Accord régional du 18 février 2009
sur le régime d'assurance complémentaire frais de santé
des salariés agricoles non cadres de Franche Comté

Les organisations professionnelles et syndicales ci-après :

D'une part,

- La Fédération Régionale des Syndicats d'Exploitants Agricoles (FRSEA) de Franche Comté
- La Fédération Régionale des Coopératives d'Utilisation de Matériel Agricole de Franche-Comté
- Le Syndicat Régional des Entreprises de Travaux Agricoles et Forestiers de Franche-Comté

D'autre part,

- L'Union régionale CFDT
- L'Union régionale CFTC
- L'Union régionale CGT
- L'Union régionale CGT FO
- L'Union régionale CFE-CGC

Ont convenu de ce qui suit :

Préambule

Par le biais du présent accord, les partenaires sociaux de l'agriculture de Franche Comté ont souhaité mettre en place un régime régional de protection sociale complémentaire comme le leur permettait 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 de l'agriculture de Franche Comté entendent ainsi :
➢ Permettre aux salariés agricoles non cadres de la région 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.

Le présent accord constituera l'annexe 9 de la convention collective des exploitations agricoles, entreprises de travaux agricoles et forestiers et CUMA de Franche Comté du 01er novembre 1998.

Article 1 - Champ d'application

Le présent accord est applicable à l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des exploitations agricoles et activités connexes de la région Franche Comté, affiliées au régime agricole de protection sociale, énumérées ci-dessous :

- Polyculture et élevage non spécialisé ;
- Elevages spécialisés ;
- Cultures spécialisées à l'exclusion de celles comprises dans le champ d'application de la convention collective régionale de l'horticulture, pépinières, maraîchage, jardineries de Franche Comté ;
- Viticulture ;
- Champignonnières ;
- Entreprises de travaux agricoles et forestiers ruraux ;
- Coopératives d'utilisation du matériel agricole ;
- Activités agro-touristiques rattachées à l'exploitation agricole.

L'appartenance à la région Franche Comté est déterminée par rapport au lieu du siège de l'entreprise et au territoire de la région administrative. Le siège s'entend, selon la nature de l'activité, des bâtiments d'exploitation ou du siège social déclaré dans les statuts.

Article 2 - Entrée en vigueur

Le présent accord entrera en vigueur à compter du 01er jour du trimestre civil suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tard le 01er janvier 2010.
Il s'imposera à compter du 01er janvier 2010, 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.
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 01er janvier 2010, si son extension devait intervenir postérieurement à cette date.

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.

Article 3 - Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent :

- à tout salarié ayant un an d'ancienneté et plus 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 un an d'ancienneté.

En sont exclus :

- Les cadres et personnels ressortissants de la Convention Collective du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de complémentaire santé défini dans la convention précitée.
- Les catégories particulières de salariés (VRP par exemple) ressortissant d'autres dispositions conventionnelles.
- 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 si 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'ayant-droit, d'une couverture complémentaire santé collective obligatoire, pour un niveau de prestations au moins équivalentes ;
- Salariés sous contrat à durée déterminée et travailleurs saisonniers employés dans le cadre d'un contrat de travail de plus de douze mois et ayant souscrit une couverture frais de santé par ailleurs ;
- Salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi ;
- Salariés à temps partiel pour lesquels le montant de cotisation à leur charge représenterait 10% ou plus de leur rémunération ;
- Salariés bénéficiaires de la CMU-C ainsi que ceux bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L 863-1 du Code de la Sécurité Sociale.

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'un an d'ancienneté.
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.

S'agissant des salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté permettant d'accéder au régime mis en place par le présent accord, les partenaires sociaux ont souhaité qu'ils puissent accéder à un régime à adhésion volontaire offrant des prestations identiques à un taux de cotisation identique*. Ce régime est ouvert auprès du même organisme que celui désigné pour le régime obligatoire, il est défini dans la convention de gestion liant cet organisme aux partenaires sociaux. La cotisation qui en résulte est entièrement à la charge du salarié.
**Cette garantie de taux ne vaut toutefois qu'à la date d'entrée en vigueur du régime ; par la suit, la cotisation correspondant au régime facultatif pourra en effet évoluer différemment de celle correspondant au régime obligatoire si les résultats financiers de chacun des régimes le justifient.*

Article 4 - Garanties

La nature et le montant des prestations du régime conventionnel sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (voir partie « régime conventionnel » du tableau).
Le présent régime ne couvre à titre obligatoire que le salarié seul.
Les partenaires sociaux ont toutefois souhaité que deux options soient proposées à titre facultatif aux salariés :

- D'une part, la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime à la famille du salarié (conjoint et enfants) ;
- D'autre part, la possibilité d'améliorer certaines des prestations prévues dans le régime obligatoire (voir partie « option facultative » du tableau annexé).

Le supplément de cotisation représenté par la souscription à l'une, l'autre ou les deux options demeure entièrement à la charge du salarié.

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 l'organisme AGRI PREVOYANCE (21 Rue de la Bienfaisance - 75008 PARIS), membre du groupe AGRICA.
Les modalités et conditions de gestion sont définies dans la convention conclue entre l'organisme assureur 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 régional à compter de la date de son entrée en vigueur.

Article 7- Cotisations

1. Taux de cotisations et répartition

Le taux global d'appel des cotisations destinées au financement des prestations définies à l'article 4, couvrant le salarié seul à titre obligatoire, est de 0,87%. Ce taux est défini en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale et réparti comme suit :

- 25% à la charge de l'employeur, soit un taux de 0,22%, dans la limite de 7,5€ par mois ;
- 75% à la charge du salarié, soit un taux de 0,65%.

En cas de souscription aux extensions de garanties prévues à l'article 4, le supplément de cotisation à la charge du salarié est de :

- Extension des garanties du régime conventionnel à la famille du salarié : + 1,47% ;
- Extension aux garanties de l'option facultative pour le salarié seul : + 0,20% ;
- Extension aux garanties de l'option facultative pour le salarié et sa famille : +2,01%.

Les taux ci-dessus sont applicables pour les exercices 2010, 2011 et 2012 dans le cadre de la réglementation applicable au 1er janvier 2009.

2. Collecte

La collecte des cotisations est confiée par l'organisme désigné aux caisses de MSA compétentes 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, les garanties prévues par le présent accord peuvent continuer à être accordées, 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.

Article 8- Clause de réexamen

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.

En cas de dénonciation du présent accord, 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 défini 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 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 et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions.
- De consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés.

**Soit dans le cadre d'une réunion de la commission mixte, soit dans le cadre d'un groupe paritaire réunissant au moins deux représentants employeurs et deux représentants d'organisations syndicales distinctes et chargé de rendre compte à la commission mixte.*

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 Besançon
Le 18 février 2009

Pour la Fédération Régionale
des Syndicats d'Exploitants Agricoles
(FRSEA) de Franche-Comté

Pour l'Union régionale CFDT

Pour l'Union régionale CFTC

Pour la Fédération Régionale
des Coopératives d'Utilisation
de Matériel Agricole de Franche-Comté

Pour l'Union régionale CGT

Pour le Syndicat Régional
des Entreprises de Travaux Forestiers
de Franche-Comté

Pour l'Union régionale CGT FO

Pour l'Union régionale CFE CGC

Annexe : liste des garanties

Nature des risques	Prestations	
	Régime conventionnel	**Option facultative**
Frais médicaux		
Consultations, visites, médecins ou spécialistes	100% BR + 220% BR 5 X/an	300% BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages femmes	100% BR	100% BR
Analyses, examen de laboratoire	100% BR	100% BR
Radiographie, électroradiologie	100% BR	100% BR
Actes de prévention responsable	100% BR	100% BR
Médecine douce		23€/ consultation 4X/an/ famille
Pharmacie		
Pharmacie sans prise en charge du régime de base	100% BR	100% BR
Vaccins sans prise en charge du régime de base		40€/an/famille 40€/an/famille
Optique		
Montures, verres, lentilles, prise en charge acceptée	455% BR + 210€/an	455% BR + forfait 350€/an
Dentaire		
Soins	170% BR	170% BR
Prothèses dentaires	250% BR +300€/an	410% + 300€/an
Inlays core		170% BR
Forfait parodontologie		100€/an
Forfait implantologie		200% BR
Orthodontie acceptée	300% BR	350% BR
Appareillage		
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses	100% BR	465% BR
Prothèses auditives	455% BR	455% BR + 350€ /an/oreille
Hospitalisation (secteur conventionné ou non)		
Frais de soins et séjour	100% BR	100% BR
Dépassements d'honoraires	220% BR	480 à 500% BR
Chambre particulière	25€/jour	78€/jour 60 jrs/an
Forfait hospitalier	100% dès le 1er jr	Frais réels
Frais de lit d'accompagnant		52€/jr 30 jrs/an

Nature des risques	Prestations	
	Régime conventionnel	**Option facultative**
<u>Maternité (secteur conventionné ou non)</u> Frais de soins et séjours Dépassements d'honoraires Chambre particulière	100% BR 1/3 PMSS/BENEFICIAIRE /MATERNITE	100% BR 300% BR 52€/jour
<u>Psychiatrie</u> Frais de soins et séjours Dépassements d'honoraires Forfait hospitalier	100% BR + 1/3 PMSS /BENEFICIAIRE/AN	100% BR 300% BR Frais réels 30 jrs/an
<u>Polyvalent</u> Forfait (18 € pour actes lourds >91€) Transport sur prescription Cure thermale acceptée	18€	18€ Frais réels 100% BR + 150€/an

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 (BR) et s'entendent part régime obligatoire non comprise.