an	100€/an
Forfait prothèses NON PEC RO y compris implants	-	300€/an

Optique		
Lunettes remboursées tous les 2 ans, sauf enfants de – 18 ans et changement de dioptrie, le forfait est annuel, TM inclus (4)		
Monture seule	150€	150€
2 verres simples (dont monture)	450€ (150€)	470€ (150€)
2 verres complexes (dont monture)	650€ (150€)	800€ (150€)
2 verres très complexes (dont monture)	650€ (150€)	800€ (150€)
2 verres mixtes : 1 simple + 1 complexe (dont monture)	550€ (150€)	610€ (150€)
2 verres mixtes : 1 simple + 1 très complexe (dont monture)	550€ (150€)	610€ (150€)
2 verres mixtes : 1 complexe + 1 très complexe (dont monture)	550€ (150€)	610€ (150€)
Lentilles PEC RO et non PEC RO / an	100%+100€/an	100%+200€/an
Chirurgie corrective	-	300€/œil
Appareillage		
Fournitures médicales, pansements	300%	300%
Petit appareillage, autres prothèses	300%	300%
Gros appareillage	300%	300%
Prothèses auditives	460%+350€/an	460%+350€/an
Prestations complémentaires		
Cure thermique PEC RO (y compris forfait de surveillance médicale, soin, forfait thermal, hébergement et frais de transport)	100%	100%+150€/an
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	40€/ an	40 €/ an
Médecine douce (osto, acupuncture, chiropractie) (5)	-	30€/4 séances /an /bénéficiaire
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	-	50€/an
Assistance	Incluse	Incluse

CAS : contrat d'accès aux soins. Pour les professionnels de santé non signataires du CAS les garanties sont inférieures d'au moins 20% aux garanties CAS, et dans la limite de 200% **BR**. **RO** : Régime Obligatoire. **PEC / NON PEC RO** : Pris en charge / Non pris en charge par le Régime Obligatoire. **TM** : Ticket modérateur. **BR** : Base de Remboursement.

Les garanties sont responsables au sens du nouveau cahier des charges posé par les articles L.871-1 et R.871-1 et suivant du Code de la Sécurité Sociale. Sauf précision contraire, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR en incluant la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné(e) avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité. Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire. La Mutuelle prend en charge la participation forfaitaire de 18 € pour actes coûteux (actes médicaux lourds dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60).

(1) Hors établissements médicaux sociaux mentionnés à l'article L.174-6 du code de la sécurité sociale et au 6° de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles

(2) Puis 25€ au-delà des 60 jours

(3) Sur présentation de justificatifs de dépenses d'hébergement ou de frais annexes et dans la limite des frais engagés

(4) Sur prescription d'un professionnel de santé ou dans le cadre du renouvellement d'une prescription par un opticien. Détails des verres dans les conditions mentionnées dans la convention de gestion.

(5) Sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures, dans la limite du forfait annuel.