

Accord collectif départemental

**ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES DES EXPLOITATIONS
DE POLYCLTURE ET D'ÉLEVAGE
(Seine-Maritime)
(22 septembre 2009)**

(Étendu par arrêté du 8 novembre 2010,
Journal officiel du 17 novembre 2010)

AVENANT N° 4 DU 22 FÉVRIER 2018

NOR : AGRS1897201M

Entre :

Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles de Seine-Maritime FNSEA 76 ;

Fédération départementale des CUMA de Seine-Maritime ;

Fédération nationale des producteurs horticulteurs et pépinières de Haute-Normandie ;

Syndicat des horticulteurs et pépiniéristes de l'Orne,

D'une part, et

Union professionnelle régionale agroalimentaire CFDT ;

Syndicat général agroalimentaire CFDT de l'Orne ;

Union départementale des syndicats CFTC-Agri de Haute-Normandie ;

Union régionale des Syndicat CFTC-Agri de Basse-Normandie ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation, des tabacs et des activités annexes Force Ouvrière FGTA FO de l'Orne ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation, des tabacs et des activités annexes Force Ouvrière FGTA FO ;

Union syndicale régionale agroalimentaire et forestière CGT de Normandie USRAF CGT ;

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC SNCEA,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le présent avenant à l'accord collectif du 22 septembre 2009 fait suite à la volonté des partenaires sociaux de fusionner les régimes complémentaires de santé des salariés non cadres relevant des exploitations de polyculture et d'élevage de Seine-Maritime, des exploitations horticoles et pépinières de Haute-Normandie et des exploitations horticoles et pépinières de l'Orne.

Les parties en présence ont donc convenu d'élargir le champ d'application professionnel à l'accord initial précité.

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015 et 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 régional du 22 septembre 2009.

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

Les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord complémentaire frais de santé du 22 septembre 2009, s'agissant de la mise en œuvre du principe de solidarité et de mutualisation avec le fonds de solidarité national.

Par ailleurs, le tableau de garanties est mis à jour avec des améliorations de prestations.

Article 1^{er}

Le titre de l'accord collectif complémentaire frais de santé initialement intitulé : « Accord complémentaire frais de santé du 22 septembre 2009 concernant les salariés non cadres des exploitations de polyculture et d'élevage de Seine-Maritime, des exploitations horticoles et pépinières de Haute-Normandie » est remplacé par l'intitulé ci-après :

« Accord complémentaire frais de santé du 22 septembre 2009 modifié des salariés non cadres des exploitations de polyculture et d'élevage de Seine-Maritime et des exploitations horticoles et pépinières de Haute-Normandie et des exploitations horticoles et pépinières du département de l'Orne. »

Article 2

L'ensemble des articles de l'accord collectif complémentaire frais de santé du 22 septembre 2009 est remplacé par l'ensemble des articles suivants :

« Article 1^{er}

Champ d'application

Article 1.1

Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable de manière obligatoire à l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des entreprises agricoles relevant des activités agricoles définies ci-après :

- polyculture ;
- élevage ;
- arboriculture ;
- cressiculture ;
- coopératives d'utilisation de matériels agricoles (CUMA) ;
- structures agro-touristiques et activités qui sont dans le prolongement de l'acte de production ou qui ont pour support l'exploitation, telles que définies par le code rural ;
- horticulture ;
- pépinières.

Article 1.2

Champ d'application territorial

Le présent accord régit tous les travaux salariés visés à l'article 1.1, effectués :

- dans les entreprises dont le siège de l'exploitation se trouve dans le département de Seine-Maritime ;
- dans les entreprises horticoles et pépinières dont le siège de l'exploitation se trouve dans le département de l'Eure ;
- dans les entreprises horticoles et pépinières dont le siège de l'exploitation se trouve dans le département de l'Orne.

Article 2

Bénéficiaires

Article 2.1

Les salariés

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé s'appliquent à tous les salariés non cadres 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 à durée déterminée, au titre des activités visées à l'article 1.1.

Sont exclus du bénéfice des garanties 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.

Du fait de l'application du présent accord sans condition d'ancienneté requise à tous les salariés, sauf cas de dispense dûment justifiés les salariés sont affiliés à la garantie santé dès le 1^{er} jour de leur embauche.

Les cotisations seront appelées en conséquence au *pro rata temporis* en fonction de la date d'entrée pour le mois considéré.

Article 2.2

Les dispenses d'affiliation

Par exception aux dispositions de l'article 2 du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion à la garantie complémentaire 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 en contrat à durée déterminée dont la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont il bénéficie en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident est inférieure à 3 mois et justifiant bénéficier d’une couverture dite “responsable”, conformément à l’article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. Ces salariés pourront sous réserve d’en faire la demande expresse à leur employeur bénéficier en contrepartie, du dispositif versement santé tel que prévu par le 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, dans les conditions prévues par lesdites dispositions ;
- 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’État, dans le cadre des dispositions prévues 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 ;
- 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.

La demande d’exclusion doit être notifiée par écrit avant la fin du 1^{er} mois d’embauche.

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d’affiliation, il doit en informer l’employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l’assurance complémentaire frais de santé à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié acquiert le plus d'ancienneté, sauf accord entre les employeurs et le salarié.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse de la part du salarié concerné, qui devra produire chaque année auprès de son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense. En cas de non-renouvellement de la demande d'exclusion et des justificatifs, le salarié cotisera obligatoirement au régime frais de santé, le 1^{er} jour au cours duquel il est affilié.

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

Article 2.3

Offre à adhésion individuelle et facultative

– Extension famille facultative (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont souhaité donner aux salariés la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à leur famille (ayants droit : conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

Dans ce cas, il devra en assurer la totalité du financement.

Les modalités et les conditions d'accès à cette offre facultative sont précisées en annexe II du présent accord.

– Extension famille obligatoire (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont souhaité donner aux entreprises la possibilité d'étendre obligatoirement la couverture frais de santé prévue dans le cadre du présent régime, à titre collectif et obligatoire, aux familles des salariés (ayants droit : conjoint et enfants), dans le cadre des dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

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

– Mise en place de garanties supérieures obligatoires

De même, les partenaires sociaux ont souhaité donner aux entreprises la possibilité de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du dispositif prévu par le présent accord frais de santé ;

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

Les modalités et les conditions d'accès à cette offre facultative sont précisées en annexe II du présent accord.

Article 2.4

Définition des ayants droit

- Le conjoint : personne liée au bénéficiaire par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) 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 bénéficiaire 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 bénéficiaire 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 bénéficiaire, 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 26 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 26 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 bénéficiaire nés "viabiles" moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. 1 justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

Article 3

Garanties

Le présent régime ne couvre à titre obligatoire que le salarié seul.

Toutes les garanties frais de santé du présent accord figurant dans le tableau de l'annexe I du présent accord sont exprimées :

En pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 2 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;

En pourcentage 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 protection sociale dont relève le salarié visé à l'article 2 du présent accord.

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

Des garanties d'assistance sont incluses dans la garantie frais de santé, du même niveau que celles de l'accord national du 10 juin 2008.

Article 4

Financement des garanties frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur afin de couvrir les garanties du présent régime obligatoire frais de santé définies par le présent accord – au titre du seul salarié – est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

- 50 % minimum à la charge de l'employeur ;
- 50 % maximum à la charge du salarié.

En tout état de cause, si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit, il devra en assurer la totalité du financement.

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 d'offrir obligatoirement des garanties supérieures au présent accord, ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale (part salariale et patronale) appelée à ce titre.

Article 5

Tiers payant

Après affiliation de l'assuré auprès de l'organisme assureur, l'organisme gestionnaire délivrera une carte santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention le cas échéant d'une prise en charge hospitalière.

Cette carte santé reste la propriété de l'assureur.

Article 6

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

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 8 "Portabilité", les garanties cessent d'être accordées à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail du salarié.

Toutefois, dans le cadre des dispositions de l'article 4 de loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite "Loi Évin", et à la 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 8 ci-après) ;
- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

En tout état de cause, conformément aux dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi "Évin", le tarif applicable ne pourra être supérieur aux tarifs globaux en vigueur pour les salariés actifs dans les limites fixées par la réglementation.

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.

En cas de changement d'organisme assureur, les contrats individuels souscrits en application de la loi "Évin" antérieurement à la résiliation du présent contrat seront transférés au nouvel assureur à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.

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

Article 7

Maintien des garanties en cas de suspensions du contrat de travail

– En cas de suspensions 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 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation dans l'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.

– En cas de suspensions du contrat de travail 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 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.

Par ailleurs et s'agissant de l'extension famille facultative, les salariés ayant opté pour cette option prévue en annexe II du présent accord continueront de verser la cotisation auprès de l'organisme gestionnaire.

Article 8

Portabilité

Les salariés entrant dans le champ d'application du présent accord et couverts collectivement par les garanties frais de santé bénéficient des dispositions légales sur le maintien du régime frais de santé en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions définies par les textes légaux et ce à compter de la date fixée par la loi. Ces dispositions figurent en annexe III au présent avenant pour information.

Pour bénéficier des prestations, le demandeur d'emploi bénéficiant du maintien des garanties doit fournir l'ensemble des justificatifs demandés au salarié auxquels s'ajoute le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations demandées sont dues.

Article 9

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, selon les mêmes modalités que celles de l'accord national du 10 juin 2008.

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, selon les mêmes modalités que celles de l'accord national du 10 juin 2008, et le présent accord départemental s'inscrit dans le cadre de la participation à la mutualisation du fonds de solidarité institué au niveau national.

Article 10

Commission paritaire de suivi du régime frais de santé

Afin d'assurer la parfaite sécurité juridique du dispositif de protection sociale complémentaire des salariés non cadres en agriculture (compte tenu des possibles évolutions législatives ou réglementaires) et pour suivre l'application du présent accord, les signataires instituent une "commission paritaire de suivi de l'accord".

Cette commission exerce ses fonctions sous le contrôle et sous la direction de la commission paritaire départementale qui reste seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

La commission paritaire de suivi est composée de 2 représentants désignés par chaque organisation syndicale de salariés signataire du présent accord et par un nombre équivalent de représentants des organisations professionnelles d'employeurs signataires.

La présidence est assurée alternativement pour une période de 2 ans par un représentant choisi alternativement dans chaque collège. Le secrétariat est assuré par la FNSEA de Seine-Maritime.

Article 11

Antériorité des régimes d'entreprise

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

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

S'agissant de la comparaison du niveau des prestations pour l'application des garanties minimales obligatoires, lors de concours entre actes juridiques applicables en matière de frais de santé : elle devra s'opérer entre chacune des catégories de garanties desdits actes coexistant, c'est-à-dire ligne à ligne, afin que celles applicables aux exploitations et entreprises agricoles concernées soient au moins aussi favorables que pour celles mises en place au titre du présent accord.

Suite à cette comparaison du niveau des prestations, pour l'application de la garantie minimale obligatoire, le dispositif frais de santé défini par le présent accord ne se cumule pas avec tout autre système de garanties collectives ayant la même cause ou le même objet.

Article 12

Information des salariés

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.

Article 3

Entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet à compter du 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 2018.

Article 4

Dépôt et extension

Le présent avenant 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 demandent, sans délai, l'extension du présent avenant, qui sera déposé à l'unité territoriale de Seine-Maritime de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Normandie.

Fait à Rouen, le 22 février 2018.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

TABLEAU DES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

Les prestations du présent accord respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats responsables : prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier, planchers et plafonds pour les frais d'optiques, plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-CO).

(Voir tableau page suivante.)

Accord polyculture élevage de Seine-Maritime – Horticulture de Haute-Normandie et de l'Orne

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT du régime obligatoire	REMBOURSEMENTS complémentaires	REMBOURSEMENT TOTAL
Frais médicaux			
Honoraires de praticien : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Dépassement d'honoraires :			
Médecin adhérents au contrat d'accès aux DPTM ⁽¹⁾	-	50 % BR	120 % BR
Médecins non adhérents aux DPTM (y compris non conventionnés) ⁽¹⁾	-	30 % BR	100 % BR
Sages femmes	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Analyses, examens de laboratoires	de 60 % BR à 100 % BR	de 0 % BR à 40 % BR	100 % BR
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie ⁽²⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Acte de prévention responsable ⁽³⁾	de 35 % BR à 70 % BR	de 30 % BR à 65 % BR	100 % BR
Autre acte technique ⁽²⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Honoraires de médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	20 €/3 fois/an	20 €/3 fois/an
Pharmacie			
Médicament à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Médicament à service médical rendu « modéré »	30 % BR	70 % BR	100 % BR
Médicament à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 % BR	100 % BR
Optique			
Monture, verres : un équipement tous les 2 ans (à compter de la date d'acquisition) sauf pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue. Maxi 150 € pour la monture.			

Équipement : verres unifocaux ⁽⁴⁾ + monture	60 % BR	365 €	60 % + 365 €
Équipement : verres mixtes ⁽⁴⁾ + monture	60 % BR	450 €	60 % + 450 €
Équipement : verres multifocaux ⁽⁴⁾ + monture	60 % BR	550 €	60 % + 550 €
Lentilles remboursées par le RO	60 % BR	390 % BR + 250 €/an/bénéficiaire	450 % BR + 250 €/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le RO	-	250 €/an/bénéficiaire	250 €/an/bénéficiaire
Dentaire			
Frais de soins	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Honoraires	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Inlay Onlays	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Inlay Cores	70 % BR	55 % BR	125 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO (y compris couronne implantoportée)	70 % BR	140 % BR + crédit 300 €/an/bénéficiaire	210 % BR + crédit 300 €/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le RO	de 70 % BR à 100 % BR	de 200 % BR à 230 % BR	300 % BR
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	de 60 % BR à 100 % BR	de 0 % BR à 40 % BR	100 % BR
Prothèses auditives remboursées par le RO	60 % BR	390 % BR + 175 €/an/bénéficiaire/oreille	450 % BR + 175 €/an/bénéficiaire/oreille
Hospitalisation			
Frais de soins et de séjour	de 80 % BR à 100 % BR	de 0 % BR à 20 % BR	100 % BR
Honoraires			
Dépassements d'honoraires :	de 80 % BR à 100 % BR	de 0 % BR à 20 % BR	100 % BR
Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	-	155 % BR	155 % BR

Médecins non adhérents aux DPTM (y compris non conventionnés) ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière (par jour/an/bénéficiaire)	-	30 €/jour	30 €/jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	-	25 €/jour limité à 60 J/an	25 €/jour limité à 60 J/an
Maternité ⁽⁵⁾	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Forfait journalier	-	FR	FR
Cures thermales			
Frais remboursés par le régime de base :			
honoraires médicaux ⁽¹⁾ , transport, hébergement, surveillance	de 65 % BR à 70 % BR	de 30 % BR à 35 % BR	100 % BR
Divers			
Transport pris en charge par le RO	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait actes lourds ⁽⁶⁾	-	FR	FR

BR = base de remboursement ; PMSS = plafond mensuel de la sécurité sociale ; FR = frais réels.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifiée maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (OPTAM/OPTAM+Co).

(2) Pour les éventuels dépassements, se référer aux dépassements frais médicaux.

(3) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information liste annexée ci-dessous à la date du 18 novembre 2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage de l'hépatite B ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).

(4) Verres unifocaux :

- verres unifocaux simples (catégorie A) : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et/ou dont le cylindre est inférieur ou égal + 4,00 dioptries ;
- verres unifocaux complexes (catégorie C) : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe, 1 verre simple et 1 verre très complexe, 1 verre complexe et 1 verre très complexe.

Verres multifocaux :

- verres multifocaux complexes (catégorie C) et très complexes (catégorie F : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries.

(5) Dans la limite des frais réellement engagés.

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

ANNEXE II

OFFRE À ADHÉSION INDIVIDUELLE ET FACULTATIVE

L'extension famille individuelle et facultative (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à la famille du salarié (conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

L'extension famille (conjoint et enfants) est facultative et est laissée au choix du salarié.

Le taux global de la cotisation mensuelle facultative « extension famille » est à la seule charge du salarié et est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). Le supplément de cotisation représenté par la souscription à cette option demeure entièrement à la charge exclusive du salarié et l'organisme assureur procédera directement à la collecte de la cotisation.

L'extension famille collective et obligatoire (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à la famille du salarié (conjoint et enfants), à titre collectif et obligatoire.

Si l'employeur choisit d'étendre la famille (conjoint et enfants) à titre obligatoire, le taux global de la cotisation mensuelle obligatoire « extension famille » sera réparti à 50 % part employeur et 50 % part salarié, et est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). Le supplément de cotisation représenté par la souscription à cette option sera collecté par la MSA.

La mise en place obligatoire de garanties supérieures au présent accord

Les partenaires sociaux ont souhaité donner aux entreprises la possibilité de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du dispositif prévu par le présent accord.

Si l'employeur choisit de mettre en place à titre obligatoire, des garanties supérieures, le taux global de la cotisation incluant ces garanties supérieures sera réparti à 50 % part employeur et 50 % part salarié, et est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). L'intégralité de la cotisation sera collectée par la MSA.

ANNEXE III

DISPOSITIONS LÉGALES SUR LA PORTABILITÉ (art. L. 911-8 du code de la sécurité sociale)

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, par la complémentaire 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 :

1. 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 du 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 le même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

2. Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.

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

4. Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

5. L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article.

6. L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa. »