

Accord professionnel

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(Rhône-Alpes)
(6 juillet 2009)**

(Etendu par arrêté du 4 février 2010),
Journal officiel du 13 février 2010)

AVENANT N° 2 DU 12 NOVEMBRE 2015

NOR : AGRS1697236M

Entre :

Fédération régionale des syndicats d'exploitants agricoles de Rhône-Alpes

Fédération régionale des CUMA de Rhône-Alpes

Syndicat des entrepreneurs du territoire de Rhône-Alpes (ex-entrepreneurs de travaux agricoles et forestiers)

D'une part, et

Fédération générale agroalimentaire CFDT

Fédération nationale agroalimentaire et forestière CGT

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des services annexes FO

Fédération CFTC de l'agriculture

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Au vu des dernières modifications légales et réglementaires sur les régimes frais de santé, les organisations professionnelles et syndicales signataires ont décidé de mettre à jour l'accord régional du 6 juillet 2009 sur la mise en place d'un régime d'assurance complémentaire frais de santé des salariés non cadres de la production agricole de Rhône-Alpes.

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

En conséquence, l'accord régional du 6 juillet 2009 est modifié comme suit :

Article 1^{er}

L'article 3 « Salariés bénéficiaires », de l'accord régional du 6 juillet 2009 modifié par avenant du 28 novembre 2013 sur la mise en place d'un régime d'assurance complémentaire frais de santé est abrogé et remplacé comme suit :

« Article 3

Salariés bénéficiaires et cas de dispenses

Article 3.1

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 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 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 à 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 3.2

Cas de dispenses d'adhésion du dispositif frais de santé

Par exception aux dispositions de l'article 3.1 du présent avenant 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).

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.

En cas de dispense, les cotisations correspondantes ne sont pas dues, ni par le salarié, ni par l'employeur.

Cas particulier. – Salarié à employeurs multiples :

Le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme concerné. Les organisations syndicales signataires décident que cet employeur est celui chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié. »

Article 2

L'article 4, « Garanties », de l'accord régional du 6 juillet 2009 modifié par avenant du 28 novembre 2013 sur la mise en place d'un régime d'assurance complémentaire frais de santé est abrogé et remplacé comme suit :

« Article 4

Garanties

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 3.1 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 visé à l'article 3.1 du présent accord.

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

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

Article 3

L'article 5 est supprimé et remplacé par :

« Article 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

L'article 6 est supprimé et remplacé par :

« Article 6

Financement du dispositif frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du “Socle régional minimum 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 ou s'il souhaite souscrire des garanties facultatives optionnelles en complément de celles du “Socle régional minimum obligatoire”, 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 régional minimum obligatoire".

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

Article 5

L'article 7 est supprimé.

Article 6

L'article 8, « Suspension du contrat de travail », de l'accord régional du 6 juillet 2009 modifié par avenant du 28 novembre 2013 sur la mise en place d'un régime d'assurance complémentaire frais de santé est abrogé et remplacé par article 7 rédigé comme suit :

« Article 7

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 aux articles 7.1 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation de la couverture frais de santé 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 7.1

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, 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 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, le sommeil ou 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 7.2 et 7.3.

Article 7.2

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

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 trois 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 7.3

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 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 un mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement. »

Article 7

L'article 11, « Accord de gestion spécifique et suivi du régime », de l'accord régional du 6 juillet 2009 modifié par avenant du 28 novembre 2013 sur la mise en place d'un régime d'assurance complémentaire frais de santé est abrogé et remplacé par article 11 rédigé comme suit :

« Article 11

Accord de gestion spécifique et suivi du régime

Les modalités de mise en œuvre pratique des garanties prévues par l'accord font l'objet d'un protocole de gestion séparé qui définit entre le ou les organisme(s) assureur(s) et les partenaires sociaux, notamment :

- la constitution d'une commission paritaire de suivi ;
- les réunions et le rôle de la commission paritaire de suivi ;
- de faire le point des entreprises et salariés relevant du présent accord ;

- de dresser un bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de frais de santé mis en place par l'accord ;
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime ;
- de vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions ;
- de consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés.

La commission paritaire de suivi et de surveillance est composée d'un représentant désigné par chaque organisation syndicale de salariés signataire de l'accord régional et par un nombre équivalent de représentants des organisations professionnelles d'employeurs signataires.

Article 8

Suppression de l'annexe II « Les offres à adhésion individuelle et facultative »

Article 9

Antériorité

Les accords d'entreprise existants sur la protection sociale complémentaire devront être mis en conformité avec les dispositions du présent avenant avant le 1^{er} janvier 2016.

Article 10

Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

Article 11

Formalités administratives

Le présent accord 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 sont convenues de demander, sans délai, l'extension du présent accord.

Fait à Lyon, le 12 novembre 2015.

(Suivent les signatures.)

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale)	
Hospitalisation chirurgicale et médicale, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Honoraires – signataires CAS	255 % BR
Honoraires – non signataires CAS	200 % BR
Frais de séjours	100 % BR
Chambre particulière	25 € par jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	15 € par jour
Forfait hospitalier	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Soins de ville (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Consultations et visites, généralistes et spécialistes – signataires CAS	150 % BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes – non signataires CAS	130 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité – signataires CAS	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité – non signataires CAS	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – signataires CAS	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – non signataires CAS	100 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la sécurité sociale	390 % BR
Autre appareillage remboursé par la sécurité sociale	100 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Pharmacie	
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale	100 % BR ou TFR
Transport	
Transport remboursé par la sécurité sociale	100 % BR
Frais dentaires	
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR
Inlays-onlays remboursés par la sécurité sociale	100 % BR
Inlays-cores remboursés par la sécurité sociale	210 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale : – couronnes, bridges et inter de bridges – couronnes sur implant – prothèses dentaires amovibles – réparations sur prothèses	210 % BR + 300 € par an et par bénéficiaire

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale)	
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	150 % BR
Frais d'optique	
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans)	
Monture	455 % BR
Verre adulte	
Verre simple ⁽³⁾	110 €
Verre complexe ⁽³⁾	130 €
Verre très complexe ⁽³⁾	155 €
Verre enfant	
Verre simple ⁽³⁾	150 €
Verre complexe ⁽³⁾	240 €
Verre très complexe ⁽³⁾	280 €
Lentilles remboursées ou non par la sécurité sociale (y compris jetables)	0 ou 100 % BR + 100 € par an et par bénéficiaire
Maternité	
Allocation naissance	1/3 PMSS par bénéficiaire
Prévention et autres soins	
Cure thermale remboursée par la sécurité sociale : honoraires et soins	70 % BR
Médecine douce (acupuncture, chiropractie, ostéopathie)	15 € par séance (maximum 4)
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ⁽²⁾	Pris en charge
BR : base de remboursement de la sécurité sociale. CAS : contrat d'accès aux soins. FR : frais réels. MR : montant remboursé par la sécurité sociale. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au 1 ^{er} janvier de l'année. (1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité. (2) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires. (3) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est < ou = à + 4,00 dioptries. Verre complexe : verre simple foyer dont la zone est hors zone de – 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à + 4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif. Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de – 8,00 à + 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries.	