CartoAgri, accord territorial

Frais de santé des non-cadres, Hérault (accord du 9 juillet 2009), Hérault (34)

Accord consolidé et avenants en vigueur dans ce département

Texte	Accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé des salariés agricoles non cadres de l'Hérault
État	En vigueur, étendu
Départements	Hérault (34)
Textes en vigueur	14
Légifrance	https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000052082235

Version consolidée au 28 octobre 2026. Document de travail établi automatiquement par DIS21 (CartoAgri) à partir de la base officielle KALI de la DILA, mise à jour du 22 octobre 2026, sous licence ouverte : les articles en vigueur à cette date y sont reproduits dans l'ordre du texte. Seul le texte publié au Bulletin officiel et sur Légifrance fait foi ; ce document ne constitue pas un conseil juridique. Carte et mises à jour : https://www.cartoagri.fr/

Sommaire

Accord et avenants en vigueur : Hérault (34) 14 textes

Les accords territoriaux complètent ou adaptent la convention nationale pour ce département ; en cas de doute, reportez-vous aux textes officiels.

Accord et avenants en vigueur : Hérault (34)

Accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé des salariés agricoles non cadres de l'Hérault

9 juillet 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2010 Légifrance PDF officiel du BO n°2010-1

Par le présent accord, les partenaires sociaux de l'agriculture du département de l'Hérault ont souhaité mettre en place un régime de protection sociale complémentaire santé comme le leur permet l'accord national du 10 juin 2008 relatif à 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 de bénéficier d'une couverture santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable afin notamment de :
- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche ;
- conserver la maîtrise du régime au niveau local.

Le présent accord est un accord autonome de la convention collective des exploitations agricoles de l'Hérault du 28 février 1952.

Article 1 Champ d'application

Article 1.1 Champ d'application professionnel

Sont visés, de manière obligatoire, par le présent régime, l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres, y compris les apprentis, des exploitations viticoles, des exploitations productrices de raisins de table, des exploitations arboricoles, des exploitations de polyculture, des exploitations d'élevage, des exploitations de maraîchage, des exploitations horticoles et des pépinières et des CUMA ainsi que dans les établissements de toute nature dirigés par les exploitants agricoles en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles, lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production ou dans les structures d'accueil touristique qui ont pour support l'exploitation, et cela quelles que soient les formes juridiques adoptées, dans la mesure où ils sont affiliés à la caisse de MSA dont relève cet accord.

Article 1.2 Champ d'application territorial

La présente convention a pour objet de déterminer les conditions de couverture santé dans des entreprises visées à l'article 1.1 sises dans le département de l'Hérault.

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant la date de parution de son arrêté d'extension.

Article 3 Salariés bénéficiaires

1. Définition des salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé, s'appliquent à tous les salariés de la production agricole ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois.

Sont donc exclus du dispositif frais de santé :
- les salariés de la production agricole relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et techniciens, agents de maîtrise et cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini par 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 ;
- les salariés tels que définis ci-dessus bénéficiaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires, d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Pour ces salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement frais de santé est assurée par le dispositif versement santé tel que défini à l'article 10.2 du présent accord.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au 1er jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 3 mois d'ancienneté.

Cette condition d'ancienneté est ramenée à 6 mois au titre du contrat de travail en cours à compter du 1er juillet 2013. En conséquence, à compter de cette date, toute référence à l'exigence d'ancienneté d'au moins 1 an au sein du présent accord est ramenée à 6 mois.

Les entreprises peuvent prévoir une condition d'ancienneté moindre, selon l'une des modalités prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

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 l'ancienneté requise.

Possibilité de transfert

Les salariés souhaitant bénéficier de cette disposition doivent en faire la demande écrite formelle au nouvel employeur.

Tous les salariés dont l'ancienneté est inférieure à 1 an auront la faculté d'adhérer de manière volontaire au régime d'assurance décrit à l'article 4. Dans ce cas, les cotisations seront intégralement à sa charge.

Cas d'exclusion

En sont exclus :
- les cadres et personnels ressortissant à la convention collective nationale 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 à d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés non cadres ressortissant à un accord collectif d'entreprise dans les conditions fixées à l'article 6 du présent accord.

Dispense d'affiliation

Ont par ailleurs la possibilité de solliciter une dispense d'affiliation afin de ne pas souscrire au présent régime les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :
- les nouveaux salariés bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau au moins équivalent.
Cette exclusion prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié. En cas d'exclusion, les cotisations correspondantes ne sont pas dues, ni par le salarié ni par l'employeur ;
- les bénéficiaires de la CMU-C ainsi que de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément ;
- les salariés à temps partiel ayant 6 mois d'ancienneté et plus dès lors que leur cotisation complémentaire santé est égale ou supérieure à 10 % de leur rémunération ;
- les salariés en contrat à durée déterminée y compris les apprentis, ayant 6 mois d'ancienneté et moins de 12 mois d'ancienneté.

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 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 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, 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'Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat 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.

Article 3.1 Contrat “ solidaire ” et “ responsable ”

Le présent dispositif frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits “ solidaires ” et “ responsables ”, notamment celles posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales *et de sa circulaire d'application n° DSS/ SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015* (1).

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 (notamment les planchers et plafonds de prise en charge) mentionnées à l'article L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

(1) Au lieu des mots « et de sa circulaire d'application n° DSS/ SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015. », lire les mots « et de sa circulaire d'application n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/2015/30 du 30 janvier 2015. »
(Arrêté du 7 février 2017 - art. 1)

Article 4 Garanties

1. Socle obligatoire

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul. Toutefois, les partenaires sociaux ont souhaité que l'organisme assureur propose à celui-ci à titre facultatif la possibilité de couvrir tout ou partie des membres de sa famille et d'améliorer certaines des prestations prévues dans le régime obligatoire.

Ces options facultatives sont définies dans la convention de gestion entre les partenaires sociaux et l'assureur.

Le présent régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime social de base, dans la limite des frais réels.

La nature et le montant des prestations attachées au présent régime sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (voir annexe I “ tableau garanties complémentaires santé ”).

Ainsi, le présent régime ne rembourse ni les pénalités mises à la charge de l'assuré notamment en cas de non-respect du parcours de soins ni la participation forfaitaire et la franchise respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale. (1)

En tout état de cause, les garanties du présent régime seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits “ responsables ”.

Ces remboursements s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits “ responsables ” celles posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales et de sa circulaire d'application n° DSS/ SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015.

2. Clés de lecture du tableau de garanties joint en annexe

Toutes les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :
- en % de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 4.1 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en % 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 la sécurité sociale dont relève le salarié.

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.

En tout état de cause, la couverture frais de santé dont bénéficient les salariés ne saurait être moins favorable aux garanties définies dans le présent accord.

La nature et le montant des prestations de la couverture socle sont détaillés dans le tableau en annexe I du présent accord.

(1) Le 6e alinéa de l'article 4 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 7 février 2017 - art. 1)

Article 5 Adhésion obligatoire

L'entreprise recevra sa notification d'adhésion d'office.

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés à l'article 3, auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 7, par la signature d'un bulletin d'affiliation.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime.

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 supérieur 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 complémentaire santé de niveau égal ou inférieur aux garanties définies à l'article 4 doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel ainsi défini, à compter de la date de son entrée en vigueur.

Pour déterminer si le régime complémentaire de l'entreprise est supérieur à celui mis en place par le présent accord, les critères à retenir sont ceux définis dans l'accord national du 10 juin 2008 (avenant n° 1 du 6 janvier 2009).

Article 7 Gestion du régime

Pour assurer le 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 recommander une co-assurance entre EOVI Mutuelle (25, route de Montfavet, 84000 Avignon) et ADREA Mutuelle (104, avenue du Maréchal-de-Saxe, 69003 Lyon), à hauteur respectivement de 50 % et 50 %.

EOVI Mutuelle est désignée comme étant l'apériteur du régime.

Cette recommandation a notamment pour objectifs :
- de permettre aux salariés cotisants de bénéficier de l'action sociale mise en place par ces mutuelles ;
- d'organiser le maintien des prestations pendant les périodes de suspension des contrats de travail des salariés bénéficiaires ;
- d'organiser la mise en place de la portabilité ;
- de bénéficier de la possibilité d'accès à un réseau tarifaire préférentiel ;
- de permettre aux salariés cotisants de bénéficier d'un bouquet de services liés à la prévention de leur santé.

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans le protocole de gestion conclu entre les organismes assureurs et les partenaires sociaux signataires.

Article 8 Cotisations

Le présent accord relève des articles L. 871-1 du code de la sécurité sociale et L. 741-10 du code rural.

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du présent accord.

Les cotisations pourront être revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie à cette occasion.

Article 8.1 Taux de cotisations et répartition

La cotisation mensuelle du présent régime de base est d'un montant de 40,75 €.

Article 8.2 Appel et recouvrement

L'appel et le recouvrement de l'ensemble des cotisations sont confiés par l'organisme désigné à la caisse de mutualité sociale agricole (MSA) compétente sur le territoire.

Ainsi, pour les salariés affiliés obligatoirement, la MSA répercutera cet appel de cotisations auprès des employeurs. Pour les salariés affiliés sur option facultative, les ayants droit de tous les salariés et pour les salariés pouvant bénéficier du régime après rupture de leur contrat de travail, l'appel et le recouvrement des cotisations seront confiés aux organismes assureurs.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées. L'organisme gestionnaire des cotisations, en application de l'article L. 932-9 du code de sécurité sociale, procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

Article 8.3 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 présente couverture. Les signataires décident que cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties collectives du présent accord, sauf accord express 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 dans le paragraphe dispense ci-dessus, à la couverture collective mise en place auprès du ou des autres employeurs à compter de l'acquisition de la condition d'ancienneté requise pour le bénéfice du dispositif.

Article 9 Règlement des prestations

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans la convention de gestion et la notice d'information remise aux salariés.

Article 10 Cessation des garanties

L'adhésion des salariés du régime obligatoire à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les trois premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour 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.

Les salariés visés sont ceux prévus à l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Portabilité

Les salariés bénéficient des dispositions légales sur le maintien des garanties de protection sociale complémentaire 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 pour information en annexe à l'avenant n° 2 du 26 novembre 2013.

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.

Le taux de cotisation lié à cette garantie de portabilité de 0,04 % du PMSS est inclus dans la cotisation définie au 2e alinéa de l'article 8.1.

Article 10.1 Portabilité loi Evin

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 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 conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ;
- 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 l'article 1er du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables aux personnes visées aux alinéas précédents ne peuvent pas être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux correspondant à la part finançant la couverture du salarié actif.

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 10.2 Dispositif versement santé

Dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi n° 2013-504 du 14 juin 2013 généralisant la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé au plus tard au 1er janvier 2016, et du 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, les partenaires sociaux décident de mettre en place le dispositif versement santé pour les salariés titulaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires, d'un contrat de travail à durée déterminée, ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, dans les conditions définies ci-après.

Objet :

Le dispositif versement santé permet à l'employeur de remplir son obligation de couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée hebdomadaire inférieure à 15 heures, d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Bénéficiaires :

Ce dispositif s'applique exclusivement aux salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois ou d'un contrat à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires.

Conditions :

Pour bénéficier du versement santé les salariés doivent justifier auprès de leur employeur du bénéfice d'une couverture individuelle par un contrat de complémentaire santé responsable tel que défini à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et portant sur la période concernée.

Le salarié doit fournir à l'employeur un justificatif (attestation de l'organisme assureur, déclaration sur l'honneur …).

Le salarié ne peut pas cumuler le versement santé avec l'un des dispositifs suivants :
- la couverture maladie universelle, complémentaire (CMU-C) ;
- l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé (ACS) ;
- une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit ;
- ou une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Modalités :

Lors de la conclusion du contrat de travail à temps partiel, 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 €. (1)

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures travaillées au cours du mois.

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.

(1) Le montant mentionné à l'alinéa 23 de l'article 10.2 est étendu sous réserve de l'arrêté du 20 avril 2017 susvisé qui a revalorisé, pour 2017, à 15,26 € le versement mentionné à l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.

(Arrêté du 25 janvier 2018 - art. 1)

Article 11 Suspension du contrat de travail

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 continuent à être versées normalement pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Suspension du contrat pour un motif non lié à une maladie ou à un accident

En cas de suspension du contrat de travail pour 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, le salarié bénéficie des garanties complémentaires frais de santé pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation.

Après cette période il peut pendant la période de suspension restant à courir demander à l'organisme assureur dont il relève à titre individuel à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé en acquittant directement la cotisation globale.

L'employeur doit informer l'organisme assureur compétent de la suspension du contrat et de la durée de la suspension du contrat au début de celle-ci.

Suspension du contrat pour maladie, accident (toutes origines) ou pour maternité

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité pris en charge par la MSA et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues en cas de décès et incapacité permanente professionnelle et complémentaire frais de santé sont maintenues sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence. Si l'absence est inférieure à 1 mois la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

Article 12 Clause de réexamen. - Dénonciation

Le régime d'assurance complémentaire santé mis en oeuvre 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 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 de 1 an à compter du terme du préavis.

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.

Article 13 Accord de gestion spécifique et suivi du régime

Les modalités de mise en oeuvre 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 et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions ;

- de consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés.

Article 14 Dépôt et extension

Le présent accord 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 ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent accord.

Annexe I

Tableau des garanties (1)

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives.)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20250014 _ 0000 _ 0064. pdf/ BOCC

(1) Les mots « offre de prévention d'AESIO mutuelle » ; « Accès au fonds de solidarité AESIO Mutuelle » ; « de la Mutuelle » et « pour plus de détails sur les D.P.T.M en vigueur : voir annexe du contrat « qu'est-ce qu'une garantie responsable » sont exclus de l'extension en tant qu'ils contreviennent aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 21 mai 2025 - art. 1)

Avenant n° 1 du 3 décembre 2012 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Hérault)

3 décembre 2012, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2013 Légifrance PDF officiel du BO n°2013-27

Préambule

Dans le cadre de la mise en conformité de l'accord départemental du 9 juillet 2009 au décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012, il a été décidé de ramener la condition d'ancienneté, pour bénéficier de la complémentaire santé, à 6 mois, à compter du 1er juillet 2013.

Dans ce contexte, les parties signataires ont également décidé de désigner un nouvel organisme assureur, d'améliorer les garanties et de réviser les cotisations en conséquence.

Article 1er Champ d'application

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des entreprises et des salariés non cadres relevant de l'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres de l'Hérault ne relevant ni de la convention collective nationale du 2 avril 1952, ni des articles 4 et 4 bis ou 36 de la convention collective nationale du 14 mars 1947.

Article 2 Modifications

L'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres de l'Hérault est modifié comme suit à compter du 1er janvier 2013.

1. Après le premier alinéa de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » sont insérées les dispositions suivantes :
« Cette condition d'ancienneté est ramenée à 6 mois au titre du contrat de travail en cours à compter du 1er juillet 2013. En conséquence, à compter de cette date, toute référence à l'exigence d'ancienneté d'au moins 1 an au sein du présent accord est ramenée à 6 mois.
Les entreprises peuvent prévoir une condition d'ancienneté moindre, selon l'une des modalités prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale. »

2. L'article 7 « Gestion du régime » est modifié comme suit :
« Pour assurer le régime d'assurance complémentaire santé ainsi que la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires ont convenu, après avoir procédé à un appel d'offres, de désigner comme organisme assureur : CRIA Prévoyance, 139-147, rue Paul Vaillant-Couturier, 92240 Malakoff.
Les modalités et conditions de gestion sont définies dans le protocole de gestion conclu entre la CRIA Prévoyance et les partenaires sociaux signataires. »

3. L'article 8.1 « Taux de cotisations et répartition » est modifié comme suit :
« La cotisation mensuelle du présent régime est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).
Le taux global d'appel des cotisations destinées au financement des prestations définies à l'article 4 est de 0,99 % du PMSS pour le salarié seul assuré à titre obligatoire.
Ces pourcentages sont applicables pour les années 2013,2014 et 2015, sauf en cas de modification des dispositions législatives ou de la réglementation de la sécurité sociale.
Ce taux est réparti comme suit :
- 30 % à la charge de l'employeur, dans la limite d'un montant de 11 € par mois ;
- le solde, soit 70 %, à la charge du salarié.
Les taux de cotisations des options facultatives auxquelles peuvent souscrire les salariés sont détaillés en annexe II. »

4. L'article 10 « Cessation des garanties » est modifié comme suit :
« Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'issue d'un délai de 3 mois après la fin du mois au cours duquel le contrat de travail a pris fin. Pendant ces 3 mois la garantie est accordée sans versement de cotisations, son coût étant mutualisé.
Au-delà de ces 3 mois de maintien des garanties sans versement, les salariés cessant leur activité ont la possibilité de demander auprès de l'institution de prévoyance, dans les conditions définies par l'organisme précité, le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve d'en faire la demande au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail. Dans ce cadre, l'institution de prévoyance procédera au recouvrement de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés, sans que celle-ci dépasse de plus de 50 % la cotisation des actifs.
Les salariés visés sont ceux prévus à l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989. »

5. Le second paragraphe de l'article 11 « Suspension du contrat de travail » est modifié comme suit :
« En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire par l'employeur ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, intervenant après la date d'affiliation au régime, la couverture sera maintenue sans versement de cotisation aux salariés concernés pour une durée de 3 mois.
Au-delà de ces 3 mois, ces salariés ont la possibilité de demander auprès de l'institution de prévoyance, le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande expresse et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante. »

6. Le tableau des garanties de l'annexe I est modifié comme suit.

Désignation des actes	**Remboursement régime de base (sécurité sociale ou MSA)**	**Remboursement régime complémentaire obligatoire de base CRIA**	**Total Remboursement MSA + CRIA**
Frais médicaux			
Consultations, visites de médecin	70 % de la BR	60 % de la BR	130 % de la BR
Consultations, visites de spécialiste	70 % de la BR	100 % de la BR	170 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Actes de prévention responsable	35 % à 70 % de la BR	30 % à 65 % de la BR	100 % de la BR

Pharmacie			
Pharmacie prise en charge par la MSA	15 % à 65 % de la BR	35 % à 85 % de la BR	100 % de la BR
Frais d'optique			
Verres, montures, lentilles (y compris jetables) prises en charge ou non par la MSA	60 % de la BR	395 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 7 % du PMSS	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 7 % du PMSS
Frais dentaires			
Soins et honoraires	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par la MSA, y compris inlays core	70 % de la BR	330 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 4 % du PMSS	400 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 4 % du PMSS
Orthodontie prise en charge par la MSA	70 % à 100 % de la BR	150 % de la BR	220 % à 250 % de la BR
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, grands et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf auditives	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Prothèses auditives prises en charge par la MSA	60 % de la BR	395 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €
Forfait actes lourds			
Participation de 18 €	–	Pris en charge	Pris en charge
Hospitalisation (hors maternité, séjour en maison de repos, frais de placement en long séjour ou en cure médicale), y compris psychiatrie (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	80 % à 100 % de la BR	0 à 20 % de la BR	100 % de la BR
Dépassements d'honoraires encadrés sur les actes techniques des médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation ayant adhéré à l'option de coordination (art. R. 871-2 (I, 4°) du code de la sécurité sociale)	–	220 % de la BR	220 % de la BR
Chambre particulière	–	52 € par jour	52 € par jour
Forfait lit et repas d'accompagnement pour un enfant à charge de moins de 16 ans bénéficiaire du régime	–	30 € par jour	30 € par jour
Forfait hospitalier	–	100 %	100 %
Forfaits			
Maternité :			
– frais de soins et séjour	100 % de la BR	–	100 % de la BR
– dépassements d'honoraires	–	Forfait égal à 1/3 du PMSS	Forfait égal à 1/3 du PMSS
Cures thermales	65 % à 100 % de la BR	0 à 35 % de la BR	100 % de la BR
Frais de transport pris en charge par la MSA	65 % à 100 % de la BR	0 à 35 % de la BR	100 % de la BR
Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA). BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou SS). TFR : tarif forfaitaire de responsabilité. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.			

7. L'annexe II est modifiée comme suit :

7.1. Le 1.2 « Montant des cotisations » du 1 « L'extension familiale (conjoint et/ ou enfant) » est modifié comme suit :
« Tarif “ conjoint ” : 1,02 % du plafond mensuel de la sécurité sociale ;
Tarif “ Enfant à charge *(1)* ” : 0,72 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

7.2. Le tableau des garanties complémentaires facultatives est modifié comme suit :

Désignation des actes	**Remboursement régime de base (sécurité sociale ou MSA)**	**Remboursement régime complémentaire obligatoire de base CRIA + Optionnel**	**Total remboursement MSA + CRIA**
Frais médicaux			
Consultations, visites de médecin	70 % de la BR	60 % de la BR	130 % de la BR
Consultations, visites de spécialiste	70 % de la BR	100 % de la BR	170 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Massages, pédicures, orthophonistes, ortho-ptistes, sages-femmes	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Actes de prévention responsable	35 % à 70 % de la BR	30 % à 65 % de la BR	100 % de la BR
Pharmacie			
Pharmacie prise en charge par la MSA	15 % à 65 % de la BR	35 % à 85 % de la BR	100 % de la BR
Frais d'optique			
Verres, montures, lentilles (y compris jetables) prises en charge ou non par la MSA	60 % de la BR	395 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 7 % du PMSS	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 7 % du PMSS
Frais dentaires			
Soins et honoraires	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par la MSA, y compris inlays core	70 % de la BR	330 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 300 €	400 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 300 € (1)
Orthodontie prise en charge par la MSA pour les enfants de moins de 20 ans bénéficiaires du régime	70 % à 100 % de la BR	250 % de la BR	320 % à 350 % de la BR (1)
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, grands et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf auditives	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Prothèses auditives prises en charge par la MSA	60 % de la BR	395 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €
Forfait actes lourds			
Participation de 18 €	–	Pris en charge	Pris en charge
Hospitalisation (hors maternité, séjour en maison de repos, frais de placement en long séjour ou en cure médicale), y compris psychiatrie (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	80 % à 100 % de la BR	0 à 20 % de la BR	100 % de la BR

Dépassements d'honoraires encadrés sur les actes techniques des médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation ayant adhéré à l'option de coordination (art. R. 871-2 (I, 4°) du code de la sécurité sociale)	–	220 % de la BR	220 % de la BR
Chambre particulière	–	52 € par jour	52 € par jour
Forfait lit et repas d'accompagnement pour un enfant à charge de moins de 16 ans bénéficiaire du régime	–	52 € par jour	52 € par jour
Forfait hospitalier	–	100 % de la BR	100 % de la BR
Forfaits			
Maternité :			
– frais de soins et séjour	100 % de la BR	–	100 % de la BR
– dépassements d'honoraires	–	Forfait égal à 1/3 du PMSS	Forfait égal à 1/3 du PMSS
Cures thermales	65 % à 100 % de la BR	0 à 35 % de la BR	100 % de la BR
Frais de transport pris en charge par la MSA	65 % à 100 % de la BR	0 à 35 % de la BR	100 % de la BR
Régime de base = mutualité sociale agricole (MSA). BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou sécurité sociale). TFR : tarif forfaitaire de responsabilité. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. (1) L'institution n'intervient que sur le reste à charge après remboursement des prestations de base.			

En complément du régime optionnel, il peut être souscrit un pack “ Médecine alternative ” dont les garanties sont les suivantes :

Médecine alternative	
Acupuncteur	25 € par séance dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire, soit 125 €
Diététicien	
Chiropracteur	
Ostéopathe	
Etiopathe	

7.3. Le dernier paragraphe du 2 « Les garanties complémentaires facultatives » est modifié comme suit :
« Les cotisations supplémentaires, entièrement à la charge du salarié, sont les suivantes :

- 0,07 % pour le salarié isolé (0,08 % avec le pack médecine alternative) ;
- 0,09 % pour le conjoint (0,10 % avec le pack médecine alternative) ;
- 0,10 % pour un enfant (gratuité du pack médecine alternative). »

7.4. Il est inséré un 3 « Cotisations » rédigé comme suit :

« 3. Cotisations

a) Le montant des cotisations des salariés, dont le contrat de travail est suspendu sans complément de salaire de l'employeur, souhaitant conserver le bénéfice des garanties frais de santé à l'issue du maintien des garanties sans cotisation de 3 mois est le suivant :
- 0,99 % pour le salarié isolé (auquel s'ajoute 0,07 % s'il avait choisi les garanties complémentaires facultatives, 0,01 % avec le pack médecine alternative) ;
- 1,02 % pour le conjoint (auquel s'ajoute 0,09 % s'il avait choisi les garanties complémentaires facultatives, 0,01 % avec le pack médecine alternative) ;

- 0,72 % pour un enfant (auquel s'ajoute 0,10 % s'il avait choisi les garanties complémentaires facultatives, gratuité pour le pack médecine alternative) *(1)* .
b) Le montant des cotisations pour les salariés visés à l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 13 décembre 1989, souhaitant conserver le bénéfice des garanties frais de santé au-delà du maintien des garanties sans cotisation de 3 mois, est le suivant :
- 1,27 % pour le retraité isolé (auquel s'ajoute 0,09 % s'il choisit les garanties complémentaires facultatives) ;
- 0,97 % pour un enfant *(1)* (auquel s'ajoute 0,14 % s'il choisit les garanties complémentaires facultatives) ;
- 1,13 % pour les cas autres que les retraités de l'article 4 de la loi Evin (auxquelles s'ajoutent 0,08 % s'il choisit les garanties complémentaires facultatives) ;
- 0,98 % pour un enfant *(1)* (auquel s'ajoute 0,07 % s'il choisit les garanties complémentaires facultatives). »
Les salariés dont le contrat de travail est rompu visés à l'article 4 de la loi Evin ne peuvent pas souscrire au pack médecine alternative.

(1) Gratuité à compter du troisième enfant.

Article 3 Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur pour l'ensemble des entreprises adhérentes et des salariés compris dans le champ d'application de l'accord au 1er janvier 2013 (et au 1er juillet 2013 pour la condition d'ancienneté ramenée à 6 mois).

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 ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

Avenant n° 2 du 26 novembre 2013 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Hérault)

26 novembre 2013, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2014 Légifrance PDF officiel du BO n°2014-27

Préambule

Dans le cadre d'un appel d'offres, les partenaires sociaux ont décidé de changer d'organisme assureur et de recentrer l'accord départemental sur le régime obligatoire. Ainsi les options facultatives ne font plus partie intégrante de l'accord départemental mais relèvent de l'organisme assureur.

De plus, pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 3 du 9 juillet 2013 à 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 se sont accordés pour modifier l'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres de l'Hérault. Ces modifications prennent en compte certaines dispositions de la loi du 14 juin 2013.

Article 1er Modifications

L'accord du 9 juillet 2009 précité est modifié comme suit à compter du 1er janvier 2014 :

1. Les dispositions du paragraphe « Dispense d'affiliation » de l'article 3 sont remplacées par les dispositions suivantes.
« Ont par ailleurs la possibilité de solliciter une dispense d'affiliation afin de ne pas souscrire au présent régime les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :
- les nouveaux salariés bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau au moins équivalent.

Cette exclusion prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié. En cas d'exclusion, les cotisations correspondantes ne sont pas dues, ni par le salarié ni par l'employeur ;
- les bénéficiaires de la CMU-C ainsi que de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément ;
- les salariés à temps partiel ayant 6 mois d'ancienneté et plus dès lors que leur cotisation complémentaire santé est égale ou supérieure à 10 % de leur rémunération ;
- les salariés en contrat à durée déterminée y compris les apprentis, ayant 6 mois d'ancienneté et moins de 12 mois d'ancienneté.
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 de 6 mois d'ancienneté.
Au jour de l'entrée en vigueur du présent avenant, les salariés à temps partiel ou en contrat à durée déterminée ayant entre 6 mois et 12 mois d'ancienneté doivent faire leur demande d'exclusion par écrit adressée à l'employeur avant la fin du premier mois d'application de l'avenant.
En cas d'augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, si la cotisation représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé.
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'agira de l'employeur chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, 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 les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.
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 santé à compter du mois civil suivant.
Dans les cas d'exclusion ou de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur. »

2. L'article 4 « Garanties » est modifié comme suit :
« Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul. Toutefois, les partenaires sociaux ont souhaité que l'organisme assureur propose à celui-ci à titre facultatif la possibilité de couvrir tout ou partie des membres de sa famille et d'améliorer certaines des prestations prévues dans le régime obligatoire.
Ces options facultatives sont définies dans la convention de gestion entre les partenaires sociaux et l'assureur.
Le présent régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime social de base, dans la limite des frais réels.
La nature et le montant des prestations attachées au présent régime sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (voir tableau des garanties complémentaires santé, annexe I).
Ainsi, le présent régime ne rembourse ni les pénalités mises à la charge de l'assuré notamment en cas de non-respect du parcours de soins ni la participation forfaitaire et la franchise respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.
En tout état de cause, les garanties du présent régime seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits"responsables".
Ces remboursements s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits"responsables"défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application.
La totalité des actes de prévention est prise en charge à 100 % du ticket modérateur. »

3. L'article 7 « Gestion du régime » est modifié comme suit :
« Pour assurer le 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 recommander une co-assurance entre EOVI Mutuelle (25, route de Montfavet, 84000 Avignon) et ADREA Mutuelle (104, avenue du Maréchal-de-Saxe, 69003 Lyon), à hauteur respectivement de 50 % et 50 %.
EOVI Mutuelle est désignée comme étant l'apériteur du régime.
Cette recommandation a notamment pour objectifs :
- de permettre aux salariés cotisants de bénéficier de l'action sociale mise en place par ces mutuelles ;
- d'organiser le maintien des prestations pendant les périodes de suspension des contrats de travail des salariés

bénéficiaires ;
- d'organiser la mise en place de la portabilité ;
- de bénéficier de la possibilité d'accès à un réseau tarifaire préférentiel ;
- de permettre aux salariés cotisants de bénéficier d'un bouquet de services liés à la prévention de leur santé.
Les modalités et conditions de gestion sont définies dans le protocole de gestion conclu entre les organismes assureurs et les partenaires sociaux signataires. »

4. L'article 8.1 « Taux de cotisations et répartition » est modifié comme suit :
« La cotisation mensuelle du présent régime est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).
Le taux global d'appel des cotisations destinées au financement des prestations définies à l'article 4 est de 1,19 % du PMSS pour le salarié seul assuré à titre obligatoire.
Ce taux est réparti comme suit :
- 30 % à la charge de l'employeur, dans la limite d'un montant de 12 € par mois ;
- le solde, soit 70 % à la charge du salarié. »

5. A la fin de l'article 10 « Cessation des garanties » est rajouté le texte suivant :

« Portabilité

Les salariés bénéficient des dispositions légales sur le maintien des garanties de protection sociale complémentaire 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 pour information en annexe à l'avenant n° 2 du 26 novembre 2013.
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.
Le taux de cotisation lié à cette garantie de portabilité de 0,04 % du PMSS est inclus dans la cotisation définie au 2e alinéa de l'article 8.1. »

6. Le second paragraphe de l'article 11 « Suspension du contrat de travail » est modifié comme suit :

« Suspension du contrat pour un motif non lié à une maladie ou à un accident

En cas de suspension du contrat de travail pour 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, le salarié bénéficie des garanties complémentaires frais de santé pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation.
Après cette période il peut pendant la période de suspension restant à courir demander à l'organisme assureur dont il relève à titre individuel à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé en acquittant directement la cotisation globale.
L'employeur doit informer l'organisme assureur compétent de la suspension du contrat et de la durée de la suspension du contrat au début de celle-ci.

Suspension du contrat pour maladie, accident (toutes origines) ou pour maternité

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité pris en charge par la MSA et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues en cas de décès et incapacité permanente professionnelle et complémentaire frais de santé sont maintenues sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence. Si l'absence est inférieure à 1 mois la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement. »

7. Le tableau des garanties de l'annexe I est modifié comme suit :

« Annexe I

Tableau des garanties

Désignation des actes	**Remboursement régime de base (SS ou MSA)**	**Remboursement régime complémentaire obligatoire de base EOVI**	**Total remboursement MSA + EOVI**
Frais médicaux			
Consultations, visites de médecin	70 % de la BR	60 % de la BR	130 % de la BR
Consultations, visites de spécialiste	70 % de la BR	100 % de la BR	170 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR

Massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sage-femmes	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Actes de prévention responsable	35 à 70 % de la BR	30 à 65 % de la BR	100 % de la BR
Pharmacie			
Pharmacie prise en charge par la MSA	15 à 65 % de la BR	35 à 85 % de la BR	100 % de la BR
Frais d'optique			
Verres, montures, lentilles (y compris jetables) prises en charge ou non par la MSA	60 % de la BR	395 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 7 % du PMSS	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 7 % du PMSS
Frais dentaires			
Soins et honoraires	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par la MSA, y compris inlays core	70 % de la BR	330 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 4 % du PMSS	400 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 4 % du PMSS
Orthodontie prise en charge par la MSA	70 à 100 % de la BR	150 % de la BR	220 à 250 % de la BR
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, grands et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf auditives	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Prothèses auditives prises en charge par la MSA	60 % de la BR	395 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €
Forfait actes lourds			
Participation de 18 €	-	Pris en charge	Pris en charge
Hospitalisation (hors maternité, séjour en maison de repos, frais de placement en long séjour ou en cure médicale), y compris psychiatrie (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	80 à 100 % de la BR	0 à 20 % de la BR	100 % de la BR
Dépassements d'honoraires encadrés sur les actes techniques des médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation ayant adhéré à l'option de coordination (art. R. 871-2, I, 4°, du code de la sécurité sociale)	-	220 % de la BR	220 % de la BR
Chambre particulière	-	52 € par jour	52 € par jour
Forfait lit et repas d'accompagnement pour un enfant à charge de moins de 16 ans bénéficiaire du régime	-	30 € par jour	30 € par jour
Forfait hospitalier	-	100 %	100 %
Forfaits			
Maternité : Frais de soins et séjour Dépassements d'honoraires	100 % de la BR -	- Forfait égal à 1/3 du PMSS	100 % de la BR Forfait égal à 1/3 du PMSS
Cures thermales	65 à 100 % de la BR	0 à 35 % de la BR	100 % de la BR

Frais de transport pris en charge par la MSA	65 à 100 % de la BR	0 à 35 % de la BR	100 % de la BR
RB : régime de base, mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale (SS). BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou SS). TFR : tarif forfaitaire de responsabilité. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.			

8. L'annexe II est abrogée.

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur pour l'ensemble des entreprises adhérentes et des salariés compris dans le champ d'application de l'accord au 1er janvier 2014.

Article 3 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 l'extension du présent avenant.

Annexe

Annexe

Dispositions légales sur la portabilité

(art. L. 911-8 du code de la sécurité sociale)

« Les salariés garanties collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégralité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, 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 :
a) 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 ;
b) Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
c) Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
d) 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 ;
e) 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 ;
f) L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.
Le présent article est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail. »

Avenant n° 3 du 30 novembre 2015 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Hérault)

30 novembre 2015, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 30 novembre 2015 Légifrance PDF officiel du BO n°2017-2

Préambule

Considérant les dernières modifications légales et réglementaires apportées sur les régimes complémentaires frais de santé, les organisations professionnelles et syndicales signataires ont décidé de mettre à jour l'accord départemental du 9 juillet 2009 sur une protection sociale complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres de l'Hérault.

Cet avenant tient compte également de l'évolution de l'accord national agricole du 10 juin 2008 sur la prévoyance et la santé des salariés agricoles non cadres, qui a créé par avenant n° 4 un dispositif socle national frais de santé instaurant des garanties minimales obligatoires et des options facultatives.

Le présent avenant a pour but de mettre à jour l'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres de l'Hérault.

Article 1er Modifications

L'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres de l'Hérault est modifié comme suit à compter du 1er janvier 2016.

1. L'article 2 « Entrée en vigueur » est annulé et remplacé par les dispositions suivantes :
« Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.
Il entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant la date de parution de son arrêté d'extension. »

2. L'article 3 « Salariés bénéficiaires » alinéa 1, est modifié par les dispositions suivantes :
« *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), ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord.* (1)
Sont donc exclus du dispositif 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.
La condition d'ancienneté est réputée acquise au 1er jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 3 mois d'ancienneté. »

3. L'article 3 « Salariés bénéficiaires » alinéa 6, est supprimé.

4. Le paragraphe « dispense d'affiliation » de l'article 3 de l'alinéa 8 à l'alinéa 15 est modifié par les dispositions suivantes :
« 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 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 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, 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'Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat 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.

5. Suite à l'article 3 « Salariés bénéficiaires » un nouvel article 3.1 sur le « contrat solidaire et responsable » est inséré avec les dispositions suivantes :

« Article 3.1
Contrat “ solidaire ” et “ responsable ”

Le présent dispositif frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits “ solidaires ” et “ responsables ”, notamment celles posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales *et de sa circulaire d'application n° DSS/ SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015* (2).
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 (notamment les planchers et plafonds de prise en charge) mentionnées à l'article L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale. »

6. L'article 4 « Garanties » est modifié comme suit :

« 1. Socle obligatoire

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul. Toutefois, les partenaires sociaux ont souhaité que l'organisme assureur propose à celui-ci à titre facultatif la possibilité de couvrir tout ou partie des membres de sa famille et d'améliorer certaines des prestations prévues dans le régime obligatoire.
Ces options facultatives sont définies dans la convention de gestion entre les partenaires sociaux et l'assureur.
Le présent régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime social de base, dans la limite des frais réels.
La nature et le montant des prestations attachées au présent régime sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (voir annexe I “ tableau garanties complémentaires santé ”).
Ainsi, le présent régime ne rembourse ni les pénalités mises à la charge de l'assuré notamment en cas de non-respect du parcours de soins ni la participation forfaitaire et la franchise respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale. (3)
En tout état de cause, les garanties du présent régime seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits “ responsables ”.
Ces remboursements s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits “ responsables ” celles posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales *et de sa circulaire d'application n° DSS/ SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015* (2).

2. Clés de lecture du tableau de garanties joint en annexe

Toutes les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :
- en % de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 4.1 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en % 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 la sécurité sociale dont relève le salarié.
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.
En tout état de cause, la couverture frais de santé dont bénéficient les salariés ne saurait être moins favorable aux garanties définies dans le présent accord.
La nature et le montant des prestations de la couverture socle sont détaillés dans le tableau en annexe I du présent accord. »

7. L'article 8.1 « Taux de cotisations et répartition » est annulé et modifié comme suit :

« 1. Financement du régime

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du régime 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.

2. Extension de la couverture des garanties

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 ;
- de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles définies dans le présent accord,
ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre (part salariale et patronale).

8. Suite à l'article 8.2 « Appel et recouvrement » un nouvel article 8.3 « Salarié à employeurs multiples » est inséré comme suit :
« 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 présente couverture. Les signataires décident que cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties collectives du présent accord, sauf accord express 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 dans le paragraphe dispense ci-dessus, à la couverture collective mise en place auprès du ou des autres employeurs à compter de l'acquisition de la condition d'ancienneté requise pour le bénéfice du dispositif. »

9. Les alinéas 1 et 2 de L'article 10 « Cessation des garanties » sont modifiés par les dispositions suivantes :
« L'adhésion des salariés du régime obligatoire à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les trois premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour 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. »

10. Suite à l'article 10 « Cessation des garanties » un nouvel article 10.1 « Portabilité loi Evin » est inséré avec les dispositions suivantes :
« 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 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 conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ;
- 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 l'article 1er du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables aux personnes visées aux alinéas précédents ne peuvent pas être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux correspondant à la part finançant la couverture du salarié actif.
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. »

(1) Le premier alinéa de l'article 3 est étendu sous réserve du respect des dispositions des articles L. 911-7 et L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 7 février 2017 - art. 1)

(2) Au 1er alinéa de l'article 3.1 et au 8e alinéa de l'article 4, au lieu des mots « et de sa circulaire d'application n° DSS/ SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015. », lire les mots « et de sa circulaire d'application n° DSS/ SD2A/ SD3C/ SD5B/2015/30 du 30 janvier 2015. »
(Arrêté du 7 février 2017 - art. 1)

(3) Le sixième alinéa de l'article 4 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 7 février 2017 - art. 1)

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant la date de parution de son arrêté d'extension.

Article 3 Dépôt et extension

La partie la plus diligente des organisations signataires du présent avenant le notifie à l'ensemble des organisations représentatives à l'issue de la procédure de signature.

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail, un exemplaire du présent avenant sera déposé auprès de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), ainsi qu'au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes du lieu de sa conclusion.

Une version sur support électronique est également communiquée à la DIRECCTE du lieu de signature de l'avenant.

Les parties conviennent de solliciter l'extension du présent avenant.

Annexe

Annexe I
Tableau des garanties socle

Garantie 2016 Accord agricole de l'Hérault., Régime conventionnel Le montant des prestations inclut les remboursements de la MSA et d'EOVI-MCD	Remboursement
Frais médicaux	
Consultations, visites (1) de généralistes : - hors contrat d'accès aux soins - avec contrat d'accès aux soins	110 % BR 130 % BR
Consultations, visites (1) de spécialistes : - hors contrat d'accès aux soins - avec contrat d'accès aux soins	150 % BR 170 % BR
Actes de chirurgie, techniques médicaux	100 % BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	100 % BR
Massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	100 % BR
Analyses, examens de laboratoires remboursés MSA	100 % BR
Actes d'imagerie (radiographies, scanners, électroradiologies)	100 % BR
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 à 150 € par an
Actes prévention contrat responsable	100 % BR
Pharmacie	
Vignettes orange, bleues, blanches et blanches barrées	100 % BR
Optique	
Monture	455 % BR
Un verre unifocal faible ou forte correction (2)	3,5 % PMSS par an
Un verre multifocal faible ou forte correction (2)	3,5 % PMSS par an
Lentilles remboursées et refusées MSA	100 % BR + 100 €
Ces montants correspondent à des forfaits : - pour une période d'un an pour les enfants avant 18 ans ou en cas d'évolution de la vue (3) - pour une période de deux ans dans les autres cas (sauf pour les lentilles)	
Dentaire	
Actes et soins dentaires, remboursés MSA	100 % BR
Inlays et onlays, remboursés MSA	100 % BR
Inlays cores, remboursés MSA	125 % BR
Prothèse dentaire remboursée MSA	400 % BR + 4 % PMSS par an
Orthodontie remboursée par la MSA	220 % à 250 % BR
Appareillage et autres prothèses	
Fournitures médicales, pansements, grands et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf auditives	100 % BR
Prothèses auditives, remboursées MSA	455 % BR + 350 €
Hospitalisation	
Frais de soins et séjour	100 % BR
Dépassements d'honoraires : - hors contrat d'accès aux soins - avec contrat d'accès aux soins	100 % BR 220 % BR
Chambre particulière (4) (hospitalisation, maternité et psychiatrie)	52 € par jour

Forfait lit et repas d'accompagnement pour un enfant à charge de moins de 16 ans bénéficiaire du régime (5)	30 € par jour
Forfait journalier hospitalier (4)	100 % FR
Forfait de 18 € pour les actes supérieurs à 120 €	100 % FR
Maternité	
Frais de soins et séjour	100 % BR
Chambre particulière	52 € par jour
Forfait par naissance	1/3 PMSS
Autres prestations	
Cures thermales	100 % BR
Transport sur prescription	100 % BR
Prévention et bien-être : (a) - priorité santé mutualiste : accompagnement santé personnalisé - ateliers santé : apprendre à préserver sa santé au quotidien - fonds social : un accès aux soins pour tous - EOVI Assistance (sur votre carte mutuelle)	Oui Oui Oui Oui
(1) Les visites avec déplacements non médicalement justifiés sont prises en charge dans la limite de 100 % BR. (2) La définition des « fortes » et « faibles » corrections correspond aux caractéristiques des verres prévues dans le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, à savoir : - verres unifocaux faible correction : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre, 6 et + 6 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries ; - verres unifocaux forte correction : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de, 6 à + 6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries ; - verres multifocaux faible correction : verres multifocaux ou progressifs ne répondant pas aux caractéristiques des verres multifocaux forte correction ; - verres multifocaux forte correction : - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de, 8 à + 8 dioptries ; Ou - verres multifocaux ou progressifs sphérique dont la sphère est hors zone, 4 à + 4 dioptries ; (3) Un changement de dioptrie de plus ou moins 0,5, diagnostiqué par un médecin ophtalmologue, permet d'être remboursé deux années consécutives. Ce remboursement est conditionné par l'envoi des deux ordonnances (ordonnance des anciens verres et nouvelle prescription attestant du changement de vue). (4) Limitations sur les séjours. Le forfait journalier hospitalier est limité à 90 jours par an pour les hospitalisations dans les établissements médico-sociaux. La chambre particulière est prise en charge pour les séjours comportant au moins une nuit de 22 heures à 6 heures. Les placements à l'année et temporaires sont exclus. (5) Prise en charge en cas d'hospitalisation d'une personne âgée de moins de 16 ans, dans les mêmes limites que la chambre particulière. EOVI-MCD mutuelle ne prend pas en charge les restrictions liées à l'application du code de la sécurité sociale : la participation de 1 € et les franchises à charge de l'assuré (définies aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale) et hors parcours de soins (art. R. 871-1), la fraction des dépassements d'honoraires correspondant aux cas prévus au 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. EOVI-MCD mutuelle prend en charge dans la limite de la garantie choisie : les actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ; la liste est disponible auprès de la mutuelle. La participation forfaitaire de 18 € sur actes supérieurs à 120 €.	

(a) Les dispositions relatives à la prévention et au bien-être de l'annexe 1 sont étendues sous réserve du respect des dispositions de l'article 6-3-1 de l'accord du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance.
(Arrêté du 7 février 2017 - art. 1)

Avenant n° 5 du 6 décembre 2016 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Hérault)

6 décembre 2016, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2017 Légifrance PDF officiel du BO n°2017-52

Préambule

Le respect des dispositions légales depuis 1er janvier 2016 obligeant l'employeur d'affilier tous ses salariés dès le premier jour et la parution du décret sur les cas dispenses et le dispositif versement santé le 30 décembre 2015, ont nécessité une nouvelle adaptation de l'accord départemental.

Comme l'ont fait les partenaires sociaux nationaux dans l'avenant n° 5 du 28 septembre 2016 à 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 du Gard ont donc voulu rendre applicable le régime collectif obligatoire aux salariés bénéficiaires d'un CDI et d'un CDD d'une durée de plus de 3 mois, dès leur premier jour de contrat.

Pour les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure ou égale à 3 mois les partenaires sociaux ont décidé de leur faire bénéficier du dispositif versement santé, tel que prévu par la loi. Ils ont également voulu étendre ce dispositif aux salariés bénéficiaires d'un contrat à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires.

Les organisations syndicales et professionnelles agricoles s'engagent à solliciter l'organisme assureur afin qu'il propose à titre facultatif la couverture santé individuelle aux salariés en contrats de travail de courte durée et aux salariés à temps partiel prévue dans cet accord.

Article 1er Modifications apportées à l'article 4 « Salariés bénéficiaires »

Le paragraphe 1 « Définition des salariés bénéficiaires » est modifié comme suit :

« 1. Définition des salariés 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), bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois.

Sont donc exclus du dispositif 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 ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires, d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Pour ces salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé est assurée par le dispositif versement santé tel que défini dans l'article 10.2 du présent accord. »

Article 2 Création d'un article 10.1 « Dispositif versement santé »

L'article 10.1 est ajouté après l'article 10 « Portabilité loi Évin ».

« Article 10.1
Dispositif versement santé

Dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi n° 2013-504 du 14 juin 2013 généralisant la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé au plus tard au 1er janvier 2016, et du 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, les partenaires sociaux décident de mettre en place le dispositif versement santé pour les salariés titulaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires, d'un contrat de travail à durée déterminée, ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, dans les conditions définies ci-après.

Objet :

Le dispositif versement santé permet à l'employeur de remplir son obligation de couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée hebdomadaire inférieure à 15 heures, d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Bénéficiaires :

Ce dispositif s'applique exclusivement aux salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois ou d'un contrat à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires.

Conditions :

Pour bénéficier du versement santé les salariés doivent justifier auprès de leur employeur du bénéfice d'une couverture individuelle par un contrat de complémentaire santé responsable tel que défini à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et portant sur la période concernée.

Le salarié doit fournir à l'employeur un justificatif (attestation de l'organisme assureur, déclaration sur l'honneur …).

Le salarié ne peut pas cumuler le versement santé avec l'un des dispositifs suivants :
- la couverture maladie universelle, complémentaire (CMU-C) ;
- l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé (ACS) ;
- une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit ;
- ou une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Modalités :

Lors de la conclusion du contrat de travail à temps partiel, 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 €. (1)

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures travaillées au cours du mois.

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. »

(1) Le montant mentionné à l'alinéa 25 de l'article 2 est étendu sous réserve de l'arrêté du 20 avril 2017 susvisé qui a revalorisé, pour 2017, à 15,26 € le versement mentionné à l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 25 janvier 2018 - art. 1)

Article 3 Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur le 1er janvier 2017.

Article 4 Dépôt et extension

La partie la plus diligente des organisations signataires du présent avenant le notifie à l'ensemble des organisations représentatives à l'issue de la procédure de signature.

La partie la plus diligente des organisations signataires du présent avenant le notifie à l'ensemble des organisations représentatives à l'issue de la procédure de signature.

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

Les parties conviennent de solliciter l'extension du présent avenant.

Avenant n° 6 du 14 septembre 2018 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Hérault)

14 septembre 2018, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er octobre 2018 Légifrance PDF officiel du BO n°2019-15

Préambule

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 6 du 17 avril 2018 à 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 se sont accordés pour modifier l'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant une assurance complémentaire frais de santé pour les salariés agricoles non cadres de l'Hérault.

Article 1er Modifications

L'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres de l'Hérault est modifié comme suit à compter du 1er octobre 2018.

1. Le *tableau des garanties de l'annexe 1* (1) est modifié comme suit :

(Tableaux non reproduits, consultable en ligne sur le site www. legifrance. gouv. fr, rubrique BO Convention collective.)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20190015 _ 0000 _ 0027. pdf/ BOCC

(1) Les lignes 5 à 11 de la partie optique du tableau des garanties de l'annexe 1 sont étendues sous réserve du respect des dispositions de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 9 mai 2019 - art. 1)

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur pour l'ensemble des entreprises adhérentes et des salariés compris dans le champ d'application de l'accord au 1er octobre 2018.

Article 3 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 signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

Avenant n° 7 du 21 novembre 2019 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Hérault)

21 novembre 2019, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2020 Légifrance PDF officiel du BO n°2020-43

Préambule

Pour se mettre en conformité avec le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 modifiant le cahier des charges des contrats responsables, les partenaires sociaux se sont accordés pour modifier l'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant une assurance complémentaire frais de santé pour les salariés agricoles non-cadres de l'Hérault.

Article 1er Modifications

L'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non-cadres de l'Hérault est modifié comme suit à compter du 1er janvier 2020.

Voir l'annexe I « Tableau des garanties » ci-dessous.

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur pour l'ensemble des entreprises adhérentes et des salariés compris dans le champ d'application de l'accord au 1er janvier 2020.

Article 3 Dépôt et extension

Le présent avenant dont les signataires demandent l'extension sera déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

(1) Article étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-15 du code du travail.
(Arrêté du 15 mars 2021 - art. 1)

Annexe

Annexe I
Tableau des garanties

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 86 à 89**.)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20200043 _ 0000 _ 0022. pdf/ BOCC

Exemples de remboursements

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **page 90**.)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20200043 _ 0000 _ 0022. pdf/ BOCC

Avenant n° 8 du 6 juillet 2020 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Hérault)

6 juillet 2020, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2021 Légifrance PDF officiel du BO n°2021-3

Préambule

Pour se mettre en conformité avec le décret 2019-21 du 11 janvier 2019 modifiant le cahier des charges des contrats responsables, les partenaires sociaux se sont accordés pour modifier l'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant une assurance complémentaire frais de santé pour les salariés agricoles non cadres de l'Hérault.

Article 1er Modifications

L'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres de l'Hérault est modifié comme suit à compter du 1er janvier 2021.

Le tableau des garanties de l'annexe 1 est modifié comme suit :

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives.)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20210003 _ 0000 _ 0039. pdf/ BOCC

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur pour l'ensemble des entreprises adhérentes et des salariés compris dans le champ d'application de l'accord au 1er janvier 2021.

(1) Article étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-15 du code du travail.
(Arrêté du 15 mars 2021 - art. 1)

Article 3 Dépôt et extension

Le présent avenant dont les signataires demandent l'extension sera déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Avenant n° 9 du 17 décembre 2020 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Hérault)

17 décembre 2020, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2021 Légifrance PDF officiel du BO n°2021-22

Préambule

Après l'examen des résultats obtenus par le régime frais de santé des salariés agricoles non-cadres de l'Hérault, les partenaires sociaux ont décidé de faire évoluer le tarif de la base obligatoire.

Article 1er Modifications

L'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non-cadres de l'Hérault est modifié comme suit à compter du 1er janvier 2021.

L'article 8.1 « Taux de cotisations et répartition » est modifié comme suit :
« La cotisation mensuelle du présent régime de base est d'un montant de 30,70 €. »

Article 2 (1) Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur pour l'ensemble des entreprises adhérentes et des salariés compris dans le champ d'application de l'accord au 1er janvier 2021.

(1) Article étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-15 du code du travail.
(Arrêté du 8 septembre 2021 - art. 1)

Article 3 Dépôt et extension

Le présent avenant dont les signataires demandent l'extension sera déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Avenant n° 10 du 13 décembre 2021 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Hérault)

13 décembre 2021, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2022 Légifrance PDF officiel du BO n°2022-17

Préambule

Après examen des résultats obtenus par le régime frais de santé des salariés agricoles non cadres de l'Hérault, les partenaires sociaux ont décidé de faire évoluer le tarif de la base obligatoire et de le ramener à son montant de 2020.

Article 1er Modifications

L'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres de l'Hérault est modifié comme suit à compter du 1er janvier 2022.

L'article 8.1 « Taux de cotisations et répartition » est modifié comme suit :
« La cotisation mensuelle du présent régime de base est d'un montant de 32,30 €. »

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur pour l'ensemble des entreprises adhérentes et des salariés compris dans le champ d'application de l'accord au 1er janvier 2022.

(1) Article étendu sous réserve des dispositions de l'article L. 2261-15 du code du travail.
(Arrêté du 16 juin 2022 - art. 1)

Article 3 Dépôt et extension

Le présent avenant dont les signataires demandent l'extension sera déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Avenant n° 11 du 17 octobre 2022 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Hérault)

17 octobre 2022, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2023 Légifrance PDF officiel du BO n°2023-5

Préambule

Après examen des résultats obtenus par le régime frais de santé des salariés agricoles non cadres de l'Hérault, les partenaires sociaux ont décidé de faire évoluer le tarif de base obligatoire.

Article 1er Modifications

L'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres de l'Hérault est modifié comme suit à compter du 1er janvier 2023 :

L'article 8.1 « Taux de cotisations et répartition » est modifié comme suit : « la cotisation mensuelle du présent régime de base est d'un montant de 34,46 €. »

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur pour l'ensemble des entreprises adhérentes et des salariés compris dans le champ d'application de l'accord au 1er janvier 2023.

(1) Article étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-15 du code du travail.
(Arrêté du 30 mars 2023 - art. 1)

Article 3 Dépôt et extension

Le présent avenant dont les signataires demandent l'extension sera déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Avenant n° 12 du 23 novembre 2023 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Hérault)

23 novembre 2023, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2024 Légifrance PDF officiel du BO n°2024-3

Préambule

Après examen des résultats obtenus par le régime frais de santé des salariés agricoles non-cadres de l'Hérault, les partenaires sociaux ont décidé de faire évoluer le tarif de base obligatoire des salariés et de faire évoluer les garanties proposées par le présent régime.

Ainsi, les partenaires sociaux se sont accordés pour modifier l'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant une

assurance complémentaire frais de santé pour les salariés agricoles non-cadres de l'Hérault comme suit.

Article 1er Modifications

L'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non-cadres de l'Hérault est modifié comme suit à compter du 1er janvier 2024.

1. L'article 8.1 « Taux de cotisations et répartition » est modifié comme suit :
« La cotisation mensuelle du présent régime de base est d'un montant de 37,91 €. »

2. Le tableau des garanties de l'annexe 1 est modifié comme suit :

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site www. legifrance. gouv. fr, rubrique « Publications officielles » « Bulletins officiels des conventions collectives ».)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20240003 _ 0000 _ 0049. pdf/ BOCC

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur pour l'ensemble des entreprises adhérentes et des salariés compris dans le champ d'application de l'accord au 1er janvier 2024.

(1) Article étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-15 du code du travail.
(Arrêté du 21 février 2024 - art. 1)

Article 3 Dépôt et extension

Le présent avenant dont les signataires demandent l'extension sera déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Avenant n° 13 du 3 décembre 2024 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Hérault)

3 décembre 2024, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2025 Légifrance PDF officiel du BO n°2025-14

Préambule

Afin de se mettre en conformité avec les dispositions du code de la sécurité sociale, en application du décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021 relatif aux critères objectifs de définition des catégories de salariés bénéficiaires d'une couverture de protection sociale complémentaire collective, les partenaires sociaux ont décidé de procéder, par voie d'avenant, à la réécriture du libellé des bénéficiaires du présent accord.

Article 1er Modifications apportées à l'article 3 « Salariés bénéficiaires »

Le paragraphe 1 « Définition des salariés » bénéficiaires est modifié comme suit :

« 1. Définition des salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé, s'appliquent à tous les salariés de la production agricole ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois.

Sont donc exclus du dispositif frais de santé :
- les salariés de la production agricole relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et techniciens, agents de maîtrise et cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini par 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 ;
- les salariés tels que définis ci-dessus bénéficiaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires, d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou

égale à 3 mois.

Pour ces salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement frais de santé est assurée par le dispositif versement santé tel que défini à l'article 10.2 du présent accord. »

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur pour l'ensemble des entreprises adhérentes et des salariés compris dans le champ d'application de l'accord au 1er janvier 2025.

Article 3 Dépôt et extension

Le présent avenant dont les signataires demandent l'extension sera déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Avenant n° 14 du 3 décembre 2024 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Hérault)

3 décembre 2024, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2025 Légifrance PDF officiel du BO n°2025-14

Préambule

Après examen des résultats obtenus par le régime frais de santé des salariés agricoles non cadres de l'Hérault (1), les partenaires sociaux ont décidé de faire évoluer le tarif de base obligatoire des salariés et de faire évoluer les garanties proposées par le présent régime.

Ainsi, les partenaires sociaux se sont accordés pour modifier l'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant une assurance complémentaire frais de santé pour les salariés agricoles non cadres de l'Hérault comme suit.

(1) Les mots « Après examen des résultats obtenus par le régime frais de santé des salariés agricoles non-cadres de l'Hérault » sont exclus de l'extension en tant qu'ils contreviennent aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 21 mai 2025 - art. 1)

Article 1er Modifications

L'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres de l'Hérault est modifié comme suit à compter du 1er janvier 2025.

1. L'article 8.1 « Taux de cotisations et répartition » est modifié comme suit :
« La cotisation mensuelle du présent régime de base est d'un montant de 40,75 €. »

2. Le *tableau des garanties de l'annexe 1* (1) est modifié comme suit :

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives.)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20250014 _ 0000 _ 0064. pdf/ BOCC

(1) Les mots « offre de prévention d'AESIO mutuelle » ; « Accès au fonds de solidarité AESIO Mutuelle » ; « de la Mutuelle » et « pour plus de détails sur les D.P.T.M en vigueur : voir annexe du contrat « qu'est-ce qu'une garantie responsable » sont exclus de l'extension en tant qu'ils contreviennent aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 21 mai 2025 - art. 1)

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur pour l'ensemble des entreprises adhérentes et des salariés compris dans le champ d'application de l'accord au 1er janvier 2025.

Article 3 Dépôt et extension

Le présent avenant dont les signataires demandent l'extension sera déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.