

Accord professionnel

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ SALARIÉS NON CADRES

Avenant n° 7 du 20 mai 2021 (Centre Val de Loire)

NOR : AGRS2297047M

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

Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles FNSEA du Centre Val de Loire ;

Fédération régionale des CUMA Centre Val de Loire FR CUMA Centre Val de Loire ;

Entrepreneurs des territoires EDT du Centre Val de Loire,
d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Fédération générale agroalimentaire FGA CFTD ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture et de l'agroalimentaire FGTA FO ;

Fédération CFTC de l'agriculture CFTC-Agri ;

Fédération nationale agroalimentaire et forestière FNAF CGT ;

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

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Compte tenu de la généralisation de la complémentaire santé introduite par la loi du 14 juin 2013 dite « Loi de sécurisation de l'emploi » et de l'obligation de couverture de tous les salariés pour ce type de risque, les organisations professionnelles et syndicales ont décidé de supprimer la condition d'ancienneté.

En outre, conformément au décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé, et, au décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, les garanties évoluent.

En conséquence l'accord régional est modifié comme suit :

Article 1^{er} | Salariés bénéficiaires

Les trois premiers paragraphes de l'article 3 de l'accord régional « Salariés bénéficiaires » sont remplacés par les dispositions suivantes :

- « Les dispositions du présent accord s'appliquent :
 - à tout salarié non affilié à l'AGIRC quelle que soit son ancienneté ;
 - et relevant du champ d'application du présent accord.
- À l'exclusion :
 - des salariés affiliés à l'Agirc 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 prévoyance défini dans la convention précitée ;
 - des VRP et bûcherons-tâcherons ressortissants d'autres dispositions conventionnelles ».

En conséquence, toute référence à une quelconque ancienneté est supprimée.

Les autres dispositions de l'article 3 de l'accord régional sont inchangées.

Article 2 | Offres à adhésion individuelle et facultative

L'article 5 de l'accord régional est modifié comme suit :

Le premier paragraphe de l'article 5 de l'accord régional « Offres à adhésion individuelle et facultative » intitulé « Salariés non affiliés à l'Agirc n'ayant pas l'ancienneté requise » étant désormais sans objet, est supprimé.

Ce paragraphe supprimé est remplacé par le paragraphe suivant qui prévoit une nouvelle disposition :

- « Entreprise : toute entreprise peut adhérer de façon volontaire à une des options supplémentaires présentées dans le tableau annexé à l'accord (annexe 2) et affilier tous ses salariés en prenant en charge à minima 50 % du coût global de la complémentaire santé. »

L'autre disposition de l'article 5 est inchangée.

L'article 5 *bis* de l'accord régional est remplacé comme suit :

- « Les salariés affiliés à titre obligatoire, par application de l'article 3 du présent accord, peuvent demander à bénéficier à titre facultatif d'une des options supplémentaires présentées dans le tableau annexé à l'accord (annexe 2).
L'option choisie s'applique alors au salarié et à son/ou ses ayant(s) droit.
L'option choisie a vocation à s'appliquer uniformément à l'ensemble des bénéficiaires défini par le salarié pour les garanties de base : salariés et ayants droit.
Une même famille ne peut pas souscrire simultanément aux deux options supplémentaires.
Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription de l'option par le salarié.
La cotisation de ces options supplémentaires est entièrement financée par le salarié. »

Article 3 | Cas particulier du salarié à employeurs multiples

Les dispositions relatives au cas particulier du salarié à employeur multiples mentionnées au sein de l'article 8 de l'accord régional « Financement du dispositif frais de santé » est remplacé comme suit :

« Cas particulier du salarié à employeurs multiples :

Le cas particulier d'un salarié travaillant régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord est régi comme suit :

Pour les garanties collectives complémentaires Frais de santé, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la couverture.

Les signataires décident que cet employeur est celui qui a embauché en premier le salarié, sauf accord exprès écrit entre les employeurs et le salarié.

Par ailleurs, le caractère collectif et obligatoire de la couverture frais de santé ne pourra être considéré comme respecté qu'à la condition que le salarié se dispense d'adhérer, conformément aux modalités décrites à l'article 3 ci-dessus, à la couverture collective mise en place auprès du ou des autres employeurs. »

Article 4 | Garanties

L'annexe 2 de l'accord régional est supprimée et remplacée par celle ci-jointe.

Article 5 | Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur le premier jour du mois qui suit la parution de l'arrêté d'extension au *Journal officiel*.

Il est convenu de solliciter son extension.

Article 6 | Durée de l'accord. Révision. Dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée à compter de sa date d'entrée en vigueur. Il pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions des articles L. 2261-7 à L. 2261-12 du code du travail.

Article 7 | Notification. Dépôt. Extension

Le présent avenant est établi en nombre suffisant d'exemplaires pour sa remise à chacune des organisations signataires et pour l'accomplissement des formalités administratives utiles.

Le présent avenant sera notifié, à l'initiative de la partie la plus diligente, à l'ensemble des organisations représentatives, et fera l'objet des formalités de publicité et dépôt, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Les parties signataires conviennent, à l'initiative de la plus diligente, de demander au ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, l'extension du présent avenant en application des articles L. 2261-15 et suivants du code du travail.



Les partenaires sociaux rappellent que le présent accord ayant vocation à définir les garanties de santé applicables dans le cadre de l'accord régional frais de santé dont doivent bénéficier tous les salariés relevant de cet accord, quel que soit la taille des entreprises concernées, cet accord ne prévoit aucune disposition spécifique en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail concernant les entreprises de moins de 50 salariés.

Fait à Chambray-les-Tours, le 20 mai 2021.

(Suivent les signatures.)

Annexe 2 Garanties

	REGIME SOCLE	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE	
		OPTION 1	OPTION 2
H HOSPITALISATION (1) <small>en établissement conventionné ou non (2)</small>	Frais de séjour	100 % BR	100 % BR
	Honoraires	100 % BR	100 % BR
	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tertiaire mutualisée*	255 % BR	255 % BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tertiaire mutualisée*	200 % BR	200 % BR
	Forfait journalier hospitalier (3)	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
	Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA		
	Chambre particulière (4)		
	Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA		
	Parrainée (hospitalisation)	80 €	80 €
	Par nuitée (matin)	80 €	80 €
DENTAIRE (5) <small>auprès d'un professionnel</small>	Forfait journalier hospitalier (3)	80 €	80 €
	Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA		
	Chambre particulière (4)	80 €	80 €
	Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA		
	Parrainée (psychiatrie)	80 €	80 €
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	80 €	80 €
	Lit d'accompagnement (4)		
	Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA		
	Bénéficiaire dont l'âge est < 4 16 ans - par nuitée	40 €	40 €
	Bénéficiaire en cas de naissance gémellaire	1/3 PMSS	1/3 PMSS
S Soins	Soins et prothèses 100 % Santé**	sans reste à payer (9)	sans reste à payer (9)
	À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du parier dentaire.		
	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR	100 % BR
	Implantologie	210 % BR	370 % BR
	Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA - par acte et par bénéficiaire	200 €	200 €
	Prothèses autres que 100 % Santé		
	Prothèses remboursées	210 % BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 11 % PMSS	370 % BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 15 % PMSS
	Prothèses non remboursées	non couvert	non couvert
	Implantologie	8 % PMSS	10 % PMSS
	Orthodontie (4)	240 €	240 €
S Soins	Implant - par implant et par bénéficiaire	160 €	160 €
	Pilier implantaire - par pilier implantaire et par bénéficiaire	400 % BR	400 % BR
	Remboursement par la Sécurité sociale ou la MSA - par semestre d'intervention et par bénéficiaire	400 €	400 €
	Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire		
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (ventes) - par acte et par bénéficiaire		
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (ventes) - par acte et par bénéficiaire		
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (ventes) - par acte et par bénéficiaire		
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (ventes) - par acte et par bénéficiaire		
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (ventes) - par acte et par bénéficiaire		
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (ventes) - par acte et par bénéficiaire		

Équipement 100 % Santé** (classe A)	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)	sans reste à payer (10)	sans reste à payer (10)	sans reste à payer (10)
 OPTIQUE ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux conditions générales	par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans ***** par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans ***** par verres très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans ***** par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans ***** par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans ***** par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans ***** par verres très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans ***** par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans *****	113,6 € 175 € 200 € 100 € 147,4 € 230,2 € 230,2 € 100 €	134,5 € 175 € 225,0 € 100 € 160,0 € 300,0 € 300,0 € 100 €	150,4 € 183 € 250 € 100 € 160 € 300 € 300 € 100 €
	Lentilles	100 % BR + 100 € par bénéficiaire	100 % BR + 100 € par bénéficiaire	100 % BR + 100 € par bénéficiaire
	Lentilles prescrites, y compris progressives, non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire (7)	100 €	100 €	100 €
	Jusqu'au 31/12/2020 :	115 % BR	165 % BR	265 % BR
	Accessoires et fournitures	non couvert	non couvert	non couvert
	À compter du 01/01/2021 :	non couvert	non couvert	non couvert
	Équipement 100 % Santé** (classe A**)	sans reste à payer (10)	sans reste à payer (10)	sans reste à payer (10)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B**)	115 % BR	122 % BR	122 % BR
	Accessoires et fournitures	115 % BR	165 % BR	265 % BR
		100 % BR	100 % BR	100 % BR
 AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille	Accessoires et fournitures	non couvert	non couvert	non couvert
	À compter du 01/01/2021 :	non couvert	non couvert	non couvert
	Équipement 100 % Santé** (classe A**)	sans reste à payer (10)	sans reste à payer (10)	sans reste à payer (10)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B**)	115 % BR	122 % BR	122 % BR
	Accessoires et fournitures	115 % BR	165 % BR	265 % BR
		100 % BR	100 % BR	100 % BR

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale.

DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire. PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €). MSA = Mutualité Sociale Agricole.

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

***** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale ou de la MSA.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné, la prise en charge est limitée au ticket modérateur.

(3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(5) Hors accord de prise en charge, les prestations sont minorées de 20 % comparées aux prestations versées sur accord de prise en charge. La minoration de 20 % des prestations hors accord de prise en charge préalable ne concerne pas la ligne « Soins dentaires ».

(6) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(7) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(8) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(9) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation

(10) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente