

Accord collectif
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
POUR LES SALARIÉS NON CADRES
(Tarn-et-Garonne)
(16 septembre 2009)
(Etendue par arrêté du 25 février 2010,
Journal officiel du 5 mars 2010)

AVENANT N° 4 DU 21 MARS 2016

NOR : AGRS1697269M

Entre
Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles – FDSEA de Tarn-et-Garonne
Fédération départementale des coopératives agricoles d'utilisation de matériel agricole – CUMA
de Tarn-et-Garonne
Syndicat des entrepreneurs des territoires – EDT de Tarn-et-Garonne
D'une part, et
Syndicat départemental des cadres d'exploitations agricoles CFE-CGC
Syndicat général agroalimentaire CFDT de Tarn-et-Garonne
Fédération nationale agroalimentaire et forestière CGT
Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation, des tabacs et des services
annexes – FGTA FO
Syndicat départemental CFTC-Agri
D'autre part,
il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Dans le cadre de la mise en conformité de l'accord départemental du 16 septembre 2009 modifié à l'accord national modifié par un avenant 4 en date du 15 septembre 2015, les organisations professionnelles et syndicales de salariés ont décidé de supprimer la condition d'ancienneté, pour bénéficier de la complémentaire santé.

En conséquence, l'accord départemental du 16 septembre 2009 est modifié comme suit.

Article 1^{er}

Salariés bénéficiaires

L'article 3 de l'accord « Salariés bénéficiaires » est modifié et remplacé comme suit :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié relevant du champ d'application dudit accord, non affilié à l'AGRIC, quelle que soit leur ancienneté.

En conséquence, toute référence à une quelconque ancienneté dans le présent accord est supprimée. »

Article 2

Dispenses d'affiliation

Les dispositions de l'article 4 de l'accord « Affiliation » sont modifiées et remplacées comme suit en son paragraphe « Dispenses d'Affiliation » :

« Les salariés placés dans les situations ci-après peuvent demander, par écrit, à l'employeur, une dispense d'affiliation à l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord :

- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail ou de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties ;
- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail 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.

En cas d'augmentation de la rémunération, si la cotisation salariale représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement s'affilier au régime mis en place par l'accord ;

- les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). La dispense ne joue que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne joue que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture frais de santé servie au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un des dispositifs suivants :

a) Contrat collectif à adhésion obligatoire, en matière de frais de santé, conformément aux dispositions de l'article L. 242-1 du CSS.

b) Contrat complémentaire des agents de la fonction publique d'état souscrit auprès d'un organisme référencé (décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007) ou des agents de la fonction publique territoriale souscrit auprès d'un organisme labellisé ou dans le cadre d'une convention de participation (décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011).

c) Contrat d'assurance groupes, dits Madelin (loi n° 94-126 du 11 février 1994).

d) Régime local d'assurance-maladie Alsace-Moselle (CSS, art. D. 325-6 et D. 325-7).

e) Régime complémentaire d'assurance-maladie des industries électriques et gazières (décret n° 46-1541 du 22 juin 1946).

Dans tous les cas, les employeurs des exploitations et entreprises agricoles doivent être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Toute demande de dispense doit être notifiée, par écrit, à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit l'entrée en vigueur du présent accord ou celui de la date d'embauche.

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

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d'affiliation, il doit en informer l'employeur et doit alors obligatoirement cotiser au régime à compter du mois civil suivant. »

Article 3

Garanties

Les dispositions de l'article 5.3.1 de l'accord « Salariés ayant moins de 3 mois d'ancienneté, non affiliés à l'AGIRC et relevant du champ d'application du présent accord » sont abrogées.

Les dispositions de l'article 5.3.2 « Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du régime » sont renumérotées à l'article 5.3 intitulé « Garanties à adhésion facultative ».

Article 4

Entrée en vigueur

Le présent avenant entre 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.

Les parties signataires conviennent de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

Article 5

Dépôt et extension

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

Fait à Montauban, le 21 mars 2016.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Garanties y compris les remboursements de la sécurité sociale
ou de la MSA (sauf pour les forfaits en euros ou PMSS qui viennent
en complément des remboursements de la sécurité sociale ou de la MSA)

Hospitalisation chirurgicale et médicale, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné) (1)	
Honoraires – signataires CAS (2)	580 % BR
Honoraires – non signataires CAS (2)	200 % BR
Frais de séjours	100 % BR
Chambre particulière	52 €/jour pendant 60 jours, puis 25 €/jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	52 €/jour (dans la limite de 30 jours)
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 (2)	200 % BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes – Non signataires CAS (2)	180 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité – Signataires CAS (2)	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité – Non signataires CAS (2)	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – Signataires CAS (2)	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – Non signataires CAS (2)	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 SS ou la MSA	455 % BR + 200 €/an/bénéficiaire
Autre appareillage remboursé par la SS ou la MSA	300 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Pharmacie	
Pharmacie remboursée par la SS ou la MSA	100 % BR ou TFR
Transport	
Transport remboursé par la SS ou la MSA	100 % BR
Frais dentaires	
Soins dentaires remboursés par la SS ou la MSA : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR
Inlays-onlays remboursés par la SS ou la MSA	210 % BR

Prothèses dentaires remboursées par la SS ou la MSA : – couronnes, bridges et inter de bridges – couronnes sur implant – prothèses dentaires amovibles – réparations sur prothèses – Inlays-cores	210 % BR + 350 €/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la SS ou la MSA	250 % BR
Parodontologie non remboursée par la SS ou la MSA	100 €/an/bénéficiaire
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) (3)	
Monture	125 €
Verres (par paire)	Cf. grille optique
Lentilles remboursées par la SS ou la MSA	100 % BR + 100 €/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la SS ou la MSA (y compris jetables)	100 €/an/bénéficiaire
Maternité	
Allocation naissance	1/3 PMSS/bénéficiaire
Prévention et autres soins	
Cure thermique remboursée par la SS ou la MSA : honoraires et soins	100 % BR
Vaccins prescrits non remboursés par la SS ou la MSA	40 €/an/bénéficiaire
Actes de prévention (4)	Pris en charge
<p>(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.</p> <p>(2) CAS : Contrat d'Accès aux Soins conclu entre l'Assurance maladie et le médecin de secteur 2, le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et le médecin de secteur 1 disposant des titres lui permettant d'accéder au secteur 2 ; ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie.</p> <p>(3) La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, période réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.</p> <p>Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement par le bénéficiaire. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verre et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.</p> <p>(4) 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.</p> <p>Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale (SS) / 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 / SS : sécurité sociale</p>	

Grille Optique

Adultes (18 ans et plus) – par verre

CODE LPP	DÉSIGNATION	TARIF TIPS	SPHÈRE	CYLINDRE	BASE
Verres simples					
2203240	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de -6 à + 6	2,29 €	[0-2]	0	127 €
2287916	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de -6 à + 6		[2-4]		
			[4-6]		

CODE LPP	DÉSIGNATION	TARIF TIPS	SPHÈRE	CYLINDRE	BASE
2280660	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de + 6.25 à + 10	4,12 €	]6-10]	0	134 €
2282793	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de -6.25 à -10				
2265330	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de + 6.25 à + 10				
2263459	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de -6.25 à -10				
2235776	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère HZ de -10 à + 10	7,62 €	>10	0	148 €
2295896	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère HZ de -10 à + 10				
2259966	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de -6 à + 6	3,66 €	[0-2]	]0-4]	133 €
			]2-4]		
2226412 verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de -6 à + 6	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de -6 à + 6		]4-6]		
2284527	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de -6 à + 6	6,86 €	]6-20]	]0-4]	145 €
2254868	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de -6 à + 6				
2212976	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de -6 à + 6	6,25 €	]0-6]	]4-6]	143 €
2252668	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de -6 à + 6				
2288519	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de -6 à + 6	9,45 €	]6-20]	]4-6]	155 €
2299523	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de -6 à + 6				
Verres multifocaux ou progressifs					
2290396	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de -4 à + 4	7,32 €	[0-2]	0	147 €
2291183	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de -4 à + 4		]2-4]		
2245384	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de -4 à + 4	10,82 €	]4-8]	0	161 €
2295198	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de -4 à + 4		]8-20]		

CODE LPP	DÉSIGNATION	TARIF TIPS	SPHÈRE	CYLINDRE	BASE
2227038	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de -8 à + 8	10,37 €	[0-2]	]0-6]	159 €
			]2-4]		
2299180	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de -8 à + 8]4-6]		]4-6]		
	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de -8 à + 8		]6-8]		
2202239	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de -8 à + 8	24,54 €	]8-20]	]0-6]	215 €
2252042	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de -8 à + 8				

Enfants (moins de 18 ans) – par verre

CODE LPP	DÉSIGNATION	TARIF TIPS	SPHÈRE	CYLINDRE	BASE
Verres simples					
2261874	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de -6 à + 6	12,04 €	[0-2]	0	173 €
			]2-4]		
2242457	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de -6 à + 6		]4-6]		
2243304	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de + 6.25 à + 10	26,68 €	]6-10]	0	278 €
2243540	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de -6.25 à -10				
2291088	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de + 6.25 à + 10				
2297441	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de -6.25 à -10				
2273854	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère HZ de -10 à + 10	44,97 €	>10	0	313 €
2248320	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère HZ de -10 à + 10				
2200393	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de -6 à + 6	14,94 €	[0-2]	]0-4]	173 €
			]2-4]		
2270413	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de -6 à + 6		]4-6]		
2283953	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de -6 à + 6	36,28 €	]6-20]	]0-4]	313 €
2219381	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de -6 à + 6				

CODE LPP	DÉSIGNATION	TARIF TIPS	SPHÈRE	CYLINDRE	BASE
2238941	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de -6 à + 6	27,90 €	]0-6]	]4-6]	283 €
2268385	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de -6 à + 6				
2245036	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de -6 à + 6	46,50 €	]6-20]	]4-6]	313 €
2206800	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de -6 à + 6				
Verres multifocaux ou progressifs					
2259245	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de -4 à + 4	39,18 €	[0-2]	0	313 €
2264045	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de -4 à + 4		]2-4]		
2238792	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de -4 à + 4	43,30 €	]4-8]	0	313 €
2202452	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de -4 à + 4		]8-20]		
2240671	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de -8 à + 8	43,60 €	[0-2]	]0-6]	313 €
2282221	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de -8 à + 8		]2-4]		
			]4-6]		
			]6-8]		
2234239	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de -8 à + 8	66,62 €	]8-20]	]0-6]	313 €
2259660	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de -8 à + 8				