

Accord collectif départemental
PROTECTION COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES DES EXPLOITATIONS AGRICOLES
ET ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX
(Creuse)
(3 décembre 2009)

(Étendu par arrêté du 9 septembre 2010,
Journal officiel du 17 décembre 2010)

AVENANT N° 3 DU 22 MARS 2017
À L'ACCORD DU 3 DÉCEMBRE 2009
RELATIF À L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
NOR : AGRS1797223M

Entre

Fédération départementale des syndicats des exploitants agricoles de la Creuse

Jeunes agriculteurs de la Creuse

Syndicat départemental des entrepreneurs de travaux agricoles et ruraux de la Creuse

Fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole de la Creuse

D'une part, et

Syndicat FGTA FO de la Creuse

Syndicat CFTC-Agri de la Creuse

Syndicat national des cadres des entreprises agricoles SNCEA CFE-CGC

Syndicat général agroalimentaire CFDT du Limousin

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015 et de l'avenant n° 5 du 28 septembre 2016 à l'accord national du 10 juin 2008 concernant la protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord départemental du 3 décembre 2009.

Les dispositions légales du 1^{er} janvier 2016 obligeant l'employeur à affilier tous ses salariés dès le premier jour, la parution du décret sur les cas dispenses et le dispositif versement santé du 30 décembre 2015 ont nécessité une adaptation de l'accord départemental.

Comme l'ont fait les partenaires sociaux nationaux dans l'avenant n° 5 du 28 septembre 2016 à l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la

création d'un régime de prévoyance, les partenaires sociaux ont donc voulu rendre applicable dès leur premier jour de contrat le régime collectif obligatoire aux salariés bénéficiaires d'un CDI et d'un CDD d'une durée de plus de 3 mois.

Pour les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, les partenaires sociaux ont décidé de les faire bénéficier du dispositif versement santé, tel que prévu par la loi (décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016).

Ainsi :

- la catégorie des salariés bénéficiaires est reformulée ;
- le tableau des garanties est actualisé pour mise en conformité.

Article 1^{er}

Modification partielle de l'article 4 intitulé « Dispositif frais de santé »

L'article 4.1 « Salariés bénéficiaires » est réécrit ainsi :

« 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), bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois.

Sont 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 ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Pour ces salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé est assurée par le dispositif versement santé tel que défini à l'article 4.7 créé ci-après.

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. »

L'article 4.7 « Dispositif versement santé » est créé et est rédigé ainsi :

« Article 4.7

Dispositif versement santé

Dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi n° 2013-504 du 14 juin 2013 généralisant la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé au plus tard au 1^{er} janvier 2016 et du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, les partenaires sociaux décident de mettre en place le dis-

positif versement santé pour les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, dans les conditions définies ci-après.

Objet

Le dispositif versement santé permet à l'employeur de remplir son obligation de couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Bénéficiaires

Ce dispositif s'applique exclusivement aux salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Conditions

Pour bénéficier du versement santé les salariés doivent justifier auprès de leur employeur du bénéfice d'une couverture individuelle par un contrat de complémentaire santé responsable tel que défini à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et portant sur la période concernée.

Le salarié doit fournir à l'employeur un justificatif (attestation de l'organisme assureur, déclaration sur l'honneur...).

Le salarié ne peut pas cumuler le versement santé avec l'un des dispositifs suivants :

- la couverture maladie universelle – complémentaire (CMU-C) ;
- l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé (ACS) ;
- une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit ;
- ou une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Modalités

Lors de la conclusion du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission, le salarié doit être informé par l'employeur :

- de l'existence du dispositif versement santé ;
- des justificatifs à fournir et du délai de présentation à l'employeur.

Lors de la conclusion du contrat de travail, le salarié doit remettre à l'employeur l'attestation de l'adhésion à une complémentaire santé responsable.

À défaut d'attestation d'adhésion, le salarié doit remettre à l'employeur une copie de l'attestation de la carte de tiers payant santé (ou similaire) et s'engager à transmettre sous 21 jours (ou dans la limite de la date de fin du contrat de travail pour les contrats plus courts) l'attestation de l'assureur de l'adhésion à une complémentaire santé.

Le salarié ne justifiant pas du bénéfice d'un contrat responsable ne pourra pas prétendre au versement santé et ne sera pas couvert au titre de la couverture collective obligatoire.

Calcul du versement santé

Lorsque les conditions du bénéfice du dispositif du versement santé sont remplies, l'employeur doit verser mensuellement au salarié une participation patronale visant à l'aider à financer sa complémentaire santé individuelle, le temps de la durée du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission.

Cette participation patronale correspond à un montant mensuel équivalant à la contribution patronale de la couverture collective et obligatoire de frais de santé majorée de 25 %. En tout état de cause, en application de l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale, le montant de référence ne peut être inférieur à 15 €.

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures mensuelles pour les salariés à temps partiel.

La participation patronale est exonérée de cotisations sociales dans les limites prévues par le code de la sécurité sociale mais entre dans l'assiette CSG CRDS. »

Article 2

*Modification intégrale de l'annexe I intitulée
« Tableau des garanties d'assurance complémentaire santé »*

L'annexe I à l'accord départemental initial est annulée et remplacée.

Elle figure en annexe I du présent avenant.

Article 3

Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Article 4

Date d'effet

Le présent avenant prendra effet le 1^{er} jour du trimestre civil suivant la publication au *Journal officiel* de son arrêté d'extension, et au plus tôt le 1^{er} juillet 2017.

Fait à Guéret, le 22 mars 2017.

(Suivent les signatures.)

Annexe I : Tableau des garanties d'assurance complémentaire santé

	Remboursements en complément de la MSA	
	Niveau 1 Régime conventionnel obligatoire	Niveau 2 Régime facultatif
FRAIS MEDICAUX		
Honoraires praticiens : généralistes, spécialistes, sages-femmes	30% BR	30% BR
Dépassements d'honoraires :		
Médecins adhérents aux DPTM (1) Médecins non adhérents hors DPTM (1)	100% BR 80% BR	200% BR 100% BR
Analyses et examens de laboratoire	40% BR	40% BR
Sages-femmes	30% BR	30% BR
Actes de prévention (2)	De 65% à 30% BR	De 65% à 30% BR
Radiologie, imagerie, électroradiographie	40% BR	40% BR
Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	40% BR	40% BR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, homéopathie, chiropractie, acupuncture	-	23€/séance - limité à 4 séances/an / bénéficiaire
Sevrage tabagique	-	30€/an/bénéficiaire
PHARMACIE		
Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	35% BR	35% BR
Médicaments à service médical rendu "modéré"	70% BR	70% BR
Médicaments à service médical rendu "faible"	85% BR	85% BR
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	40€/an/bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	40€/an/bénéficiaire	40€/an/bénéficiaire
APPAREILLAGE		
Fourniture médicales, pansements, gros et petits appareillage, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	240% BR	440% BR
Prothèses auditives remboursées par le régime de base	390% BR + 200€/an/bénéficiaire cumulable sur 3 ans	390% BR + 350€/an/bénéficiaire cumulable sur 3 ans
HOSPITALISATION (conventionné ou non, y compris psychiatrie)		
Frais de soins et de séjour	20% ou 0% BR	20% ou 0% BR
Honoraires	20% ou 0% BR	20% ou 0% BR
Dépassement d'honoraires :		
Médecins adhérents aux DPTM (1) Médecins non adhérents hors DPTM (1)	400% BR 100% BR	400% BR 100% BR
Forfait journalier hospitalier (3)	100% FR	100% FR
Chambre particulière	52€/j pendant 60 jours puis 25€/jour	78€/j pendant 60 jours puis 25€/jour
Frais accompagnement (enfant de moins de 16 ans, limité à 30j/an)	52€/j	52€/j
MATERNITE (conventionné ou non)		
Frais de soins et de séjour	20% ou 0% BR	20% ou 0% BR
Dépassements d'honoraires :		
Médecins adhérents aux DPTM (1) Médecins non adhérents hors DPTM (1)	200% BR 100% BR	200% BR 100% BR
Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Forfait journalier hospitalier (3)	100% FR	100% FR
Chambre particulière	52€/jour	52€/jour
DIVERS		
Cure thermales : frais balnéaires remboursés par le régime de base (honoraires médicaux, transports, hébergements, surveillance)	35% ou 30% BR	35% ou 30% BR + 150€/an
Transports remboursés par le régime de base	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds (4)	100% FR	100% FR

OPTIQUE		
Equipement verres + monture (5)	Plafond max monture 150€	Plafond max monture 150€
Equipement monture + 2 verres simples (6)	40% BR + 410€	40% BR + 470€
Equipement monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe (6)	40% BR + 410€	40% BR + 550€
Equipement monture + 2 verres complexes ou très complexes, ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe (6)	40% BR + 410€	40% BR + 640€
Lentilles remboursées par le régime de base (par an)	40% BR + 350€	40% BR + 475€
Lentilles non remboursées par le régime de base (par an)	100€/an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire
Chirurgie corrections oculaires	350€/an/bénéficiaire	475€/an/bénéficiaire
DENTAIRE		
Soins dentaires	30% BR	30% BR
Prothèses dentaires remboursées ou non par le régime de base (y compris couronne implanto-portée ; hors Inlays cores et Inlays/Onlays)	140% BR + 350€/an/bénéficiaire	140% BR + 475€/an/bénéficiaire
Actes Inlays Onlays	140% BR + 350€/an/bénéficiaire	140% BR + 475€/an/bénéficiaire
Inlay Cores acceptés par le régime de base	55% BR	55% BR
Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	200€/an/bénéficiaire
Parodontologie (7)	100€/an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	180% BR	280% BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	100€/an/bénéficiaire
ASSISTANCE		
RESEAU DE SOINS	OUI	OUI

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévus à l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale (CAS ou OPTAM/OPTAM-Co) ;

(2) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information à la date du 18/11/2014):

- détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ;
- ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ;
- scellement des sillons avant 14 ans ;
- dépistage Hépatite B ;
- bilan du langage avant 14 ans ;
- dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ;
- vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).

(3) A l'exclusion des établissements médicaux sociaux

(4) forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18€ en 2015). Il est donc dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur à 60).

(5) La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue.

(6) Verres simples : sphère comprise entre -6 +6 dioptries ou/et cylindre <=4 dioptries

Verres complexes :

- verres simple foyer sphère hors zone > -6 ou +6 dioptries ou cylindre > +4 dioptries ;
- verres multifocaux ;
- verres progressifs.

Verres très complexes :

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

(7) Pour les garanties non remboursées par le régime de base, le remboursement complémentaire se limite au forfait en euros.

FR : Frais réels ; PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

BR : base de remboursement s'appliquant aux régimes d'assurances maladie obligatoires français.

Les remboursements régime d'assurance maladie obligatoire + part complémentaire sont limités aux frais réels.

Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire de l'assuré (article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement.

Les remboursements du régime conventionnel et du régime optionnel s'entendent part régime obligatoire non comprise.