

**REGIME D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE
AU BENEFICE DES SALARIES AGRICOLES NON CADRES DU DEPARTEMENT DE
SAONE-ET-LOIRE**

ACCORD DEPARTEMENTAL DU 28 AVRIL 2009¹

Préambule

Par le biais du présent accord, les partenaires sociaux de l'agriculture du département de Saône-et-Loire ont souhaité mettre en place un régime départemental de protection sociale complémentaire comme le leur permet l'accord national du 10 juin 2008 « sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance ».

Les partenaires sociaux entendent ainsi :

- Permettre aux salariés agricoles non cadres dudit département de bénéficier d'une couverture santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable ;
- Favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche ;
- Conserver la maîtrise du régime au niveau local.

Article 1 - Champ d'application

Sont visés, de manière obligatoire, par le présent régime, l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des exploitations et entreprises de culture et d'élevage de Saône-et-Loire, spécialisées ou non, de quelque nature qu'elles soient, relevant du champ de la Convention collective du 1^{er} janvier 1977.

Article 2 - Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée, il entrera en vigueur à compter du 01^{er} janvier 2010.

Il s'imposera aux employeurs et salariés ressortissant d'entreprises adhérentes aux organisations signataires et à compter de la date de son extension, à l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application et au plus tôt à compter du 1^{er} janvier 2010.

Le présent accord pourra toutefois être appliqué de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissant d'entreprises non adhérentes aux organisations signataires à compter du 01^{er} janvier 2010, si son extension devait intervenir postérieurement à cette date.

¹ Modifié par avenant 127 du 5 novembre 2012, étendu par arrêté du du 19 avril 2013 (JO du 3 mai 2013) Compte tenu des déséquilibres financiers enregistrés par le régime d'assurance complémentaire santé au cours de l'exercice 2011, les partenaires sociaux se sont concertés avec les assureurs gestionnaires de ces régimes afin de convenir des mesures de nature à garantir le retour à l'équilibre et la pérennité de ces régimes.
En vigueur le premier jour du trimestre civil suivant la date de publication de son arrêté d'extension au Journal officiel, soit le **1^{er} juillet 2013**

Les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent accord si les circonstances en démontrent l'utilité.

Le régime établi par le présent accord ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet, notamment l'accord national du 10 juin 2008 précité.

Article 3 - Salariés bénéficiaires

(Modifié par avenant 127 du 5 novembre 2012, étendu sous réserve de l'application de l'accord national portant sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance du 19 juin 2008²)

« Les dispositions du présent accord s'appliquent :

à tout salarié ayant six mois d'ancienneté continue dans l'entreprise, et relevant du champ d'application du présent accord.

Pour les dispositions du présent accord la condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert six mois d'ancienneté.

En sont exclus :

- Les cadres et personnels ressortissants de la Convention Collective du 1er janvier 1977 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC.
- Les catégories particulières de salariés (VRP par exemple) ressortissant d'autres dispositions conventionnelles.
- Les salariés « non cadres » ressortissant d'un régime collectif obligatoire dans les conditions fixées à l'article 6.

Ont par ailleurs la possibilité de solliciter une dispense afin de ne pas souscrire au présent régime, les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :

- Salariés bénéficiant déjà, au jour de l'entrée en vigueur du régime mis en place par le présent accord, en qualité d'ayants-droit, d'une couverture complémentaire santé collective obligatoire, pour un niveau de prestations au moins équivalentes (sous réserve accord national : « prévoyant des avantages supérieurs »).
- Salariés sous contrat à durée déterminée et travailleurs saisonniers, dont la durée du contrat est supérieure à 6 mois, ayant souscrit une couverture frais de santé par ailleurs,
- Salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi, pour un niveau de prestations au moins équivalentes (sous réserve accord national, « prévoyant des avantages supérieurs »).
- Salariés à temps partiel ou en contrat de formation par alternance (notamment les apprentis) pour lesquels le montant de cotisation à leur charge représenterait 10% ou plus de leur rémunération,
- Salariés bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité Sociale, ou bénéficiaires de la CMU-C. Toutefois, cette dispense ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel (si l'intéressé ne peut pas le résilier par anticipation)

Dans le cas d'un salarié employé par plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. Il s'agit du premier employeur auprès duquel le salarié acquiert la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié concernés.

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 les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

Au jour de l'entrée en vigueur du présent accord les salariés concernés doivent faire leur demande d'exclusion par écrit adressée à l'employeur avant la fin du premier mois d'application de l'accord, en joignant les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur de l'accord, la demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition d'ancienneté.

² L'article 2 de l'avenant 127, qui modifie l'article 3 de cet accord élargit les possibilités des cas de dispense.

Parmi elles, il est fait référence à deux reprises, aux salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire « pour un niveau de prestations au moins équivalentes ». Seuls les accords prévoyant des avantages supérieurs (au sens de l'article 7 de l'accord national modifié) peuvent continuer à recevoir application. Par conséquent l'article 2 de cet avenant, venant modifier l'article 3 de la convention, sera étendu sous réserve de l'application de l'accord national.

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 pas dues ni par le salarié ni par l'employeur. »

Article 4 - Garanties

La nature et le montant des prestations attachées au présent régime sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (voir partie « régime conventionnel »).

Les partenaires sociaux ont souhaité que soit proposée à titre facultatif aux salariés la possibilité d'améliorer certaines des prestations prévues dans le régime obligatoire par le biais d'une cotisation supplémentaire (voir partie « option facultative » du tableau annexé).

Le supplément de cotisation représenté par la souscription à cette option demeure entièrement à la charge du salarié.

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié quelque soit son état de santé à la date d'affiliation au régime.

Dès lors que le salarié a un conjoint (1) et/ou un ou des enfants (2), il peut cotiser au taux dit « famille », sachant que la cotisation supplémentaire qui en découle est à sa charge.

(1) Conjoint non séparé de corps, cocontractant d'un PACS ou concubin.

(2) Enfants de moins de 21 ans et bénéficiant du régime social de base du chef du participant, de son conjoint, partenaire ou concubin, enfants de moins de 28 ans lorsqu'ils sont étudiants, apprentis, enfant de moins de 25 ans lorsqu'ils sont demandeurs d'emploi non indemnisés par le Pôle emploi et enfants sans limite d'âge lorsqu'ils sont reconnus invalides.

Dans le cas d'un couple travaillant dans la même entreprise, l'un des deux membres du couple doit être affilié en propre, l'autre pouvant ne l'être qu'en qualité d'ayant droit.

Article 5- Gestion du régime

Pour assurer la gestion du régime d'assurance complémentaire santé défini dans le présent accord et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires ont convenu, après avoir procédé à un appel d'offres, de désigner les Institutions de Prévoyance ANIPS (4-6 avenue d'Alsace – 92033 La Défense Cedex), et AGRI-PREVOYANCE (21 rue de la Bienfaisance - 75008 PARIS), en coassurance à hauteur de 50% chacun, l'ANIPS étant apériteur.

Le choix de l'organisme gestionnaire du régime doit faire l'objet d'un réexamen par les partenaires sociaux selon une périodicité ne pouvant excéder cinq ans.

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans la convention conclue entre les organismes assureurs et les partenaires sociaux signataires.

Article 6- Antériorité des régimes d'assurance complémentaire santé d'entreprise

Les entreprises disposant déjà d'une assurance complémentaire santé au jour de la signature du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 4 pour un niveau de prestations supérieures, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord.

En revanche, les entreprises ayant mis en place, préalablement à la signature du présent accord, un régime d'assurance santé de niveau égal ou inférieur aux garanties définies à l'article 4, doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel départemental à compter de la date de son entrée en vigueur.

Article 7- Cotisations

1. Taux de cotisations et répartition

(Modifié par avenant 127 du 5 novembre 2012, étendu) « Le taux global d'appel des cotisations destinées au financement des prestations définies à l'article 4, est de 1,06% pour le tarif « isolé » et de 3,08% pour le tarif « famille ». Ces taux sont définis en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale et répartis comme suit :

- 35% de la part « isolé » à la charge de l'employeur, soit 0,371%, dans la limite d'un plafond de 12,00€ par mois,
- 65% de la part « isolé » à la charge du salarié, soit 0,689%, à quoi s'ajoute la totalité de la part « famille » le cas échéant, soit une cotisation totale pour le salarié de 2,709% dans ce dernier cas.

Si le salarié souhaite souscrire à l'option facultative prévue à l'article 4, les taux de cotisation sont les suivants :

- 1,39% en tarif « isolé »
- 3,86% en tarif « famille »

Dans tous les cas, la participation de l'employeur demeure égale à 35% de la part « isolé » du régime conventionnel (soit 0,371%), dans la limite d'un plafond de 12,00€ par mois. »

2. Collecte

La collecte des cotisations est confiée par l'organisme désigné à la caisse de MSA compétente sur le territoire concerné selon les termes d'une convention conclue entre eux.

3. Suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation et intervenant après la date d'affiliation au régime, le maintien d'une offre conventionnelle de base sera proposée, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande expresse et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante.

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du présent régime est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- Soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- Soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Les contributions de l'employeur et du salarié, définies au point 1 du présent article, sont maintenues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

4. Rupture du contrat de travail

Dans tous les cas de rupture du contrat de travail, le salarié peut demander le maintien de ses garanties frais de santé issues de l'accord départemental, dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail.

5 – Salariés sous CDD et saisonniers non couvert par l'accord

Pour les saisonniers non couverts par l'accord départemental, une offre conventionnelle de base sera proposée au même tarif que celui de l'accord départemental, sous réserve que l'intéressée en fasse la demande et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante.

Cette adhésion volontaire peut se poursuivre à l'échéance du contrat à durée déterminée.

Article 8- Clause de réexamen - dénonciation

Le régime d'assurance complémentaire santé mis en œuvre par le présent accord fera l'objet d'un réexamen, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date de son entrée en vigueur, pour permettre aux partenaires sociaux signataires d'en revoir, au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les conditions tant en matière de garanties que de financement et de choix de l'organisme assureur.

Le présent accord peut être dénoncé à tout moment par les parties signataires sous réserve d'un préavis de 3 mois. En cas de dénonciation, les partenaires sociaux devront se réunir dans les 6 mois suivants, afin d'étudier les termes d'un éventuel nouvel accord.

En cas de dénonciation, l'organisme assureur concerné maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation.

Article 9 -Accord de gestion spécifique et suivi du régime

Les modalités de mise en œuvre pratique des garanties prévues par le présent accord font l'objet d'un protocole de gestion distinct qui définit entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux, notamment les modalités de suivi du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront par ailleurs une fois par an au moins, et chaque fois que jugé nécessaire à la demande de l'un des collèges (employeurs ou salariés), avec les représentants de l'organisme désigné, afin notamment :

- De faire le point des entreprises et salariés relevant du présent accord.
- De dresser un bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de frais de santé mis en place par l'accord.
- D'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime.
- De vérifier que les objectifs professionnels sont réalisés dans les meilleures conditions.
- De consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés.

Article 10- Dépôt et extension

Le présent accord pourra être dénoncé en respectant un préavis de 3 mois et sauf conclusion d'un nouvel accord, il cessera de produire ses effets après le délai d'un an à compter du terme du préavis.

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

Fait à Mâcon le 28 avril 2009.

TYPES DE GARANTIES	REGIME CONVENTIONNEL	OPTION FACULTATIVE <i>(en gras les points d'amélioration par rapport au régime conventionnel)</i>
FRAIS MEDICAUX :		
✓ Consultation de médecin ou spécialiste	30%	80%
✓ Auxiliaire médical, soins infirmiers	40%	40%
✓ Massages, pédicures, orthophoniste, orthoptiste, sage femme	40%	40%
✓ Analyses, examens de laboratoire	40%	40%
✓ Radiographie, électro radiographie	30%	80%
✓ Actes de prévention responsable	30 à 65%	30 à 65%
✓ Médecine douce (acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie)	15€/consultation dans la limite de 4 / an / famille	23€/consultation dans la limite de 4 / an / famille
PHARMACIE :		
✓ Médicaments remboursables	0 à 85%	0 à 85%
✓ Vaccins prescrits mais non remboursés	25€/an/famille	40€/an/famille
OPTIQUE :		
✓ Soins et honoraires	Cf consultation spécialiste	Cf consultation spécialiste
✓ Verres, montures et lentilles acceptés	390% du TC + crédit de 200€ avec majoration de 75€/an si pas de consommation pendant 2 ans (lentilles acceptées uniquement)	crédit de 300€/an et jusqu'à 500€ si pas de consommation pendant 5 ans (lentilles acceptées ou refusées)
DENTAIRE :		
✓ Soins	30%	30%
✓ Prothèses dentaires acceptées (et Inlays Core)	280% + crédit de 300€/an	340% + crédit de 400€/an
✓ Parodontologie		75€/an
<u>Orthodontie :</u> ✓ Orthodontie acceptée	200%	200%
APPAREILLAGE :		
✓ Prothèse auditive acceptée	390%	390%
✓ Prothèse auditive refusée		150€/an
✓ Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, autres prothèses	0 à 35%	85%
✓ Fauteuil roulant		200€/an
FORFAIT ACTES LOURDS (18€)	100% du forfait	100% du forfait

HOSPITALISATION		
✓ Frais de soins et de séjour (secteur conventionné ou non)	0 à 20%	Frais réels en secteur conventionné et 90% des frais réels en non conventionné
✓ Dépassements d'honoraires	220%	220%
✓ Frais d'accompagnement (lit+repas)	30€/jour (pour enfant moins de 16 ans)	50€/jour limité à 10/an sans limite d'âge
✓ Forfait hospitalier	100% dès le 1 ^{er} jour	Frais réels
✓ Chambre particulière	25€/jour	75€/jour limité à 60 jours/an puis 25€/jour
MATERNITE :		
✓ Dépassement d'honoraires et chambre particulière	Crédit d'1/3 du PMSS/bénéficiaire/maternité	Crédit d'1/3 du PMSS/bénéficiaire/maternité
PSYCHIATRIE :		
✓ Frais de soins et de séjour	Idem hospitalisation	Idem hospitalisation
✓ Dépassement d'honoraires et chambre particulière	Crédit d'1/3 du PMSS/bénéficiaire/an	75€/jour limité à 45 jours/an
CURES THERMALES :		
✓ honoraires de surveillance médicale	30% pour les enfants uniquement	30% + forfait de
✓ Frais de traitement thermaux	35% pour les enfants uniquement	150€/an/bénéficiaire
TRANSPORT :		
	35%	35%

TC : tarif conventionné

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale

Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement aux régimes d'assurances maladie obligatoire français.

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

Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire de l'assuré (article L. 322-2 du code de la sécurité sociale), prévue à 1€ au 01/01/05, ne pourront donner lieu à remboursement.

Les garanties en vigueur sont exprimées en % de la base de remboursement et s'entendent part régime obligatoire non comprise.