

Convention collective
IDCC : 8216. – EXPLOITATIONS VITICOLES
(Champagne délimitée)
(2 juillet 1969)
(Étendue par arrêté du 25 février 1972,
Journal officiel du 19 mars 1972)

AVENANT N° 203 DU 9 MARS 2017

NOR : AGRS1797225M
IDCC : 8216

Entre :

Syndicat général des vignerons de la Champagne, déléguant ses pouvoirs en la circonstance à son
groupement d'employeurs,

D'une part, et

Fédération générale agroalimentaire CFDT de la Marne, de l'Aisne et de l'Aube

Syndicat CFTC agriculture de Champagne-Ardenne

Fédération régionale agroalimentaire CFE-CGC

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Compte tenu :

- de la généralisation de la complémentaire santé de l'article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi ;
- de la fin des clauses de désignation et de migrations suite à la décision du conseil constitutionnel du 13 juin 2013, imposant le principe de la liberté d'entreprendre et la liberté contractuelle des employeurs dans le choix de l'organisme assureur qui couvrira l'ensemble de leurs obligations conventionnelles en matière de protection sociale complémentaire ;
- de la volonté des organisations syndicales et professionnelles d'instituer des garanties collectives poursuivant un objectif social et caractérisées par la mise en œuvre du principe de solidarité et comprenant notamment à cette fin des prestations à caractère non directement contributif ;
- de l'obligation de respecter la couverture minimale de garanties dite « panier de soins ANI » telle que définie par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale ;
- de la nécessité de prendre en compte les plafonds et planchers de garanties du nouveau cahier des charges des contrats dits « responsables » en application des dispositions des articles L. 871-1

et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'à leur circulaire d'application n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 ;

- de la nécessité de prendre en considération les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 : modification de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale – nouvel article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale et leur décret d'application n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 ;
- et afin de prendre en compte les nouvelles dispositions issues des avenants à l'accord national du 10 juin 2008,

de nouvelles négociations ont été engagées afin de réviser l'accord du 8 juillet 2009 et d'assurer une parfaite sécurité juridique au nouveau système de protection sociale complémentaire des salariés non cadres (ci-après dénommé « dispositif » frais de santé).

Article 1^{er}

Révision totale de l'accord du 8 juillet 2009

Le présent avenant constitue un accord de révision au sens des articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Les dispositions des articles 1 jusqu'à 10 ainsi que l'annexe I du présent article 1^{er}, abrogent et remplacent en totalité les termes de l'accord du 8 juillet 2009 sur le régime d'assurance complémentaire santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres des exploitations viticoles de la Champagne délimitée (et ses cinq avenants), tels que définis par ses signataires.

Dès lors, les articles ci-après se substituent à l'intégralité des dispositions consolidées de l'accord du 8 juillet 2009.

« Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord est applicable à l'ensemble des salariés non cadres des exploitations et CUMA viticoles de la Champagne délimitée affiliés au régime agricole de protection sociale.

Dans le champ d'application du présent accord, une entreprise relève du régime d'assurance complémentaire santé dès lors que son siège, défini par rapport aux bâtiments d'exploitation ou au siège social déclaré dans les statuts est situé dans l'une des circonscriptions administratives ci-dessus visées.

Les employeurs relevant actuellement d'une convention ou accord collectif, d'un accord ratifié à la majorité des salariés ou d'une décision unilatérale de l'employeur, comportant des dispositions moins favorables que celles du présent accord, devront appliquer celles du dispositif frais de santé ci-après ou adapter leurs garanties pour répondre aux présentes obligations conventionnelles en matière notamment :

- de garanties minimales obligatoires ;
- de conditions d'accès ;
- de financement minimum de l'employeur.

Article 2

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel* et au plus tôt au 1^{er} juin 2017.

Article 3

Révision et dénonciation

Le présent accord pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2222-5, L. 2222-6 et L. 2261-7 à L. 2261-13 du code du travail.

Il pourra être modifié dans les conditions de l'article L. 2261-7 du code du travail modifié par l'article 17 de la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties mentionnées à cet article, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres parties.

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles représentatives dans le champ d'application de l'accord se réunira alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

Conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de 3 mois.

La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail.

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles représentatives dans le champ d'application de l'accord se réunit alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de 3 mois.

L'accord dénoncé continue donc à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois.

Article 4

Dispositif frais de santé

Article 4.1

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à l'ensemble du personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 *bis* de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention, relevant du champ d'application du présent accord.

En sont exclus :

- les 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 complémentaire santé défini dans la convention précitée ;
- les catégories particulières de salariés (VRP par exemple) ressortissant d'autres dispositions conventionnelles.

En outre, les salariés pourront étendre facultativement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, à leurs ayants droit.

Il est toutefois précisé que, pour les salariés dont la durée du contrat de travail ou du contrat de mission est inférieure ou égale à 3 mois et ceux dont la durée effective de travail prévue par ce

contrat est inférieure ou égale à 15 heures par semaine, l'obligation de couverture prévue par le présent régime et la portabilité prévue par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale sont assurées selon les seules modalités prévues au § III de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.

Ces salariés ne seront donc pas affiliés au contrat collectif souscrit par leur employeur mais devront personnellement souscrire un contrat complémentaire « santé » présentant un caractère « solidaire » et « responsable » portant sur la période concernée.

La justification de l'existence de ce contrat leur permettra, le cas échéant, et s'ils en font la demande à leur employeur dès la date de leur embauche, de bénéficier d'un « versement santé » de leur employeur, dans les conditions et limites définies aux articles D. 911-6 et suivants du code de la sécurité sociale.

Il est, cependant, rappelé que ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice de la CMU-C, de l'ACS, d'une couverture collective et obligatoire y compris en tant qu'ayant droit ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Article 4.2

Définition des ayants droit

Les définitions des ayants droit ci-dessous sont applicables :

- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

- les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
 - âgés de moins de 28 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgés de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé – AAH – (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du salarié nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié à condition d'être à charge du bénéficiaire au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

Article 4.3

Cas de dispenses d'adhésion du dispositif frais de santé

Les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous, ont la possibilité de se dispenser, à leur initiative, de leur obligation d'adhésion prévue par le régime en application des articles L. 911-7 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale :

1° les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale (ACS). La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

2° les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de leur embauche. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

3° les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :

a) dispositif de garanties remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale (complémentaire santé collective et obligatoire) ;

b) dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou 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 (mutuelles des agents de l'État ou des collectivités territoriales) ;

c) contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (contrats d'assurance de groupe dits « Madelin ») ;

d) régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;

e) régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières.

En outre, peuvent demander une dispense d'adhésion, au titre du régime, les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :

1° 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 justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

2° Salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée supérieure à 3 mois et inférieure à 12 mois, à condition de justifier par écrit, en produisant tous documents, d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

3° 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 ;

En cas d'augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, si la cotisation représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé.

Le caractère collectif n'est pas remis en cause lorsque, par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur décide de prendre en charge l'intégralité de la cotisation due dès lors que la situation inverse conduirait le salarié à acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle, au moins égale à 10 % de sa rémunération brute.

Cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise

Pour les couples travaillant dans la même entreprise, un seul des membres du couple peut être affilié en propre, son conjoint pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Si le salarié ne remplit plus les conditions d'adhésion facultative, il doit en informer l'employeur.

La dispense prend fin en cas de modification de la situation du salarié ne lui permettant plus d'en justifier les conditions, en cas de non-renouvellement annuel des justificatifs ou à sa demande ; il doit alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant.

Dans les cas d'exclusion ou de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Article 4.4

Niveau des garanties du dispositif frais de santé

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles signataires du présent accord ont décidé de mettre en place une couverture santé comportant un niveau minimum obligatoire de garanties.

En outre, le salarié a la possibilité d'améliorer le niveau de prestations prévues dans le régime conventionnel obligatoire. Dans ce cas, il peut opter pour une « Formule optionnelle », le différentiel de cotisations afférent à cette amélioration des prestations étant intégralement à sa charge.

La couverture de cette formule optionnelle peut être étendue à tout ou partie de ses ayants droit.

La nature et le montant des prestations de cette couverture sont détaillés en annexe I du présent article 1^{er}.

Les garanties sont exprimées :

- en % de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le bénéficiaire ;
- en fonction du ticket modérateur ;
- ou forfaitairement.

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent dispositif (régime de base de la sécurité sociale, régime local d'Alsace Moselle et garanties complémentaires) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

Article 4.5

Contrat « solidaire » et « responsable »

Le présent dispositif frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits « solidaires » et « responsables », notamment celles posées par les articles L. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'à leur 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 aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾.

(1) Annexes II et III du présent article 1^{er}.

Article 4.6

Portabilité « loi Évin »

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 Évin » 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 7 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, les tarifs applicables aux personnes visées aux alinéas précédents ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret.

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 5

Financement du dispositif frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties 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, le salarié souhaitant garantir ses ayants droit et/ou souscrire à la couverture optionnelle devra assurer la totalité du financement correspondant.

En revanche, si l'employeur, dans le cadre des dispositions de l'acte juridique (défini à l'art. 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 « régime conventionnel », l'employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre (part salariale et patronale).

Article 6

Mise en œuvre du principe de solidarité

Article 6.1

Dispositifs de prévention et d'action sociale

Afin de permettre la mise en place du dispositif de prévention et d'action sociale répondant au principe de solidarité, au titre du dispositif d'assurance complémentaire santé, au moins 1 % de la cotisation de la couverture complémentaire santé sera affectée au financement de ces mesures, lesquelles 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 maladies professionnelles 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 relevant du présent accord, 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 entreprises 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 6.2 et 6.3 ci-après.

Article 6.2

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

L'adhésion des salariés – y compris s'il y a lieu l'adhésion de leurs ayants droit – 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 6.3

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

L'adhésion des salariés – y compris s'il y a lieu l'adhésion de leurs ayants droit – 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 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

Article 7

Portabilité à titre gratuit

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés des employeurs des exploitations et entreprises agricoles, entrant dans le champ d'application du présent accord et couverts collectivement par les garanties frais de santé bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

Article 7.1

Durée/limites

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation de l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- à la date à laquelle l'ancien salarié reprend une activité professionnelle ;
- à la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période du maintien de couverture ;
- dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime d'assurance chômage (notamment en cas de radiation des listes du Pôle emploi) ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale (sauf en cas de cumul chômage-retraite) ;
- en cas de décès de l'ancien salarié.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires en application du dispositif frais de santé prévu par le présent accord aient été ouverts chez le dernier employeur.

Article 7.2

Garanties maintenues

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'exploitation ou l'entreprise agricole.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

L'ancien salarié bénéficie des mêmes droits qu'avant la rupture du contrat de travail, donc des mêmes niveaux de garantie.

La portabilité s'applique, dans les mêmes conditions, le cas échéant, aux ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail de l'intéressé.

Article 7.3

Formalités de déclaration

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur qui met en œuvre la couverture dont il bénéficiait, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent article 7, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après.

L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail du salarié et il informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail de celui-ci.

Pour bénéficier du maintien, l'ancien salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

Article 7.4

Cotisations

Ce dispositif de maintien de couverture est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations. Ainsi les anciens salariés bénéficient de la portabilité sans contrepartie de cotisation. Le coût lié à ce dispositif est intégré à la cotisation des salariés en activité.

Article 8

Maintien de la couverture

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi Évin, les clauses des contrats collectifs d'assurance, permettant à l'employeur de couvrir ses obligations au titre du présent accord, devront prévoir les modalités et les conditions tarifaires selon lesquelles le ou les organismes assureurs, maintiendront cette couverture, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux, au profit de la population concernée, sous réserve qu'ils en fassent la demande, avant la fin du délai de préavis, en cas de résiliation ou non-renouvellement desdits contrats collectifs.

Dès lors, si ledit contrat collectif d'assurance prend fin, quelle que soit la partie qui en a pris l'initiative, il devra prévoir la possibilité pour l'assuré de souscrire individuellement un contrat frais de santé auprès de l'organisme assureur qui avait pris en charge l'assurance de groupe, qui a été résiliée ou non renouvelée.

Article 9

Information des assurés

Les parties rappellent que les employeurs des exploitations et entreprises agricoles sont tenus de remettre à leurs salariés un exemplaire de la notice d'information qui leur sera transmise par l'organisme assureur – auprès duquel ils auront souscrit les garanties au titre du présent accord – laquelle définit, notamment, lesdites garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir, les exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Les salariés des exploitations et entreprises agricoles seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

Article 10

Commission de suivi de l'accord

Afin d'assurer la parfaite sécurité juridique du dispositif de protection sociale complémentaire santé des salariés non cadres relevant du champ d'application du présent accord (compte tenu des possibles évolutions législatives ou réglementaires) et pour suivre l'application dudit accord, les

organisations représentatives des employeurs et des salariés se réunissent en commission mixte, associant la DIRECCTE.

Elle se réunira au moins une fois par an et plus si nécessaire, en vue d'examiner, notamment, les aménagements à apporter aux dispositions du présent accord qui s'avèreraient nécessaires. »

Article 2

Dépôt et publicité

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 l'unité départementale de la Marne 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 Épernay, le 9 mars 2017.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE N° 1 À L'ARTICLE 1ER

Tableau des garanties

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-après s'appliquent sur le montant servant de base (BR) au régime obligatoire de protection sociale français (RO) sauf mention contraire. Le cumul des remboursements du régime obligatoire de protection sociale et de l'organisme assureur ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR). Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (art. L. 160-13 du code de la sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement. Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime obligatoire de protection sociale non comprise.

%DT

Nature des risques	Remboursement complémentaire	
	Régime conventionnel	Formule optionnelle
Frais médicaux		
Consultations, visites, médecins généralistes, spécialistes – adhérent à un DPATM ⁽¹⁾ – non adhérent 0 UN DPTAM (y compris non conventionné)	TM +50 % BR TM +30 % BR	TM +170 % BR TM +100 % BR
Actes de spécialités :		
– médecin adhérent à un DPTAM	TM +170 % BR	TM +170 % BR
– médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	TM +100 % BR	TM +100 % BR
Sages-femmes	TM +10 % BR	TM +150 % BR
Auxiliaire médicaux, soins infirmiers, Massages pédicures, orthophonistes, orthoptistes	TM	TM +160 % BR
Analyses, examens de laboratoire	TM	TM +160 % BR
Radiographie, électroradiologie	TM	TM +170 % BR
– médecin adhérent à un DPTAM		
– médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	TM	TM +100 % BR
Actes de prévention responsable (en fonction du taux de remboursement du RO)	TM	TM
Pharmacie		
Pharmacie remboursée à 65 % - 30 % - 15 % par le RO	100 % TM	
Optique		
Lunette : remboursement d'un équipement complet (composé d'une monture dont la prise en charge est limitée à 150€ et de 2 verres) par période de 2 ans ou par période d'un an pour les personnes assurées de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.		
Verres simples ⁽²⁾		280 €
Verres mixtes simple/complexes ⁽³⁾		310 €
Verres mixtes simple/très complexes ⁽⁴⁾		310 €
Verres complexes		340 €
Verres mixtes complexes/très complexes		340 €
Verres très complexes		340 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO, par personne et par an		TM + 100 €
Dentaire		
Prothèses dentaires remboursées par le RO (et inlays core)	TM + 110 % BR + 300 €/an	TM + 170 % BR + 350 €/an
Soins		
– Hors inlay/onlay	100 % FR	100 % FR
– Inlay/onlay	TM + 70 % BR	TM + 170 % BR
– Orthodontie prise en charge par le RO	TM + 100 % BR	TM + 200 % BR
Appareillage		
Prothèses médicales et orthopédiques (hors audioprothèses) - Frais d'appareillage (hors optique)	TM + 160 % BR	TM + 360 % BR
Prothèses auditives prises en charge ou non par le RO	TM + 360 % BR + 10 % PMSS	

Hospitalisation (secteur conventionné ou non)		
Frais de séjour Honoraires - Actes de chirurgie – médecin adhérent à un DPTAM – médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	100 % TM TM + 150 % BR TM + 100 % BR	TM + 200 % BR TM + 200 % BR TM + 100 % BR
Chambre particulière (y compris maternité) par jour	100 % FR	
Chambre particulière en psychiatrie	25 €/jour	
Forfait hospitalier	100 % FR dès le premier jour	
Frais d’accompagnement (lit + repas) enfant de moins de 15 ans	100 % FR par jour	
Maternité (secteur conventionné ou non) Dans la limite des frais réellement engagés* * pour les honoraires des praticiens non adhérents à un DPTAM, dans la limite de : TM + 100 % BR	crédit d' 1/3 PMSS ⁽⁵⁾ par bénéficiaire/maternité	
Divers		
Cure thermale prise en charge par le RO (honoraires et traitements thermaux)	TM	TM + 170 % BR
Forfait actes lourds	18 €	
Transport pris en charge par le RO	100 % FR	

⁽¹⁾ DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM – Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – OPTAM – CO - Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique). Les mentions relatives aux DPTAM (OPTAM et OPTAM-CO) s'appliquent au contrat d'accès aux soins (CAS) jusqu'à son expiration.

⁽²⁾ verres simples : verres simple foyer dont la sphère de -6 à + 6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries,

⁽³⁾ verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6 à + 6 dioptries et dont le cylindre est supérieur à 4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs,

⁽⁴⁾ verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8 à + 8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4 à + 4 dioptries,

⁽⁵⁾ PMSS : Salaire plafond mensuel de la sécurité sociale soit 3 269 € au 1^{er} janvier 2017. Au 1^{er} janvier 2017, 1% PMSS est égal à 32,69 €

Contrat solidaire et responsable
Couverture complémentaire santé minimale des salariés

Contrat solidaire et responsable

Une complémentaire santé est qualifiée de « solidaire » lorsque s'agissant d'un contrat d'assurance de groupe, l'organisme assureur ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts.

Une complémentaire santé est qualifiée de « responsable » lorsqu'elle répond aux conditions définies par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et les textes publiés pour son application (art. R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale ; les dispositions de ce dernier figurent en annexe III aux présentes conditions générales).

Les complémentaires santé « responsables » doivent :

- prendre en charge l'intégralité du ticket modérateur (exception possible pour certains frais ou actes énumérés à l'annexe III des présentes conditions générales) ;
- lorsqu'elles prévoient la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins :
 - prévoir des montants de remboursement complémentaires inférieurs lorsque le médecin n'adhère pas à l'un des DPTAM définis ci-après.
 - limiter, en tout état de cause, le remboursement des dépassements d'honoraires de ce médecin à un plafond spécifique.
- prendre en charge le forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée ;
- lorsqu'elles prévoient la prise en charge des frais de lunettes (2 verres + 1 monture) au-delà de la base de remboursement retenue par le régime obligatoire :
 - fixer le montant de leur remboursement complémentaire à l'intérieur des planchers et plafonds de garantie (intégrant un remboursement plafonné des montures) et respecter les fréquences de prise en charge de ces frais.

En outre, à compter du 1^{er} janvier 2017, les complémentaires santé « responsables » doivent permettre à la personne assurée de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur leurs prestations, au moins à hauteur de la base de remboursement, pour les frais et actes remboursés par le régime obligatoire.

En revanche, les complémentaires santé « responsables » ne remboursent pas :

- les majorations du ticket modérateur appliquées à titre de sanction par le régime obligatoire de protection sociale, lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgé de 16 ans ou plus :
 - n'a pas choisi de médecin traitant,
- ou
- consulte un médecin hors parcours de soins ;
- tout ou partie des dépassements d'honoraires que certains médecins spécialistes sont autorisés à appliquer pour les consultations et actes réalisés hors parcours de soins coordonnés ;
- la participation forfaitaire, applicable pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin (à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale ainsi que prévu au II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale ;

- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport, ainsi que prévu au III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Couverture complémentaire santé minimale des salariés

Une complémentaire santé satisfait à la couverture complémentaire santé minimale des salariés prévue à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale dès lors qu'elle répond à la définition de « contrat responsable » indiquée ci-dessus.

Elle doit en outre, prévoir des montants de remboursement complémentaires au moins égaux aux montants minimaux mentionnés à l'article D. 911-1 du code précité.

En application de ce dernier article, la couverture complémentaire santé minimale des salariés améliore les remboursements prévus dans le cadre de la législation sur les complémentaires santé responsables par les prises en charge suivantes :

- prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques et des frais de soins d'orthopédie dento-faciale à hauteur au moins de 125 % de la base de remboursement retenue par le Régime obligatoire de protection sociale (remboursement du Régime obligatoire compris) ;
- une prise en charge minimum plus élevée en optique pour certains frais de lunettes, fixée à :
 - 100 € pour un équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6 et + 6 dioptries,
 - ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries ;
 - 150 € pour un équipement comportant un verre décrit ci-dessus et un verre simple foyer dont la sphère est supérieure à – 6 ou + 6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries ou un verre multifocal ou progressif.

Les autres limites relatives au montant minimum des remboursements ou à la fréquence de prise en charge des frais d'optique par l'assurance maladie complémentaire, prévues par la législation sur la couverture complémentaire santé minimale des salariés sont identiques à celles prévues par la législation sur les complémentaires santé responsables.

ANNEXE III

Texte réglementaire

Article R. 871-2 du code de la sécurité sociale

(dans sa version en vigueur au 1^{er} octobre 2016)

Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge :

1° De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 160-5 (ticket modérateur). Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées au 6°, 7°, 10° et 14° du même article ⁽¹⁾ ;

2° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 ⁽²⁾, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

3° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des assurés définie au 1° et dans les conditions suivantes :

a) Au minimum à 50 € et au maximum à 470 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6 et + 6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries ;

b) Au minimum à 125 € et au maximum à 610 € par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;

c) Au minimum à 200 € et au maximum à 750 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6 à + 6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;

d) Au minimum à 125 € et au maximum à 660 € par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f) ;

e) Au minimum à 200 € et au maximum à 800 € par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) ;

f) Au minimum à 200 € et au maximum à 850 € par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8 à + 8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4 à + 4 dioptries.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 €.

(1) Il s'agit respectivement :

- des médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme modéré ;
- des spécialités et préparations homéopathiques prises en charge par les Régimes obligatoires de protection sociale ;
- des frais de soins thermaux dispensés dans un établissement thermal ;
- des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible.

(2) À la notion de contrat d'accès aux soins (CAS) devrait être substituée celle de DPTAM (OPTAM et OPTAM-CO) à compter du 1^{er} janvier 2017.

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 an ;

4° Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée.