

Accord collectif

**ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX
(Haute-Normandie)
(10 avril 2009)**

(Etendu par arrêté du 4 novembre 2009,
Journal officiel du 11 novembre 2009)

AVENANT N° 3 DU 5 JANVIER 2015
À L'ACCORD DU 10 AVRIL 2009 RELATIF À LA MISE EN PLACE D'UN RÉGIME
DE FRAIS DE SANTÉ POUR LES SALARIÉS NON CADRES

NOR : AGRS1697216M

Entre

Union régionale des entrepreneurs des territoires de Haute-Normandie

D'une part, et

Union professionnelle régionale de l'agroalimentaire CFDT de Haute-Normandie

Union régionale des syndicats CFTC-Agri de Haute-Normandie

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation, des tabacs et des activités annexes Force ouvrière (FGTA FO)

Union syndicale régionale agroalimentaire et forestière – CGT de Normandie (USRAF – CGT de Normandie)

SNCEA CFE-CGC

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 régional du 10 avril 2009.

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, l'accord régional frais de santé du 10 avril 2009 est modifié comme suit.

Article 1^{er}

Dans l'accord collectif du 10 avril 2009, la partie « 1. Salariés » de l'article 2 intitulé « Bénéficiaires » est abrogée et remplacée par :

« 1. Salariés

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC) et ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise et relevant du champ d'application du présent accord, à l'exclusion :

- des cadres et personnels ressortissants de la convention collective du 2 avril 1952 et relevant 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 ;
- des VRP et bûcherons-tâcherons ressortissants d'autres dispositions conventionnelles.

Les salariés nouvellement embauchés, ayant acquis précédemment le bénéfice de la garantie dans une autre entreprise relevant du champ d'application du présent accord, font l'objet d'une reprise d'ancienneté, dès lors que leur embauche intervient au plus tard dans les trois mois qui suivent leur cessation d'activité. Dans ce cadre, les salariés doivent en faire la demande écrite formelle au nouvel employeur.

Pour les dispositions du présent accord la condition d'ancienneté est réputée acquise au 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert l'ancienneté requise, ou dès la date d'embauche du salarié en cas de transfert de droits acquis précédemment pour ce même régime frais de santé. »

Article 2

Dans l'accord collectif du 10 avril 2009, l'article 3 intitulé « Dispenses d'affiliation » est annulé et remplacé par :

« Article 3

Dispenses d'affiliation

Par exception aux dispositions de l'article 2 du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion au dispositif frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela 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 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

- les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (voir 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).
- les salariés dont le conjoint travaille dans la même entreprise, l'un des membres du couple pouvant alors être affilié en propre, l'autre en tant qu'ayant droit.

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.

La demande de dispense doit être notifiée par écrit avant la fin du premier mois qui suit l'obtention de la condition d'ancienneté de 3 mois.

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d'affiliation, il doit en informer l'employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire Frais de santé à compter du premier jour du mois civil suivant.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. 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 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 3

Dans l'accord collectif du 10 avril 2009, l'article 4 intitulé « Prestations » est annulé et remplacé par :

« Article 4

Prestations

Article 4.1

Niveau des garanties

Toutes les garanties frais de santé du présent accord présentées dans le tableau figurant ci-dessous sont exprimées :

- en % de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 2 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Les remboursements prévus à la colonne « remboursement total » du tableau ci-dessous comprennent les prestations du régime de base de protection sociale dont relève le salarié visé à l'article 2 du présent accord.

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

TABLEAU DE GARANTIES			
NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT du régime de base hors Alsace-Moselle	RÉGIME HORS Alsace-Moselle	REMBOURSEMENT total
		REMBOURSEMENT complémentaire	REMBOURSEMENT complémentaire régime de base inclus
Frais médicaux			
Honoraires de praticien : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 %	100 %
Dépassement d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)		200 %	200 %
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y.c. non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d'autorité)		100 %	100 %
Auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 % BR	40 %	100 %
Analyses, examens de laboratoire	de 60 % à 100 % BR	0 à 40 %	100 %
Radiologie ⁽¹⁾ , électroradiographie ⁽¹⁾ , imagerie médicale ⁽¹⁾ et ostéodensitométrie ⁽¹⁾	70 % BR	0 à 30 %	100 %

TABLEAU DE GARANTIES			
NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT du régime de base hors Alsace-Moselle	RÉGIME HORS Alsace-Moselle	REMBOURSEMENT total
		REMBOURSEMENT complémentaire	REMBOURSEMENT complémentaire régime de base inclus
Actes de prévention ⁽²⁾	de 35 % à 70 % BR	30 à 65 %	100 %
Autres actes techniques ⁽¹⁾	70 % BR	0 à 30 %	100 %
Honoraires de médecines douces : os- téopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie	–	23 € par consultation limité à 4 par an par famille	23 € par consultation limité à 4 par an par famille
Pharmacie			
Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65 % BR	35 %	100 %
Médicaments à service médical rendu "modéré"	30 % BR	70 %	100 %
Médicaments à service médical rendu "faible"	15 % BR	85 %	100 %
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	–	40 €/an/famille	40 €/an/famille
Vaccins non remboursés par le régime de base	–	40 €/an/famille	40 €/an/famille
Hospitalisation (y compris psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80 % ou 100 % BR	0 à 20 %	100 %
Honoraires	80 % ou 100 % BR	0 à 20 %	100 %
Dépassement d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	–	400 % (200 % en maternité)	400 % (200 % en maternité)
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y.c. non convention- nés (remboursement sur la base du tarif d'autorité)	–	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier	–	FR	FR
Chambre particulière (par jour, par an, par bénéficiaire)	–	78 € par jour limité à 60 jours puis 25 € par jour et 52 € par jour pour la maternité sans limitation	78 € par jour limité à 60 jours puis 25 € par jour et 52 € par jour pour la maternité sans limitation
Maternité	–	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	–	52 € par jour limité à 30 jours	52 € par jour limité à 30 jours

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT du régime de base hors Alsace-Moselle	RÉGIME HORS Alsace-Moselle	REMBOURSEMENT total
		REMBOURSEMENT complémentaire	REMBOURSEMENT complémentaire régime de base inclus
Optique			
Monture, verres : Un équipement tous les 2 ans (à compter de la date d’acquisition) sauf pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue (durée réduite à 1 an). Maximum 150 € pour la monture.			
Équipement : verres unifocaux ⁽³⁾ + monture	60 % BR	330 €	330 €
Équipement : verres mixtes ⁽³⁾ + monture	60 % BR	410 €	410 €
Équipement : verres multifocaux ⁽³⁾ + monture	60 % BR	500 €	500 €
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % + forfait de 175 € par an	100 % + 175 € par an
Lentilles non remboursées par le régime de base	–	Forfait de 175 € par an	Forfait de 175 € par an
Dentaire			
Frais de soins	70 % BR	30 %	100 %
Honoraires	70 % BR	30 %	100 %
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (y compris couronne implanto-portée)	70 % BR	340 % + 100 €	410 % + 100 €
Inlays onlays	70 % BR	100 %	170 %
Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	280 % ou 250 %	350 %
Implantologie (hors couronne implanto-portée)	–	200 € par an	200 € par an
Parodontologie	–	100 € par an	100 € par an
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60 % ou 100 %	405 ou 400 %	465 ou 500 %
Prothèses auditives remboursées par le régime de base	60 % BR	395 % + crédit 350 € par oreille (1 équipement tous les 3 ans)	455 % + crédit 350 € par oreille (1 équipement tous les 3 ans)
Cures thermales			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux ⁽¹⁾ , transport, hébergement, surveillance	65 % ou 70 % BR	30 à 35 %	100 %
Forfait thermal complémentaire	Frais balnéaires acceptés	150 € par an	150 € par an

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT du régime de base hors Alsace-Moselle	RÉGIME HORS Alsace-Moselle	REMBOURSEMENT total
		REMBOURSEMENT complémentaire	REMBOURSEMENT complémentaire régime de base inclus
Divers			
Transports remboursés par le régime de base	65 %	FR	FR
Forfait actes lourds ⁽⁴⁾	–	FR	FR
<p>(1) Pour les éventuels dépassements, se référer aux dépassements frais médicaux.</p> <p>(2) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information liste annexée ci-dessous à la date du 18 novembre 2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; Dépistage de l'hépatite B ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge) ;</p> <p>(3) Verres unifocaux :</p> <p>– verres unifocaux simples (catégorie a) : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries et/ou dont le cylindre est inférieur ou égal + 4,00 dioptries</p> <p>– verres unifocaux complexes (catégorie c) : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de – 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries</p> <p>Verres mixtes : un verre simple et un verre complexe, un verre simple et un verre très complexe, un verre complexe et un verre très complexe.</p> <p>Verres multifocaux :</p> <p>– verres multifocaux complexes (catégorie c) et très complexes (catégorie f : 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).</p> <p>(4) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €.</p>			

Article 4.2

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/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 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 à l'article L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale. »

Article 4

Dans l'accord collectif du 10 avril 2009, l'article 5 intitulé « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail » est annulé et remplacé par :

« Article 5

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Article 5.1

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.

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.

Article 5.2

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 par l'employeur.

Par ailleurs et s'agissant de l'extension famille facultative, les salariés ayant opté pour cette option prévue à l'article 7 du présent accord s'acquitteront de la cotisation auprès de l'organisme gestionnaire. »

Article 5

Dans l'accord collectif du 10 avril 2009, l'article 6 intitulé « Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail » est annulé et remplacé par :

« Article 6

Maintien des garanties au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé

Sous réserve des dispositions relatives à la portabilité des droits, les garanties cessent d'être accordées à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail du salarié.

Toutefois, 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 (maintien prévu à l'article 10 ci-après) ;

- 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 applicable aux salariés actifs.

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.

Par extension, les anciens salariés privés d'emploi, non bénéficiaires d'un revenu de remplacement pourront également demander le maintien des garanties frais de santé. Toutefois, la demande devra être effectuée auprès du gestionnaire dans le mois suivant la date de rupture du contrat de travail. »

Article 6

L'article 7 « Cotisations de l'accord collectif du 10 avril 2009 » est abrogé et remplacé par :

« Article 7

Financement du dispositif frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du dispositif régional obligatoire 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.

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. »

Article 7

L'article 8 « Choix de l'organisme gestionnaire et réexamen du régime » est supprimé.

Article 8

Les autres clauses de l'accord demeurent inchangées.

Article 9

Date d'effet et extension

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet au 1^{er} jour du trimestre suivant la date de parution de l'extension au *Journal officiel* et au plus tôt le 1^{er} juillet 2016, à l'exception des dispositions relatives à l'ancienneté (art. 2 de l'accord intitulé « Bénéficiaires ») et au financement à 50 % par l'employeur et 50 % par le salarié de la cotisation obligatoire (art. 7 de l'accord intitulé « Financement du dispositif frais de santé ») qui entrent en application conformément aux dispositions réglementaires au 1^{er} janvier 2016.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de la convention collective des entreprises de travaux agricoles ruraux de la région Haute-Normandie du 10 avril 2009.

Fait à Rouen, le 5 janvier 2016.

(Suivent les signatures.)