

CartoAgri, accord territorial

Frais de santé des non-cadres, Calvados (accord du 18 juin 2009), Calvados (14)

Accord consolidé et avenants en vigueur dans ce département

Texte	Accord du 18 juin 2009 relatif à la protection sociale complémentaire frais de santé des salariés non cadres des exploitations de production agricole du Calvados
État	En vigueur, étendu
Départements	Calvados (14)
Textes en vigueur	7
Légifrance	https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000052107887

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 : Calvados (14) 7 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 : Calvados (14)

Accord du 18 juin 2009 relatif à la protection sociale complémentaire frais de santé des salariés non cadres des exploitations de production agricole du Calvados

18 juin 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2010 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2009-39](#)

Par le présent accord, les partenaires sociaux de l'agriculture du département du Calvados signataires souhaitent mettre en place un régime complémentaire frais de santé départemental 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, garantissant des prestations complémentaires au régime obligatoire de la mutualité sociale agricole, en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

Les partenaires sociaux signataires entendent ainsi permettre aux salariés agricoles non cadres des exploitations de production agricole du département du Calvados de bénéficier d'un régime complémentaire frais de 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 du 1er juin 2004 de la production agricole du Calvados et de la convention collective du 17 janvier 1991 des exploitations et entreprises de l'horticulture, des pépinières, de l'arboriculture, de la production de fruits et de champignons du Calvados.

Article 1 Champ d'application

Article 1.1 Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable de manière obligatoire à l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres du secteur de la production agricole du département du Calvados relevant des activités suivantes :

- la polyculture ;
- l'élevage dont les élevages de petits et gros animaux spécialisés ou non ;
- l'élevage de chevaux et les haras ;
- le maraîchage et les cultures légumières ;
- les structures agro-touristiques et activités qui sont dans le prolongement de l'acte de production ou qui ont pour support l'exploitation ;
- la pêche à pied qui relève des professions agricoles ;
- les coopératives d'utilisation de matériel agricole ;
- l'horticulture et les pépinières ;
- l'arboriculture et la production fruitière ;
- les champignonnières.

Article 1.2 Champ d'application territorial

Le présent accord régit tous les travaux salariés visés à l'article 1.1, effectués dans des entreprises situées sur le territoire du Calvados ainsi que dans les établissements situés également dans le département et qui constituent, contractuellement, le lieu habituel de travail même si les terrains de cultures s'étendent sur un département limitrophe, et indépendamment du domicile des employeurs et des salariés.

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur pour l'ensemble des employeurs et des salariés compris dans son champ d'application à compter du 1er janvier 2010 si son arrêté d'extension est publié avant cette date.

En tout état de cause, il s'imposera à compter du 1er janvier 2010 aux employeurs et salariés ressortissant à des entreprises adhérentes aux organisations signataires.

Le présent accord pourra toutefois, préalablement à son extension, être appliqué de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissant à des entreprises non adhérentes aux organisations signataires.

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

Par ailleurs, le régime établi par le présent article ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet.

Article 3 Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent :

- à tout salarié ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, sans condition d'ancienneté ;
- et relevant du champ d'application du présent accord.

À l'exclusion :

- des salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et techniciens, agents de maîtrise et cadres ressortissants de la convention collective du 2 avril 1952 et relevant du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP et bûcherons-tâcherons ressortissants d'autres dispositions conventionnelles ;
- des salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 définis ci-dessus bénéficiant d'un régime plus favorable que le présent accord institué dans leur entreprise, conformément aux dispositions légales et dans les conditions prévues à l'article 12 " Antériorité des régimes d'entreprise " de l'accord départemental du 25 septembre 2009, par accord collectif d'entreprise, décision unilatérale ou référendum.

Du fait de l'application du présent accord sans condition d'ancienneté requise à tous les salariés, sauf cas de dispense dûment justifiés, les salariés sont affiliés à la garantie santé dès le 1er jour de leur embauche.

Dispenses d'affiliation

Par exception aux dispositions de l'article 4.1 du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion au dispositif frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

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

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 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 (voir arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :
 - , dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
 - , régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
 - , régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'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.

La demande de dispense doit être notifiée par écrit avant la fin du 1er mois qui suit l'obtention de la condition d'ancienneté de 3 mois.

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 frais de santé à compter du 1er jour du mois civil suivant.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. 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 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 4 Offre à adhésion individuelle et facultative

Article 4.1 Les salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

S'agissant des salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté permettant d'accéder au régime mis en place par le présent accord, les partenaires sociaux ont souhaité qu'ils puissent accéder à un régime à adhésion volontaire et facultatif offrant des prestations identiques.

Les modalités, les conditions d'accès et la fixation de la cotisation relatives à cette offre facultative sont précisées dans l'annexe II du présent accord.

Article 4.2 L'extension famille (enfants et conjoint) facultative

Les partenaires sociaux ont également souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à la famille du salarié (conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

Les modalités, les conditions d'accès et la fixation de la cotisation relatives à cette offre facultative sont précisées dans l'annexe II du présent accord.

Article 5 Garanties

Le présent régime ne couvre à titre obligatoire que le salarié seul.

Article 5.1 Niveau des garanties

Toutes les garanties frais de santé du présent accord présentées dans le tableau figurant dans l'annexe I du présent accord sont exprimées :

- en % de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 3 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 protection sociale dont relève le salarié visé à l'article 3 du présent accord.

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent dispositif (*régime général de la sécurité sociale ou de la MSA et garanties complémentaires*) (1) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

(1) Au cinquième alinéa de l'article 5.1, en remplacement des mots « (*régime général de la sécurité sociale et garanties complémentaires*) », lire les mots « (*régime de base de la sécurité sociale et garanties complémentaires*) ».

(Arrêté du 14 octobre 2016 - art. 1)

Article 5.2 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/ SD2A/ SD3C/ SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015.

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.

Article 6 Financement du dispositif frais de santé

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

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'art. 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 du dispositif départemental obligatoire frais de santé.

Ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre (part salariale et patronale).

(ancien article 7)

Article 7 Tiers payant

Après affiliation de l'assuré auprès de l'organisme assureur, l'organisme gestionnaire délivrera une carte santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention le cas échéant d'une prise en charge hospitalière.

Cette carte santé reste la propriété de l'assureur.

(ancien article 9)

Article 8 Maintien de garantie au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 10, les garanties cessent d'être accordées à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail du salarié.

Toutefois, 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 (maintien prévu à l'article 10 ci-après) ;
- 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 applicables aux salariés actifs.

Cette adhésion est purement facultative. Elle est à la charge du seul bénéficiaire et n'emporte aucune obligation pour l'employeur en matière de cotisations ou de prestations.

Par extension, les anciens salariés privés d'emploi, non bénéficiaires d'un revenu de remplacement pourront également demander le maintien des garanties frais de santé. Toutefois, la demande devra être effectuée auprès du gestionnaire dans le mois suivant la date de rupture du contrat de travail.

(ancien article 10)

Article 9 Maintien des garanties

En cas de suspensions du contrat de travail non indemnisées

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant, à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 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.

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant, à la couverture frais de santé *et prévoyance* (1) est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le dispositif de protection sociale complémentaire.

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement, et la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ ou complément de salaire versé par l'employeur.

Par ailleurs et s'agissant de l'extension famille facultative, les salariés ayant opté pour cette option prévue en annexe II du présent accord s'acquitteront de la cotisation auprès de l'organisme gestionnaire.

(ancien article 11)

(1) Au treizième alinéa de l'article 8, les mots « et prévoyance » sont exclus du bénéfice de l'extension.

(Arrêté du 14 octobre 2016 - art. 1)

Article 10 Portabilité à titre gratuit

Les salariés entrant dans le champ d'application du présent accord et couverts collectivement par les garanties frais de santé bénéficient des dispositions légales sur le maintien du régime frais de santé 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. Dispositions figurant en annexe III au présent avenant pour information.

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.

(ancien article 11 bis)

Article 11 Commission paritaire de suivi du régime frais de santé

Afin d'assurer la parfaite sécurité juridique du dispositif de protection sociale complémentaire des salariés non cadres en agriculture (compte tenu des possibles évolutions législatives ou réglementaires) et pour suivre l'application du présent accord, les signataires instituent une " commission paritaire de suivi de l'accord ".

Cette commission exerce ses fonctions sous le contrôle et sous la direction de la commission paritaire départementale qui reste seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

La commission paritaire de suivi est composée de 1 représentant désigné par chaque organisation syndicale de salariés signataire de l'accord départemental et par un nombre équivalent de représentants des organisations professionnelles d'employeurs signataires.

La présidence est assurée alternativement pour une période de 2 ans par un représentant choisi alternativement dans chaque collège. Le secrétariat est assuré par la FDSEA du Calvados.

(ancien article 12)

Article 12 Antériorité des régimes d'entreprise

L'adhésion de toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord et l'affiliation des salariés bénéficiaires visés à l'article 3 de ces entreprises auprès de l'organisme assureur désigné sont obligatoires à compter de la prise d'effet du présent accord.

Les employeurs relevant d'un accord collectif, d'un accord ratifié à la majorité des salariés ou d'une décision unilatérale de l'employeur, comportant des dispositions moins favorables au présent accord, devront appliquer celles du dispositif frais de santé départemental ou adapter leurs garanties pour répondre aux présentes obligations conventionnelles en matière notamment :

- de garanties minimales obligatoires ;
- de conditions d'accès (ancienneté ...) ;
- de financement minimum de l'employeur.

S'agissant de la comparaison du niveau des prestations pour l'application des garanties minimales obligatoires, lors de concours entre actes juridiques applicables en matière de frais de santé : elle devra s'opérer entre chacune des catégories de garanties desdits actes coexistants, c'est-à-dire ligne à ligne, afin que celles applicables aux exploitations et entreprises agricoles concernées soient au moins aussi favorables que pour celles mises en place au titre du présent accord.

Suite à cette comparaison du niveau des prestations, pour l'application de la garantie minimale obligatoire, le dispositif frais de santé défini par le présent accord ne se cumule pas avec tout autre système de garanties collectives ayant la même cause ou le même objet.

(ancien article 13)

Article 13 Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement des prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

(ancien article 14)

Article 14 Dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé à tout moment par l'une ou l'autre des parties signataires sous réserve d'un préavis de 3 mois, selon les modalités de dénonciation prévues à l'article L. 2261-9 du code du travail.

(ancien article 15)

Article 15 Information des salariés

Les parties rappellent que les employeurs des exploitations et entreprises agricoles sont tenus de remettre à leurs salariés un exemplaire de la notice d'information qui leur sera transmise par l'organisme assureur, auprès duquel ils auront souscrit les garanties au titre du présent accord, laquelle définit, notamment, lesdites garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir, les exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Article 16 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

Annexe 1

Garanties complémentaires santé

Les prestations du présent accord respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats "solidaires et responsables".

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, notamment : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait patient urgences, du forfait "actes lourds", du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100 % santé en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO), ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optique et du plafond pour les aides auditives.

Les remboursements garantis s'effectuent poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux (CCAM), dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au présent tableau de garanties.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale et/ou en euros.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au présent tableau de garanties.

(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_0042.pdf/BOCC

Annexe II

Annexe II

Offre à adhésion individuelle et facultative

Extension famille individuelle et facultative (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont également souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à la famille du salarié (conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

L'extension famille (conjoint et enfants) est facultative et est laissée au choix du salarié.

Le taux global de la cotisation mensuelle facultative « extension famille » est à la seule charge du salarié et est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). Le supplément de cotisation représenté par la souscription à cette option demeure entièrement à la charge exclusive du salarié et l'organisme assureur procédera directement à la collecte de la cotisation.

La définition des ayants droit du salarié est précisée ci-dessous.

Définition des ayants droit du salarié :

- le conjoint : personne liée au bénéficiaire par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé (e) de corps ou non divorcé (e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec le bénéficiaire un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le bénéficiaire en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs. La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;
- les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - , âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
 - , âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - , âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - , quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé, AAH, (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du bénéficiaire nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

Annexe III

Annexe III

Dispositions légales sur la portabilité
(art. L. 911-8 du code de la sécurité sociale)

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité 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 :

1° 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 douze mois ;

2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4° 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 ;

5° 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 ;

6° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de 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° 1 du 25 juin 2012 à l'accord du 18 juin 2009 relatif aux frais de santé (Calvados)

25 juin 2012, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2013 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2012-38](#)

Article 1er

L'article 3 est supprimé et remplacé comme suit :

« Article 3

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié non cadre ayant 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise et relevant du champ d'application du présent accord.

Affiliation

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier l'ensemble des salariés visés au présent article auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 6 par la signature d'un bulletin d'affiliation.

Les salariés ayant acquis préalablement le bénéfice du présent accord, à titre collectif, dont le contrat de travail a pris fin et embauchés dans les 3 mois suivant la fin du contrat de travail auprès d'une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application visé à l'article 1er, peuvent transférer leur droit acquis à la couverture complémentaire frais de santé prévue par le présent accord.

Dans ce cadre, les salariés doivent en faire la demande écrite formelle au nouvel employeur.

En tout état de cause et en cas de cessation des garanties, l'ancien salarié a la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à son intention.

Le bénéfice du régime frais de santé prend effet le premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'ancienneté est acquise, ou dès la date de l'embauche du salarié en cas de transfert de droits acquis précédemment pour ce même régime frais de santé.

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.

Cas d'exclusion :

- les cadres 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 prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les VRP ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles obligatoires ;
- les salariés non cadres définis ci-dessus ressortissant à un accord collectif d'entreprise dans les conditions fixées à l'article 13 du présent accord.

Dispenses 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 bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. Toutefois, cette dispense ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément peuvent demander à être exclus de la présente assurance complémentaire ;
- les salariés ayant une faible rémunération : les salariés concernés sont ceux ayant une durée du travail inférieure à un mi-temps et n'ayant qu'un seul employeur ou les apprentis, pour lesquels le montant de cotisation à leur charge représenterait 10 % ou plus de leur rémunération.

Ces salariés qui devraient acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle au revenu, au moins égale à 10 % de leur rémunération, peuvent choisir de ne pas adhérer, sans remise en cause du caractère collectif du régime.

Il est précisé que le caractère collectif n'est toutefois pas remis en cause lorsque, par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur décide de prendre en charge l'intégralité de la cotisation due dès lors que la situation inverse conduirait le salarié à acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle, au moins égale à 10 % de sa rémunération.

Pour les salariés à employeurs multiples 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 a le plus d'ancienneté. Cet employeur prendra en charge la cotisation à la complémentaire frais de santé telle que définie à l'article 7.

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 auprès de son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

La demande d'exclusion doit être notifiée par écrit à l'employeur dans un délai de 1 mois suivant l'obtention de la condition de 6 mois d'ancienneté.

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 premier jour du mois civil suivant. »

Article 2

Le tableau des garanties de l'annexe I est mis à jour et remplacé par celui-ci :

« Tableau des garanties

Garanties	Régime frais de santé		
Remboursements (1) régime de base MSA	Remboursements complémentaires (1) Agri-Prévoyance		
Soins courants			
Honoraires de généralistes et spécialistes	70 % BR	TM (2)	
Dépassements d'honoraires (secteurs conventionnés 1 et 2)	,	200 % BR limité à 4 fois par an	
Pharmacie	De 15 à 100 % BR	TM	
Analyses biologiques, auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthopédistes	60 % BR	TM	
Radiologie, électroradiologie	70 % BR	TM	
Actes techniques (3)	De 35 à 70 % BR	TM	
Prothèses			
Prothèses, gros et petits appareillages (dont orthopédie) Fournitures médicales, pansements	60 % ou 100 % BR TM	TM TM	
Prothèses auditives	60 % BR	250 € par an, par oreille	
Optique		Partenaires GROUPAMA	Autres opticiens
Verres (prise en charge acceptée par le régime de base)	60 % BR	100 % prix négociés (5)	395 % BR + forfait de 275 € par an et par bénéficiaire
Montures, lentilles (prise en charge acceptée par le régime de base)	60 % BR	220 € par an	
Dentaire		Partenaires GROUPAMA	Autres chirurgiens dentistes

Soins dentaires (sauf inlay/ onlay)	70 % BR	100 % FR	30 % BR
Inlay/ onlay	70 % BR	30 % BR	30 % BR
Prothèses acceptées par le régime de base	70 % BR	160 % BR + 300 € par an	140 % BR + crédit de 300 € par an
Orthodontie acceptée par le régime de base	100 % BR	150 % BR	
Hospitalisation médicale ou chirurgicale (4)			
Frais de soins et de séjour	80 % ou 100 % BR	TM	
Dépassements d'honoraires	,	200 % BR	
Forfait journalier	,	100 % du forfait dès le 1er jour	
Chambre particulière	,	40 € par jour limité à 60 jours par an, puis 25 € par jour	
Maternité (4)			
Frais de soins et de séjour	100 % BR	,	
Dépassements d'honoraires et chambre particulière	,	Crédit d'un tiers du PMSS par bénéficiaire et par maternité	
Polyvalents			
Transport	65 % BR	TM	
Forfait actes lourds « 18 € »	,	100 % du forfait	

(1) Uniquement en secteur conventionné 1 et 2, praticiens et/ ou établissements.

(2) Les dépassements sur les consultations hors parcours ne sont pas pris en charge.

(3) Y compris actes de prévention « responsables » prévus par l'arrêté du 8 juin 2006.

(4) Secteur conventionné ou non.

(5) Prise en charge intégrale des verres sélectionnés par les opticiens partenaires et GROUPAMA dans la limite de deux verres par an et par personne.

BR : base de remboursement à partir duquel est calculé le remboursement obligatoire.

TM : ticket modérateur.

FR : frais réels.

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

Les actes de prévention couverts selon la réglementation en vigueur sont les suivants :

1. Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum (SC12).
2. Un dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713,4714,0323,0351).
3. Un scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, une fois par dent et avant le 14e anniversaire.
4. Un bilan du langage oral et/ ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.
5. Un dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.
7. Les vaccinations suivantes seules ou combinées :
 - diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - coqueluche : avant 14 ans ;
 - hépatite B : avant 14 ans ;
 - BCG : avant 6 ans ;
 - rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - haemophilus influenzae B ;
 - vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois. »

Article 3

L'article 11 « Suspension du contrat de travail » est supprimé et remplacé comme suit :

« Article 11

Suspension du contrat de travail

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du présent régime obligatoire 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 sont maintenues et dues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Toutefois, en cas d'arrêt de travail pour maternité, maladie ou accident (vie privée ou professionnelle) d'une durée d'au moins 1 mois civil complet, le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du présent régime obligatoire sera maintenu sans versement de la cotisation employeur et salarié, pendant 1 095 jours au maximum.

Par ailleurs et s'agissant de l'extension famille, les salariés ayant opté pour cette option prévue à l'annexe II de l'accord du 18 juin 2009 continueront de verser la cotisation correspondante auprès d'Agri-Prévoyance.

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, la couverture pourra être maintenue à la demande du salarié formulée à Agri-Prévoyance, sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation. Dans ce cas, Agri-Prévoyance procédera à la collecte de la cotisation directement auprès du salarié. »

Article 4

Le 4e alinéa de l'article 7.1 « Montant de la cotisation » est modifié comme suit :

« Taux et répartition de la cotisation isolée obligatoire :

Le taux global de la cotisation mensuelle du présent régime complémentaire frais de santé est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sera égale à 0,96 % du PMSS.

La tarification isolée obligatoire concerne le salarié seul.

La cotisation obligatoire ainsi prévue est répartie à raison de :

- 20 % à la charge de l'employeur, soit 0,19 % ;
- 80 % à la charge du salarié, soit 0,77 %. »

Article 5

Le paragraphe 2 « Extension famille (conjoint et enfant) individuelle et facultative » de l'annexe II est modifié comme suit :

« Les partenaires sociaux ont également souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à la famille du salarié (conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

L'extension famille (conjoint et enfants) est facultative et est laissée au choix du salarié.

Le taux global de la cotisation mensuelle facultative extension famille est à la seule charge du salarié et exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Elle est égale à 1,75 % du PMSS.

Le supplément de cotisation représenté par la souscription à cette option demeure entièrement à la charge exclusive du salarié et Agri-Prévoyance procédera directement à la collecte de la cotisation. »

Article 6

Les autres clauses de l'accord initial restent inchangées.

Article 7

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 accord.

Le présent accord prendra effet au premier jour du trimestre civil suivant la parution de son arrêté d'extension.

Avenant n° 2 du 4 mars 2014 à l'accord du 18 juin 2009 relatif aux frais de santé (Calvados)

4 mars 2014, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er octobre 2014 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2014-27](#)

Préambule

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 3 du 9 juillet 2013 à l'accord national du 10 juin 2008 concernant une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord départemental du 18 juin 2009. Certaines modifications prennent en compte des dispositions de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013. Ainsi :

- le calcul de l'ancienneté est modifié ;
- les cotisations évoluent afin d'intégrer la portabilité ;
- les cas de dispenses d'affiliation sont mis à jour ;
- les conditions de maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail sont modifiées.

Article 1er Modification partielle de l'article 3 « Salariés bénéficiaires »

Le 5e alinéa du paragraphe « Affiliation » est modifié comme suit :

« 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 6 mois d'ancienneté, ou dès la date d'embauche du salarié en cas de transfert de droits acquis précédemment pour ce même régime frais de santé. »

Le paragraphe « Dispenses d'affiliation » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Dispenses d'affiliation

Le salarié se trouvant dans un des cas ci-dessous a la possibilité de solliciter une dispense d'affiliation au présent régime.

1. Le salarié bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de son conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, avec un niveau de prestations au moins équivalentes à celles du présent accord.

Le salarié peut demander à être exclu de l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord, dès lors qu'il apporte un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire. La dispense d'affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de modification des prestations à un niveau inférieur à celui fixé dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié.

2. Le salarié bénéficiant de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. Cette dispense ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel.

3. Le salarié bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire du fait d'une autre activité, hors champ d'application du présent accord, exercée simultanément.

4. 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 brute.

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 (calcul sur 12 mois continus), le

salarié devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé.

Le caractère collectif n'est toutefois pas remis en cause, lorsque par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur décide de prendre en charge l'intégralité de la cotisation due dès lors que la situation inverse conduirait le salarié à acquitter une cotisation, au moins égale à 10 % de sa rémunération.

5. Les salariés en contrat à durée déterminée y compris les apprentis, ayant 6 mois d'ancienneté et moins de 12 mois d'ancienneté.

Pour les salariés à employeurs multiples 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 auprès de son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense. En cas de non-renouvellement de la demande d'exclusion et des justificatifs, le salarié cotisera obligatoirement au régime frais de santé le premier jour du mois civil suivant.

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.

Après l'entrée en vigueur du présent accord, la demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition d'ancienneté de 6 mois d'ancienneté.

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 premier jour du mois civil suivant.

Dans les cas de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié, ni par l'employeur. »

Article 2 Article 11 : « Suspension du contrat de travail »

L'article 11 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 11

Suspension du contrat de travail

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 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, et donnant lieu à versement d'indemnités journalières par le régime de base

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 par le présent accord sont maintenues sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence, pendant 1 095 jours au maximum. Si l'absence est inférieure à 1 mois la cotisation forfaitaire de l'assurance frais de santé est due intégralement.

Par ailleurs et s'agissant de l'extension famille, les salariés ayant opté pour cette option prévue à l'annexe II de l'accord du 18 juin 2009, continueront de verser la cotisation auprès de l'organisme gestionnaire. »

Article 3 Article 7.1 : « Montant de la cotisation »

L'article 7.1 est ainsi modifié :

« Les garanties sont établies sur la base de la législation en vigueur au moment de la conclusion du présent accord et de ses avenants.

Taux et répartition de la cotisation isolée obligatoire :

Le taux global de la cotisation mensuelle du présent régime " complémentaire frais de santé " est exprimé en

pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sera égal à 0,99 % du PMSS.

La tarification isolée obligatoire concerne le salarié seul.

La cotisation obligatoire ainsi prévue est répartie à raison de :

- 20 % à la charge de l'employeur, soit 0,198 % ;
- 80 % à la charge du salarié, soit 0,792 %. »

Article 4 Article 11 bis : « Portabilité »

Il est ajouté un article 11 bis « Portabilité », dont les dispositions sont les suivantes :

« 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 III au présent avenant.

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 lequel les prestations demandées sont dues. »

Article 5 Annexe III

Il est ajouté une annexe III à l'accord du 18 juin 2009.

« Annexe III

Dispositions légales sur la portabilité

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

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, par la complémentaire santé, 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 :

1. 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 ;
2. Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
3. Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
4. 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 ;
5. 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 ;
6. L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au 1er alinéa. »

Article 6 Annexe II

Dans l'annexe II « Offres à adhésion individuelle et facultative », le paragraphe 2 « Extension famille (conjoint et enfant) individuelle et facultative » est modifié comme suit au 3e alinéa :

« Le taux global de la cotisation mensuelle facultative "extension famille" est à la seule charge du salarié et exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Il est égal à 1,80 % du PMSS (incluant le dispositif portabilité). »

Article 7 Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Article 8 Date d'effet

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.

Le présent avenant prendra effet à compter du premier jour du trimestre civil suivant la publication au Journal officiel de son arrêté d'extension.

Toutefois, s'agissant des dispositions sur la portabilité, le présent accord s'imposera en tout état de cause à compter du 1er juin 2014, mais les nouveaux taux de cotisation s'appliqueront au premier jour du trimestre civil suivant la publication de l'arrêté d'extension du présent accord.

Avenant n° 3 du 17 décembre 2015 à l'accord du 18 juin 2009 relatif aux frais de santé (Calvados)

17 décembre 2015, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er juillet 2016 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2016-40](#)

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 18 juin 2009 sur une protection sociale complémentaire frais de santé en agriculture pour les salariés non cadres de la production agricole du Calvados.

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.

En conséquence, l'accord départemental frais de santé du 18 juin 2009 est modifié comme suit :

Article 1er

Les dispositions de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » sont supprimées et l'article 3 est remplacé comme suit :

« Article 3

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent (1) :

- à tout salarié non cadre ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise, et relevant du champ d'application du présent accord (2) ;

à l'exclusion :

- des cadres et personnels ressortissants de la convention collective du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP et bûcherons-tâcherons ressortissants d'autres dispositions conventionnelles ;
- des salariés non cadres définis ci-dessus bénéficiant d'un régime plus favorable que le présent accord institué dans leur entreprise conformément aux dispositions légales et dans les conditions prévues à l'article 13 ci-après du présent accord, par accord collectif d'entreprise, décision unilatérale ou référendum.

Les salariés ayant acquis préalablement le bénéfice du présent accord, à titre collectif dont le travail a pris fin et embauchés dans les 3 mois suivant la fin du contrat du travail auprès d'une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application visé à l'article 1er peuvent transférer leur droit acquis à la couverture complémentaire frais de santé prévu par le présent accord.

Dans ce cadre, les salariés doivent en faire la demande écrite formelle au nouvel employeur.

Pour les dispositions du présent accord la condition d'ancienneté est réputée acquise au 1er jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert l'ancienneté requise, ou dès la date d'embauche du salarié en cas de transfert de droits acquis précédemment pour ce même régime frais de santé.

Dispenses d'affiliation

Par exception aux dispositions de l'article 4.1 du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du

salarié, de dispense d'adhésion au dispositif frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

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

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 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 (voir arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :
 - , dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
 - , régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
 - , régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'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.

La demande de dispense doit être notifiée par écrit avant la fin du 1er mois qui suit l'obtention de la condition d'ancienneté de 3 mois.

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 frais de santé à compter du 1er jour du mois civil suivant.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. 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 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. »

(1) Nota : les dispositions de l'article 3, premier paragraphe, concernant l'ancienneté, entrent en application conformément aux dispositions réglementaires au 1er janvier 2016.

(2) Le quatrième alinéa de l'article 1 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 14 octobre 2016 - art. 1)

Article 2

L'article 5 « Garanties » est supprimé. Il est créé un article 5.1 et un article 5.2. L'article 5 est donc remplacé comme suit :

« Article 5

Garanties

Le présent régime ne couvre à titre obligatoire que le salarié seul.

Article 5.1

Niveau des garanties

Toutes les garanties frais de santé du présent accord présentées dans le tableau figurant dans l'annexe I du présent accord sont exprimées :

- en % de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 3 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 protection sociale dont relève le salarié visé à l'article 3 du présent accord.

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent dispositif (*régime général de la sécurité sociale ou de la MSA et garanties complémentaires*) (1) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

Article 5.2

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/ SD2A/ SD3C/ SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015.

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 neuvième alinéa de l'article 2, en remplacement des mots « (*régime général de la sécurité sociale et garanties complémentaires*), lire les mots « (*régime de base de la sécurité sociale et garanties complémentaires*) ».

(Arrêté du 14 octobre 2016-art. 1)

Article 3

L'article 6 « Gestion du régime complémentaire frais de santé » est supprimé.

Article 4

L'article 7 « Cotisations » devient l'article 6 et son titre et ses dispositions sont modifiés. Les articles 7.1 « Montant de la cotisation » et 7.2 « Appel et recouvrement des cotisations » sont supprimés et remplacés par un article 6 unique intitulé « Financement du dispositif frais de santé ».

Les dispositions de l'article 7 sont donc modifiées en conséquence comme suit :

« Article 6

Financement du dispositif frais de santé

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

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'art. 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 du dispositif départemental obligatoire frais de santé.

Ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre (part salariale et patronale). »

Article 5

Les dispositions de l'article 8 « Règlement des prestations » sont supprimées.

Article 6

Les dispositions de l'article 9 et son titre « Tiers payant et utilisation du réseau optique/ dentaire de Groupama » sont modifiées et l'article 9 devient l'article 7. En conséquence l'article 9 est modifié comme suit :

« Article 7

Tiers payant

Après affiliation de l'assuré auprès de l'organisme assureur, l'organisme gestionnaire délivrera une carte santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention le cas échéant d'une prise en charge hospitalière.

Cette carte santé reste la propriété de l'assureur. »

Article 7

L'article 10 « Cessation des garanties » devient l'article 8 et est modifié comme suit :

« Article 8

Maintien de garantie au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 10, les garanties cessent d'être accordées à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail du salarié.

Toutefois, 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 (maintien prévu à l'article 10 ci-après) ;
- 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 applicables aux salariés actifs.

Cette adhésion est purement facultative. Elle est à la charge du seul bénéficiaire et n'emporte aucune obligation pour l'employeur en matière de cotisations ou de prestations.

Par extension, les anciens salariés privés d'emploi, non bénéficiaires d'un revenu de remplacement pourront également demander le maintien des garanties frais de santé. Toutefois, la demande devra être effectuée auprès du gestionnaire dans le mois suivant la date de rupture du contrat de travail. »

Article 8

L'article 11 « Suspension du contrat » devient l'article 9 et son titre et ses dispositions sont modifiées comme suit :

« Article 9

Maintien des garanties

En cas de suspensions du contrat de travail non indemnisées

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant, à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 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.

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant, à la couverture frais de santé *et prévoyance* (1) est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le dispositif de protection sociale complémentaire.

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement, et la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ ou complément de salaire versé par l'employeur.

Par ailleurs et s'agissant de l'extension famille facultative, les salariés ayant opté pour cette option prévue en annexe II du présent accord s'acquitteront de la cotisation auprès de l'organisme gestionnaire. »

(1) Au quinzième alinéa de l'article 8, les mots « et prévoyance » sont exclus du bénéfice de l'extension.

(Arrêté du 14 octobre 2016 - art. 1)

Article 9

L'article 11 bis « Portabilité » devient l'article 10 et son titre est modifié :

« Article 10

Portabilité à titre gratuit

Les salariés entrant dans le champ d'application du présent accord et couverts collectivement par les garanties frais de santé bénéficient des dispositions légales sur le maintien du régime frais de santé 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. Dispositions figurant en annexe III au présent avenant pour information.

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. »

Article 10

L'article 12 « Accord de gestion spécifique et suivi du régime » devient l'article 11 et change de titre et de rédaction :

« Article 11

Commission paritaire de suivi du régime frais de santé

Afin d'assurer la parfaite sécurité juridique du dispositif de protection sociale complémentaire des salariés non cadres en agriculture (compte tenu des possibles évolutions législatives ou réglementaires) et pour suivre l'application du présent accord, les signataires instituent une " commission paritaire de suivi de l'accord ".

Cette commission exerce ses fonctions sous le contrôle et sous la direction de la commission paritaire départementale qui reste seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

La commission paritaire de suivi est composée de 1 représentant désigné par chaque organisation syndicale de salariés signataire de l'accord départemental et par un nombre équivalent de représentants des organisations professionnelles d'employeurs signataires.

La présidence est assurée alternativement pour une période de 2 ans par un représentant choisi alternativement dans chaque collège. Le secrétariat est assuré par la FDSEA du Calvados. »

Article 11

L'article 13 « Antériorité des régimes d'entreprise » devient l'article 12. Les 2e et 3e alinéas de l'article 12 sont modifiés comme suit :

« Article 12

Antériorité des régimes d'entreprise

Les employeurs relevant d'un accord collectif, d'un accord ratifié à la majorité des salariés ou d'une décision unilatérale de l'employeur, comportant des dispositions moins favorables au présent accord, devront appliquer celles du dispositif frais de santé départemental ou adapter leurs garanties pour répondre aux présentes obligations conventionnelles en matière notamment :

- de garanties minimales obligatoires ;
- de conditions d'accès (ancienneté ...) ;
- de financement minimum de l'employeur.

S'agissant de la comparaison du niveau des prestations pour l'application des garanties minimales obligatoires, lors de concours entre actes juridiques applicables en matière de frais de santé : elle devra s'opérer entre chacune des catégories de garanties desdits actes coexistants, c'est-à-dire ligne à ligne, afin que celles applicables aux exploitations et entreprises agricoles concernées soient au moins aussi favorables que pour celles mises en place au titre du présent accord.

Suite à cette comparaison du niveau des prestations, pour l'application de la garantie minimale obligatoire, le dispositif frais de santé défini par le présent accord ne se cumule pas avec tout autre système de garanties collectives ayant la même cause ou le même objet. »

Article 12

L'article 14 « Recours contre des tiers responsables » devient l'article 13 et est modifié comme suit :

« Article 13

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement des prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales. »

Article 13

L'article 15 « Clause de réexamen-dénonciation » est réécrit comme suit et son titre est modifié.

L'article 15 devient l'article 14 :

« Article 14

Dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé à tout moment par l'une ou l'autre des parties signataires sous réserve d'un préavis de 3 mois, selon les modalités de dénonciation prévues à l'article L. 2261-9 du code du travail. »

Article 14

Il est ajouté un nouvel article « Information des salariés » qui devient l'article 15 et est rédigé comme suit :

« Article 15

Information des salariés

Les parties rappellent que les employeurs des exploitations et entreprises agricoles sont tenus de remettre à leurs salariés un exemplaire de la notice d'information qui leur sera transmise par l'organisme assureur, auprès duquel ils auront souscrit les garanties au titre du présent accord, laquelle définit, notamment, lesdites garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir, les exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription ».

Article 15

L'annexe I présente le nouveau tableau des garanties du dispositif frais de santé départemental mis en conformité avec les dispositions légales et réglementaires.

L'annexe II « Offres à adhésion individuelle et facultative » est modifiée.

L'annexe « Dispositions légales sur la portabilité » devient l'annexe III, sans changement de rédaction.

Article 16

Les autres clauses de l'accord demeurent inchangées.

Article 17 Entrée en vigueur

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet à compter du 1er juillet 2016, à l'exception des dispositions de l'article 3, premier paragraphe, concernant l'ancienneté, et de l'article 6, du présent avenant, qui entrent en application conformément aux dispositions réglementaires au 1er janvier 2016.

Article 18 Dépôt et extension

Le présent avenant est 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, sans délai, l'extension du présent avenant qui sera déposé à l'unité territoriale du Calvados de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Basse-Normandie.

Annexe

Annexe I

Tableau garantie complémentaire santé

Nature des frais	Remboursement du régime de base hors Alsace-Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement complémentaire régime de base inclus
Frais médicaux			
Honoraires de praticien : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Dépassement d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	200 % BR limité à 4 fois par an	200 % BR limité à 4 fois par an
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y. c. non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d'autorité)	-	100 % BR limité à 4 fois par an	100 % BR limité à 4 fois par an

Auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Analyses, examens de laboratoire	De 60 % à 100 % BR	0 à 40 % BR	100 % BR
Radiologie (1), électroradiographie (1), imagerie médicale (1) et ostéodensitométrie (1)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention (2)	De 35 % à 70 % BR	30 à 65 % BR	100 % BR
Autres actes techniques (1)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Pharmacie			
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	70 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 % BR	100 % BR
Hospitalisation (y compris maternité)			
Frais de soins et de séjour	80 % ou 100 % BR	0 à 20 % BR	100 % BR
Honoraires	80 % ou 100 % BR	0 à 20 % BR	100 % BR
Dépassement d'honoraires			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	200 % BR	200 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y. c. non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d'autorité)	-	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	-	FR	FR
Chambre particulière (par jour par an et par bénéficiaire)	-	40 € par jour limité à 60 jour par an puis 25 € par jour	40 € par jour limité à 60 jours par an puis 25 € par jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	-		
Maternité (4)		1/3 PMSS	1/3 PMSS
Optique			
Monture, verres : un équipement tous les 2 ans (à compter de la date d'acquisition) sauf pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue. Maximum 150 € pour la monture.			
Monture + 2 verres	60 % BR	390 €	60 % BR + 390 €
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR + 220 € tous les ans	100 % BR + 220 € tous les ans
Dentaire			
Frais de soins	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Honoraires	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base	70 % BR	140 % BR + crédit de 300 € par an	210 % BR + crédit de 300 € par an
Inlays Onlays	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Inlay Cores	70 % BR	55 % BR	125 % BR

Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	80 % ou 50 % BR	150 % BR
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60 % ou 100 %	0 à 40 %	100 % BR
Prothèses auditives remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR + 250 € par an et par oreille	100 % BR + 250 € par an et par oreille
Cures thermales			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux (1), transport, hébergement, surveillance	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR	100 % BR
Divers			
Transports remboursés par le régime de base	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait actes lourds (3)	-	FR	FR
(1) Pour les éventuels dépassements, se référer aux dépassements frais médicaux. Si garantie différente, ajouter lignes de garanties avec distinction CAS/ non CAS. (2) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information liste annexée ci-dessous à la date du 18 novembre 2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage de l'hépatite B ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge). (3) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur à 60). (4) Dans la limite des frais réellement engagés.			

Annexe II

Offres à adhésion individuelles et facultatives

1. Salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

S'agissant des salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté permettant d'accéder au régime mis en place par le présent accord, les partenaires sociaux ont souhaité qu'ils puissent accéder à un régime à adhésion volontaire et facultative offrant des prestations identiques à un taux de cotisation identique à celui de la garantie obligatoire. Ces salariés peuvent donc demander à bénéficier à titre individuel des garanties prévues par le présent accord, auprès de l'organisme assureur et dans les conditions prévues par ce dernier. L'organisme assureur proposera ainsi aux salariés intéressés un contrat individuel.

Ce régime est ouvert auprès du même organisme que celui choisi pour le régime obligatoire dans les conditions prévues par celui-ci.

La cotisation qui en résulte est entièrement à la charge du salarié et l'organisme assureur procédera directement au recouvrement de la cotisation auprès du salarié.

2. Extension famille individuelle et facultative (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont également souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à la famille du salarié (conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

L'extension famille (conjoint et enfants) est facultative et est laissée au choix du salarié.

Le taux global de la cotisation mensuelle facultative « extension famille » est à la seule charge du salarié et est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). Le supplément de cotisation représenté

par la souscription à cette option demeure entièrement à la charge exclusive du salarié et l'organisme assureur procédera directement à la collecte de la cotisation.

La définition des ayants droit du salarié est précisée ci-dessous.

Définition des ayants droit du salarié :

- le conjoint : personne liée au bénéficiaire par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé (e) de corps ou non divorcé (e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec le bénéficiaire un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le bénéficiaire en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs. La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;
- les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
- âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
- âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
- âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé, AAH, (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du bénéficiaire nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

Annexe III

Dispositions légales sur la portabilité (art. L. 911-8 du code de la sécurité sociale)

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité 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 :

1° 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 douze mois ;

2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4° 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 ;

5° 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 ;

6° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de 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° 4 du 10 octobre 2017 à l'accord du 18 juin 2009 relatif aux frais de santé (Calvados)

10 octobre 2017, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2019 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2018-41](#)

Préambule

Les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements à l'accord protection sociale complémentaire frais de santé en agriculture pour les salariés non cadres de la production agricole du Calvados du 18 juin 2009 s'agissant de la mise en œuvre du principe de solidarité et de mutualisation avec le fonds de solidarité national.

Ils ont par ailleurs modifié les dispositions relatives aux salariés bénéficiaires, mis en conformité et amélioré les garanties santé en optique et orthodontie du tableau de garanties figurant en annexe I.

Article 1er

Les dispositions de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » sont modifiées dans sa 1re partie (avant la partie « dispenses d'affiliation ») :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent :

- à tout salarié non cadre sans condition d'ancienneté ;
- et relevant du champ d'application du présent accord.

À l'exclusion :

- des cadres et personnels ressortissants de la convention collective du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP et bûcherons-tâcherons ressortissants d'autres dispositions conventionnelles,
- des salariés non cadres définis ci-dessus bénéficiant d'un régime plus favorable que le présent accord institué dans leur entreprise conformément aux dispositions légales et dans les conditions prévues à l'article 13 ci-après du présent accord, par accord collectif d'entreprise, décision unilatérale ou référendum.

Du fait de l'application du présent accord sans condition d'ancienneté requise à tous les salariés, sauf cas de dispense dûment justifiés, les salariés sont affiliés à la garantie santé dès le 1er jour de leur embauche. »

Les cotisations seront appelées en conséquence au pro rata temporis en fonction de la date d'entrée pour le mois considéré.

Article 2

Afin de mettre en conformité l'accord départemental et améliorer les remboursements optiques et orthodontie, le tableau de garantie de l'annexe I est abrogé et remplacé par le tableau ci-joint.

Article 3 Les offres à adhésion individuelles et facultatives

Toute la partie 1 de l'annexe II « Les offres à adhésion individuelles et facultatives » est supprimée. Le titre de l'annexe II devient : « Offre à adhésion individuelle et facultative ».

Le chiffre 2 devant « L'extension famille individuelle et facultative (conjoint et enfants) » est supprimé.

Article 4 Principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, selon les mêmes modalités que celles de l'accord national du 10 juin 2008.

Le présent accord départemental s'inscrit dans le cadre de la participation à la mutualisation du fonds de solidarité institué au niveau national. En conséquence de quoi, les entreprises couvertes par le présent accord départemental n'ont pas de dispositions particulières à conclure à leur niveau.

Article 5

Les autres clauses de l'accord du 18 juin 2009 précité restent inchangées.

Article 6 Entrée en vigueur

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet le premier jour du trimestre civil suivant la publication au Journal officiel de son arrêté d'extension et au plus tôt le 1er juillet 2018.

Article 7 Dépôt et extension

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues par l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant, qui sera déposé à l'unité départementale du Calvados de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Normandie.

Annexe

Annexe I

Tableau garantie complémentaire santé

Nature des frais	Remboursement du régime de base hors Alsace-Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total régime de base inclus
Frais médicaux			
Honoraires de praticien : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Dépassement d'honoraires :			
- médecins adhérents aux DIDTM (1)	-	200 % BR	200 % BR limité à 4 fois par an
- médecins non adhérents aux OPTM (1)	-	100 % BR	100 % BR limité à 4 fois par an
Auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Analyses, examens de laboratoire	de 60 % à 100 % BR	de 0 % à 40 % BR	100 % BR
Radiologie (2) électroradiographie (2), imagerie médicale (2) et ostéodensitométrie (2)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention (3)	de 35 % à 70 % BR	de 30 % à 65 % BR	100 % BR
Autres actes techniques	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Pharmacie			
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	70 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 % BR	100 % BR
Hospitalisation			
Frais de soins et de séjour	80 % ou 100 % BR	0 % ou 20 % BR	100 % BR
Honoraires	80 % ou 100 % BR	0 % ou 20 % BR	100 % BR
Dépassement d'honoraires :			
- médecins adhérents aux DPTM (1)	-	200 % BR	200 % BR

- médecins non adhérents aux DPTM (1)	-	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	-	FR	FR
Chambre particulière (par jour/ an/ bénéficiaire)	-	40 € par jour limité à 60 jours par an puis 25 € par jour	40 € par jour limité à 60 jours par an puis 25 € par jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	-		
Maternité (4)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Optique			
Monture, verres : Un équipement tous les 2 ans (à compter de la date d'acquisition) sauf pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue. Maxi 150 € pour la monture.			
Équipement verres unifocaux : 2 verres + 1 monture (5)	60 % BR	350 €	60 % BR + 350 €
Équipement verres mixtes : 2 verres + 1 monture (5)	60 % BR	450 €	60 % BR + 450 €
Équipement verres multifocaux : 2 verres + 1 monture (5)	60 % BR	550 €	60 % BR + 550 €
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR, 220 € tous les ans	100 % BR + 220 € tous les ans
Dentaire			
Frais de soins	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Honoraires	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (y compris couronne implanto-portée)	70 % BR	160 % BR 1 - 300 par an	230 % BR + 300 € par an
Inlays Onlays	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Inlay Cores	70 % BR	55 % BR	125 % BR
Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	230 % ou 200 % BR	300 % BR
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60 % ou 100 % BR	0 % ou 40 % BR	100 % BR
Prothèses auditives remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR + 250 € par an par oreille	100 % BR + 250 € par an par oreille
Cures thermales			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux (2). transport, hébergement, surveillance	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR	100 % BR
Divers			
Transports remboursés par le régime de base	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait actes lourds (6)	-	FR	FR

BR : base de remboursement, FR : frais réels, PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale il est de 3 311 € en 2017 ; 1/3 du PMSS = 1 103,66 €.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévus à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (OPTAM/ OPTAM-Co).

(2) Pour les éventuels dépassements d'honoraires, se référer aux dépassements frais médicaux.

(3) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information liste annexée ci-dessous à la date du 18 novembre 2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage de l'hépatite B ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).

(4) Dans la limite des frais réellement engagés.

(5) Verres unifocaux :

- verres unifocaux simples (catégorie A) : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre, 6,00 et + 6,00 dioptries et/ ou dont le cylindre est inférieur ou égal + 4,00 dioptries ;

- verres unifocaux complexes (catégorie c) : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de, 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe, 1 verre simple et 1 verre très complexe, 1 verre complexe et 1 verre très complexe.

Verres multifocaux :

- verres multifocaux complexes (catégorie C) et très complexes (catégorie F : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries).

(6) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2016). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 (ou dont le coefficient est supérieur à 60).

Avenant n° 5 du 2 octobre 2018 à l'accord du 18 juin 2009 relatif aux frais de santé (Calvados)

2 octobre 2018, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er avril 2019 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2019-4](#)

Préambule

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 6 du 17 avril 2018 à l'accord national du 10 juin 2008 concernant la protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord de protection sociale complémentaire frais de santé en agriculture pour les salariés non cadres de la production agricole du Calvados du 18 juin 2009, relatifs à l'amélioration de prestations du tableau de garanties.

Article 1er

Le tableau de garanties de l'annexe 1 est remplacé par le tableau ci-après :

« Annexe 1

Tableau de garantie complémentaire santé

Accord santé du Calvados

Nature des frais	Remboursement du régime de base hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire	Remboursement total Régime de base inclus
FRAIS MÉDICAUX			
Honoraires de praticien : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Dépassement d'honoraires :			
- médecins adhérents aux DPTM (1)	-	200 % BR	200 % BR limité à 4 fois par an

- médecins non adhérents aux DPTM (1)	-	100 % BR	100 % BR limité à 4 fois par an
Auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Analyses, examens de laboratoire	de 60 % à 100 % BR	de 0 % à 40 % BR	100 % BR
Radiologie (2) électroradiographie (2), imagerie médicale (2) et ostéodensitométrie (2)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention (3)	de 35 % à 70 % BR	de 30 % à 65 % BR	100 % BR
Autres actes techniques (2)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Honoraires médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie, étio-pathie, microkinésithérapie	-	30 €/1 séance/ an/ bénéficiaire	30 €/1 séance/ an/ bénéficiaire
PHARMACIE			
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	70 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION			
Frais de soins et de séjour	80 % ou 100 % BR	0 % ou 20 % BR	100 % BR
Honoraires	80 % ou 100 % BR	0 % ou 20 % BR	100 % BR
Dépassement d'honoraires :			
- médecins adhérents aux DPTM (1)	-	200 % BR	200 % BR
- médecins non adhérents aux DPTM (1)	-	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	-	FR	FR
Chambre particulière (par jour/ an/ bénéficiaire)	-	40 €/ j limité à 60j/ an puis 25 €/ j	40 €/ j limité à 60j/ an puis 25 €/ j
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	-		
Maternité (4)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
OPTIQUE			
Monture, verres : Un équipement tous les 2 ans (à compter de la date d'acquisition) sauf pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue. Maxi 150 € pour la monture.			
1 monture + 2 verres simples (5)	60 % BR	350 €	60 % BR + 350 €
1 monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou 1 verre très complexe (5)	60 % BR	450 €	60 % BR + 450 €
1 monture + 2 verres complexes ou 2 verres très complexes ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe (5)	60 % BR	550 €	60 % BR + 550 €
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR + 220 € tous les ans	100 % BR + 220 € tous les ans
DENTAIRE			
Frais de soins	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Honoraires	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (y compris couronne implanto-portée)	70 % BR	160 % BR + 300 €/ an	230 % BR + 300 €/ an

Inlays-Onlays	70 % BR	55 % BR	125 % BR
Inlay Cores	70 % BR	55 % BR	125 % BR
Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	230 % ou 200 % BR	300 % BR
APPAREILLAGE			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60 % ou 100 % BR	0 % ou 40 % BR	100 % BR
Prothèses auditives remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR + 250 €/ an/ oreille	100 % BR + 250 €/ an/ oreille
CURES THERMALES			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux (2), transport, hébergement, surveillance	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR	100 % BR
DIVERS			
Transports remboursés par le régime de base	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait actes lourds (6)	-	FR	FR
BR : base de remboursement ; FR : frais réels ; PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale, il est de 3 311 € en 2017 ; 1/3 du PMSS = 1 103,66 €. (1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévus à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (OPTAM/ OPTAM-CO). (2) Pour les éventuels dépassements d'honoraires, se référer aux dépassements frais médicaux. (3) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information liste annexée ci-dessous à la date du 18/11/2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage de l'hépatite B ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge). (4) Dans la limite des frais réellement engagés. (5) prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles. Verres simples (catégorie a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre, 6,00 et + 6,00 dioptries et/ ou dont le cylindre est inférieur ou égal + 4,00 dioptries. Verres complexes (catégorie c) : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de, 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries. Verres très complexes (catégorie f) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries. (6) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2016). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur à 60).			

Article 2

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet à compter du 1er jour du trimestre civil suivant la publication au Journal officiel de son arrêté d'extension.

Article 3

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues par l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant qui sera déposé à l'unité territoriale du Calvados de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Normandie.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de l'accord du 18 juin 2009.

Avenant n° 6 du 22 septembre 2020 à l'accord du 18 juin 2009 relatif aux frais de santé (Calvados)

22 septembre 2020, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2020 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2021-14](#)

Préambule

Pour se mettre en conformité avec la nouvelle réglementation relative aux contrats responsables à la suite des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements du tableau des garanties santé.

Par ailleurs, en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent avenant ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, les entreprises de la branche sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de 50 salariés. Aussi, les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les entreprises de la branche, y compris les TPE de moins de 50 salariés, et ce afin de ne pas remettre en cause le régime social et fiscal de faveur attaché au présent régime.

Article 1er Mise à jour du tableau des garanties

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

« Annexe 1

Garanties complémentaires de base frais de santé

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait " actes lourds ", du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins " 100 % santé " en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO) ainsi que, en dehors des paniers de soins " 100 % santé ", des planchers et plafonds pour les frais d'optiques et du plafond pour les aides auditives.

(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_20210014_0000_0040.pdf/BOCC

Article 2

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet à compter du 1er janvier 2020.

Article 3

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues par l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant, qui sera déposé à l'unité territoriale du Calvados de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Normandie.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de l'accord du 18 juin 2009.