

Accord collectif

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES**

(Gard)

(26 août 2009)

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

AVENANT N° 2 DU 30 NOVEMBRE 2015

**À L'ACCORD DU 26 AOÛT 2009 RELATIF À LA PROTECTION SOCIALE
COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS NON CADRES**

NOR : AGRS1697219M

Entre

Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles du Gard

D'une part, et

SGA CFDT Gard Lozère

CFTC-Agri Gard Lozère

SNCEA CFE-CGC section du Gard

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Considérant les dernières modifications légales et réglementaires apportées sur les régimes complémentaires frais de santé, les organisations professionnelles et syndicales signataires ont décidé de mettre à jour l'accord départemental du 26 août 2009 sur une protection sociale complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres du Gard.

Cet avenant tient compte également de l'évolution de l'accord national agricole du 10 juin 2008 sur la prévoyance et la santé des salariés agricoles non cadres, qui a créé par avenant n° 4 un dispositif socle national frais de santé instaurant des garanties minimales obligatoires et des options facultatives.

En conséquence, le présent avenant a pour objet de mettre à jour l'accord départemental frais de santé du 26 août 2009 instaurant un régime frais d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres du Gard.

Article 1^{er}

Modifications

L'accord départemental du 26 août 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres du Gard est modifié comme suit.

1. L'article 2 « Entrée en vigueur » est annulé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant la date de parution de son arrêté d'extension. »

2. L'article 3 « Salariés bénéficiaires », alinéa 1, est modifié par les dispositions suivantes :

« 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 trois (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 complémentaire 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 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert trois (3) mois d'ancienneté. »

3. Un article 3.1 « Dispenses d'affiliation » est créé avec les dispositions suivantes :

« Par application des règles relatives à la législation sociale et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion au dispositif frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela 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 :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze (12) mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze (12) mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu’ayants droit d’une couverture collective relevant de l’un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après, 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. »

4. Après l’article 3.1 « Dispenses d’affiliation » est inséré un nouvel article 3.2 sur le « contrat solidaire et responsable » comprenant les dispositions suivantes :

« Article 3.2

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. »

5. L’article 4 « Garanties » est modifié comme suit :

« 1. Socle obligatoire :

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul. Toutefois, les partenaires sociaux ont souhaité que l’organisme assureur propose à celui-ci à titre facultatif la possibilité de couvrir tout ou partie des membres de sa famille et d’améliorer certaines des prestations prévues dans le régime obligatoire.

Ces options facultatives sont définies dans la convention de gestion entre les partenaires sociaux et l’assureur.

Le présent régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime social de base, dans la limite des frais réels.

La nature et le montant des prestations attachées au présent régime sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (voir annexe I "Tableau garanties complémentaires santé").

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 respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

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

Ces remboursements s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits "responsables" 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.

2. Clés de lecture du tableau de garanties joint en annexe :

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

- en % 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 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Tous les remboursements prévus à l'Annexe I comprennent les prestations du régime de base de la sécurité sociale dont relève le salarié.

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent dispositif ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

En tout état de cause, la couverture frais de santé dont bénéficient les salariés ne saurait être moins favorable aux garanties définies dans le présent accord.

La nature et le montant des prestations de la couverture socle sont détaillés dans le tableau en Annexe I du présent accord. »

6. L'article 8.1 « Taux de cotisations et répartition » est annulé et modifié comme suit :

« Article 8.1

Répartition de la cotisation

1. Financement du régime :

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du régime frais de santé définies par le présent accord - 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.

2. Extension de la couverture des garanties :

En tout état de cause, si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit 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 définies dans le présent accord,

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

7. Suite à l'article 8.2 « Appel et recouvrement » un nouvel article 8.3 « Salarié à employeurs multiples » est inséré comme suit :

« 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 3 dans le paragraphe dispense 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. »

8. Les alinéas 1 et 2 de l'article 10 « Cessation des garanties » sont modifiés par les dispositions suivantes :

« L'adhésion des salariés du régime obligatoire à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les trois (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.

Après cette période, lesdits salariés peuvent, pendant 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 de l'intégralité de la cotisation au titre du contrat collectif concerné, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur. »

9. Suite à l'article 10 « Cessation des garanties » un nouvel article 10.1 « Portabilité loi Evin » est inséré avec les dispositions suivantes :

« Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de 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 conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ;

- 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 2

Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant la date de parution de son arrêté d'extension.

Article 3

Dépôt et extension

La partie la plus diligente des organisations signataires du présent avenant le notifie à l'ensemble des organisations représentatives à l'issue de la procédure de signature.

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail, un exemplaire du présent avenant sera déposé auprès de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), ainsi qu'au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes du lieu de sa conclusion.

Une version sur support électronique est également communiquée à la DIRECCTE du lieu de signature de l'avenant.

Les parties conviennent de solliciter l'extension du présent avenant.

Fait à Nîmes, le 30 novembre 2015.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

TABEAU DES GARANTIES SOCLE

GARANTIE ACCORD AGRICOLE DU GARD	Garanties socle
Le montant des prestations inclut les remboursements de la MSA et de l'assureur	
FRAIS MEDICAUX	
Consultations, visites (2) de généralistes et spécialistes	
- hors contrat d'accès aux soins	130% BR
- avec contrat d'accès aux soins	150% BR
Actes de chirurgie, techniques médicaux	
- hors contrat d'accès aux soins	130% BR
- avec contrat d'accès aux soins	150% BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	100% BR
Masseurs, kinésithérapeutes, pédicures	100% BR
Orthophonistes, orthoptistes	100% BR
Analyses, examens de laboratoires remboursés MSA	100% BR
Actes d'imagerie (radiographies, scanners, électroradiologies)	100% BR
Sages-femmes	100% BR
Actes prévention contrat responsable	100% BR
PHARMACIE	
Vignettes orange, bleues, blanches et blanches barrées	100% BR
OPTIQUE	
- monture	455% BR
- un verre unifocal ou multifocal de faible ou forte correction (3)	100% BR + 125 €
- lentilles remboursées et refusées MSA	100% BR + 100 €
Ces montants correspondent à des forfaits :	
- pour une période d'un an pour les enfants avant 18 ans ou en cas d'évolution de la vue (4)	
- pour une période de deux ans dans les autres cas (sauf pour les lentilles)	
DENTAIRE	
Actes et soins dentaires, remboursés MSA	100% BR
Inlays et onlays, remboursés MSA	100% BR
Inlays cores, remboursés MSA	125% BR
Prothèse dentaire remboursée MSA	410% BR + 100 € par an
Orthodontie remboursée par la MSA	200% BR
APPAREILLAGE ET AUTRES PROTHESES	
Divers remboursables dont entretien auditif	100% BR
Prothèses auditives, remboursées MSA	300% BR
HOSPITALISATION y compris psychiatrie	
Frais de soins et séjour	100% BR
Dépassements d'honoraires	
- hors contrat d'accès aux soins	100% BR
- avec contrat d'accès aux soins	155% BR
Chambre particulière (1)	25 € par jour
Forfait journalier hospitalier	100% FR
Forfait de 18€ pour les actes supérieurs à 120€	100% FR
MATERNITE	
Forfait par naissance	1/3 PMSS par maternité
AUTRES PRESTATIONS	
Ostéopathie	60 € par an
Transport sur prescription	100% BR
Prévention et bien-être	
- Priorité santé mutualiste : accompagnement santé personnalisé	OUI
- Ateliers santé : apprendre à préserver sa santé au quotidien	OUI
- Fonds social : un accès aux soins pour tous	OUI
- Assistance (sur votre carte mutuelle)	OUI

(1) Limitations sur les séjours.

Le forfait journalier hospitalier est limité à 90 jours par an pour les hospitalisations dans les établissements médico-sociaux.

La chambre particulière est prise en charge pour les séjours comportant au moins une nuit de 22 heures à 6 heures. La prise en charge de la chambre particulière est limitée à :

- 60 jours par an en psychiatrie et autres disciplines ;
- 180 jours par an en centre agréé de rééducation fonctionnelle ;
- 90 jours par an en maison de repos et convalescence et en maison d'enfants à caractère sanitaire.

Les placements à l'année et temporaires sont exclus.

Ces durées correspondent à des durées maximales. Il est possible de diminuer ces durées ou d'exclure la prise en charge de la chambre particulière sur certains types de séjours.

(2) Les visites avec déplacements non médicalement justifiés sont prises en charge dans la limite de 100 % BR.

(3) La définition des « fortes » et « faibles » corrections correspond aux caractéristiques des verres prévues dans le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, à savoir :

- verres unifocaux faible correction : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6 et + 6 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries ;
- verres unifocaux forte correction : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6 à + 6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries ;
- verres multifocaux faible correction : verres multifocaux ou progressifs ne répondant pas aux caractéristiques des verres multifocaux forte correction ;
- verres multifocaux forte correction :
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8 à + 8 dioptries ; ou
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone - 4 à + 4 dioptries.

(4) Un changement de dioptrie de plus ou moins 0,5, diagnostiqué par un médecin ophtalmologue, permet d'être remboursé deux années consécutives. Ce remboursement est conditionné par l'envoi des deux ordonnances (ordonnance des anciens verres et nouvelle prescription attestant du changement de vue).