

Convention collective

IDCC : **8532 | ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX
(Bretagne)
(13 juin 1991)**

(Étendue par arrêté du 16 décembre 1991,
Journal officiel du 31 décembre 1991)

Avenant n° 65 du 28 juin 2019

NOR : AGRS2097029M

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

Entrepreneurs des territoires, fédération de Bretagne ;

Syndicat des prestataires de services avicoles,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FGA CFTD ;

Union régionale CFTC ;

SNCEA CFE-CGC ;

FNAF CGT ;

FGTA FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

L'article 2.1 est modifié comme suit :

« Article 2.1 | *Bénéficiaires*

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé, s'appliquent à tous les salariés relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC).

Toutefois :

- les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles représentatives au niveau d'un champ d'application territorial ou professionnel plus restreint à celui du présent accord ;
- l'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole.

Pourront, conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, étendre facultativement ou obligatoirement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, aux ayants droit du salarié. »

Article 2

L'article 2.7 est ajouté après l'article 2.6 « Portabilité loi Evin (frais de santé) » :

« Article 2.7 | *Dispositif versement santé*

Conformément à l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015, à titre transitoire jusqu'au 31 décembre 2016, les salariés mentionnés à l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale bénéficieront d'un "versement santé". Le « versement santé » est une somme représentative du financement résultant de l'application des articles L. 911-7 et L. 911-8 du code de la sécurité sociale, et qui vient s'y substituer.

Sont concernés les salariés :

- dont la durée du contrat de travail ou du contrat de mission est inférieure ou égale à trois mois ou ;
- dont la durée effective du travail prévue par ce contrat est inférieure ou égale à 15 heures par semaine.

Ces salariés auront droit au "versement santé" à condition :

- d'être couverts sur la période concernée par un contrat frais de santé "responsable" respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ;
- de ne pas bénéficier par ailleurs d'une couverture complémentaire au titre de l'article L. 861-3, d'une aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé au titre de l'article L. 863-1, 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.

Le montant du "versement santé" est calculé selon les modalités prévues à l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale. Il sert aux salariés concernés à financer un contrat frais de santé "responsable" de leur choix.

Ainsi, les salariés susvisés qui perçoivent le "versement santé" ne bénéficient ni des garanties collectives obligatoires prévues par le présent régime, ni du financement patronal du régime, ni de la portabilité ni de l'article 4 de la loi Evin.

■ 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 € (ou 5 € pour le salarié relevant du régime local d'Alsace-Moselle).

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 3

L'article 2.3 est modifié comme suit :

« Article 2.3 | *Dispenses d'adhésion du dispositif frais de santé*

Par exception aux dispositions du paragraphe 2.1 du présent article et par application des règles relatives à la législation sociale et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion au dispositif frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

Cette possibilité de dispense d'adhésion concernera les salariés qui relèvent de l'une des situations définies ci-après et qui en font la demande expresse écrite auprès de l'employeur en apportant, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze (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 douze (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'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ou de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (voir arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :

- dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d’adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
- régime complémentaire relevant de la caisse d’assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
- régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d’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) ;
- prévue par l’article L. 911-7 en combinaison avec l’article D. 911-8 du code de la sécurité sociale :
 - les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission peuvent se dispenser, à leur initiative, de l’obligation d’affiliation si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident est inférieure à 3 mois et s’ils justifient bénéficier d’une couverture respectant les conditions fixées à l’article L. 871-1. Cette durée de 3 mois s’apprécie à compter de la date de prise d’effet du contrat de travail et sans prise en compte de l’application, le cas échéant, de l’article L. 911-8 ;
 - ces salariés bénéficieront de la part de l’employeur d’un “versement santé” sous réserve de ne pas bénéficier par ailleurs d’une couverture complémentaire au titre de l’article L. 861-3, d’une aide à l’acquisition d’une assurance complémentaire en matière de santé au titre de l’article L. 863-1, 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.

Dans tous les cas, les employeurs 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. »

Article 4

L’article 2.4 est modifié comme suit :

« Article 2.4 | Niveau des garanties du dispositif frais de santé

Toutes les garanties frais de santé du présent article sont exprimées :

- en % de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé au paragraphe 2.1 du présent article ou du ticket modérateur (TM) ;
- en % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Tous les remboursements prévus dans le tableau ci-dessous comprennent les prestations du régime de base de la sécurité sociale dont relève le salarié visé au paragraphe 2.1 du présent article.

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

	Régime obligatoire	Socle RO + Mutualia	Option 1 RO + Mutualia	Option 2 RO + Mutualia
Soins courants				
Honoraires médicaux : consultations				
Généralistes et spécialistes adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	150%	180%	220%
Généralistes et spécialistes non adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO et sages-femmes	70%	130%	160%	200%
Honoraires médicaux : actes techniques				
Généralistes et spécialistes adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	100%	180%	220%
Généralistes et spécialistes non adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO et sages-femmes	70%	100%	160%	200%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...				
Praticiens adhérant à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%	180%	220%
Praticiens n'adhérant pas à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%	160%	200%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	100%	150%	200%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%	150%	200%
Médicaments				
Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%	100%	100%
Médicaments non pris en charge par le RO avec prescription	-	-		
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60%	100%	150%	200%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%	100%	100%
Hospitalisation				
Honoraires médicaux et chirurgicaux				
Praticiens adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	255%	300%	350%
Praticiens non adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%	200%	200%
Forfait journalier hospitalier(1)	-	Frais réels, dans la limite des frais engagés	Frais réels, dans la limite des frais engagés	Frais réels, dans la limite des frais engagés
Frais de séjour	80% à 100%	100%	100%	100%
Chambre particulière avec nuitée	-	40€/j/60jours puis 25€ / jour	55€ / jour	75€ / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (6)(9)	-	2% PMSS / jour	2% PMSS / jour	2% PMSS / jour
Maternité - Dépassement d'honoraires (7)	-	1/3 PMSS / an / maternité	1/3 PMSS / an / maternité	1/3 PMSS / an / maternité
Optique				
Equipements 100% santé(2)(3)	60%	Frais réels, dans la limite des frais engagés	Frais réels, dans la limite des frais engagés	Frais réels, dans la limite des frais engagés
Equipements à tarifs libres(2)(3)				
Monture	60%	455% (dans la limite de 100€)	100 €	100 €
Verres simples	60%	60% + 250€	60% + 275€	60% + 320€
Verres mixtes : 1 verre simple et un verre complexe	60%	60% + 275€	60% + 350€	60% + 450€
Verres complexes	60%	60% + 350€	60% + 500€	60% + 600€
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables)	60%	100% + 100€	100% + 150€	100% + 200€
Autres prestations optiques 100% santé (2)	60%	Frais réels, dans la limite des frais engagés	Frais réels, dans la limite des frais engagés	Frais réels, dans la limite des frais engagés
Autres prestations optiques à tarifs libres (2)	60%	100%	100%	100%
Chirurgie réfractive	-	-	-	300€ / an / œil

Dentaire				
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (2)	70%	Frais réels, dans la limite des frais engagés	Frais réels, dans la limite des frais engagés	Frais réels, dans la limite des frais engagés
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé (2)				
Soins pris en charge par le RO	70%	100%	100%	100%
Inlay onlay pris en charge par le RO	70%	125%	200%	250%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (2)				
Prothèses prises en charge par le RO	70%	210% + 350€ / an	210% + 420€ /an	210% + 550€ / an
Inlay core pris en charge par le RO	70%	125%	150%	200%
Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO	-	-	150 €	300 €
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	250%	300%	350%
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	-	100€ / an	200€ / an
Parodontologie	-	-	80€ / an	100€ / an
Aides auditives				
Equipements 100% santé (2)	60%	Frais réels, dans la limite des frais engagés	Frais réels, dans la limite des frais engagés	Frais réels, dans la limite des frais engagés
Equipements à tarifs libres (2)(4)	60%	455% (dans la limite de 1700€ / oreille)	455% + 200€ (dans la limite de 1700€ / oreille)	455% + 200€ (dans la limite de 1700€ / oreille)
Cures thermales				
Soins, hébergement et transport pris en charge par le RO	65% à 70%	65% à 70%	100%	100% + 150€ / an
Prévention (cf. guide de mise en conformité Mutualia)				
Actes de prévention pris en charge par le RO				
Prévention des caries pour les enfants (5)	70%	100%	100%	100%
Détartrage annuel dentaire (5)				
Ostéodensitométrie (5)				
Dépistage des troubles du langage pour les enfants (5)				
Dépistage de l'hépatite B (5)				
Dépistage auditif (5)				
Autres actions de prévention prises en charge par le RO (5)				
Bien-être (cf. guide de mise en conformité Mutualia)				
Médecines douces : ostéopathe, chiropracte, acupuncture, étio-pathe, sophrologue	-	3 x 30€ / an	3 x 40€ / an	3 x 50€ / an
Vaccins	-	-	20€ / an	40€ / an
Substitut nicotinique (8)	-	-	30€ / an	50€ / an
Assistance et services (cf. notice Mutualia Assistance)				

BR : base de remboursement ; RO : régime obligatoire ; TM : ticket modérateur ; Optam : option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ; Optam-CO : option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique ; HAM : hors Alsace-Moselle ; AM : Alsace-Moselle ; PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale ; SMR : service médical rendu ; PEC : pris en charge.

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'assurance maladie, la BR est le tarif d'autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné).

- (1) Forfait journalier facturé par les établissements de santé, à l'exclusion de celui facturé par les établissements médicaux sociaux, tels que définis réglementairement et repris dans le contrat.
- (2) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par le contrat.
- (3) Équipements composés de 2 verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, tels que définis réglementairement et selon les conditions et modalités de prise en charge prévues dans le contrat.
- (4) Prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues dans le contrat.
- (5) Selon les modalités et conditions prévues au contrat.
- (6) Accompagnement de l'enfant de moins de 16 ans. Prise en charge du lit et des repas.
- (7) Sur présentation de justificatifs.
- (8) Non pris en charge par le RO, avec prescription médicale.
- (9) Prise en charge limitée à 10 jours, ensuite prise en charge à hauteur de 30 €/jour. »

Article 5

L'article 2.5 est modifié comme suit :

« Article 2.5 | Contrat "solidaire" et "responsable" »

Le présent dispositif "Frais de santé" est conforme aux exigences des contrats dits "solidaires" et "responsables", au sens des articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivant du code de la sécurité sociale. Il s'inscrit également dans le cadre de la réforme "100 % santé" issue de l'article 51 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 pour le financement de la sécurité sociale et du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 relatifs au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

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 des paniers de soins ainsi que les planchers, plafonds et conditions de renouvellement de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 et suivants du code de la sécurité sociale. »

Article 6

L'article 2.6 est modifié comme suit :

« Article 2.6 | Portabilité Loi Evin (Frais de santé) »

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 Evin", et sous condition d'avoir bénéficié effectivement du dispositif frais de santé du présent article, 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 six (6) mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas

échéant, dans les six (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 3.4 ci-après) ;

- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze (12) mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois suivant le décès.

Les cotisations concernant les personnes susvisées adhérant dans le cadre de ce dispositif peuvent être supérieures à celles des salariés en activité.

Lorsque l'adhésion au contrat de maintien de garantie dans ce cadre intervient :

- avant le 1^{er} juillet 2017, la majoration ne peut néanmoins excéder 50 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- à compter du 1^{er} juillet 2017, la majoration à la date d'effet du contrat ne peut :
 - la 1^{re} année : être supérieure aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
 - la 2^e année : être supérieure de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
 - la 3^e année : être supérieure de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

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 7

Les taux d'appel de cotisation sont modifiés ainsi qu'il suit :

Tarifs cibles	Socle		Option 1		Option 2	
	% PMSS	Euros	% PMSS	Euros	% PMSS	Euros
Isolé	0,87 %	29,38 €				
Duo	1,61 %	54,37 €				
Famille	2,50 %	84,45 €				
Adulte	0,05 %		0,15 %	5,07 €	0,28 %	9,46 €
Enfant			1,69 €	0,12 %	4,05 €	

Article 8 | Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2020.

Article 9 | Dépôt et extension

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Fait à Loudéac, le 28 juin 2019.

(Suivent les signatures.)