

# ***Frais de santé des non-cadres, Eure (accord du 9 juillet 2009), Eure (27)***

Accord consolidé et avenants en vigueur dans ce département

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Texte             | Accord du 9 juillet 2009 instaurant un régime complémentaire frais de santé pour les salariés non cadres des entreprises et exploitations de polyculture et d'élevage, des exploitations maraîchères et de cultures légumières de plein champ et des coopératives d'utilisation de matériels agricoles de l'Eure |
| État              | En vigueur, étendu                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Départements      | Eure (27)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Textes en vigueur | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Légifrance        | <a href="https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000052131734">https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000052131734</a>                                                                                                                                                                  |

# Sommaire

**Accord et avenants en vigueur : Eure (27)** 4 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 : Eure (27)

---

### **Accord du 9 juillet 2009 instaurant un régime complémentaire frais de santé pour les salariés non cadres des entreprises et exploitations de polyculture et d'élevage, des exploitations maraîchères et de cultures légumières de plein champ et des coopératives d'utilisation de matériels agricoles de l'Eure**

9 juillet 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2010 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2009-43](#)

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

Le présent accord constituera l'annexe IV de la convention collective du 28 juin 1985 concernant les exploitations et les entreprises agricoles de l'Eure.

#### **Article 1er Champ d'application**

Le présent accord est applicable à l'ensemble des salariés non cadres des exploitations et entreprises agricoles entrant dans le champ d'application professionnelle défini par la convention collective du 28 juin 1985 et ses avenants ultérieurs concernant les entreprises et exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations maraîchères et de cultures légumières de plein champ et les coopératives d'utilisation de matériels agricoles (CUMA) de l'Eure.

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

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

#### **Article 2 Durée**

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tôt le 1er janvier 2017.

#### **Article 3 Révision et dénonciation**

Le présent accord pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2222-5, L. 2222-6 et L. 2261-7 à L. 2261-13 du code du travail.

*Conformément à l'article L. 2261-7 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier. (1)*

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles représentatives dans le champ d'application de l'accord se réunira alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

*Conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de 3 mois. (2)*

La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail.

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles représentatives dans le champ d'application de l'accord se réunit alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de 3 mois.

L'accord dénoncé continue donc à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois.

*(1) Le deuxième alinéa de l'article 3 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-7 du code du travail.*

*(Arrêté du 11 septembre 2017 - art. 1)*

*(2) Le sixième alinéa de l'article 3 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-10 du code du travail.*

*(Arrêté du 11 septembre 2017 - art. 1)*

## **Article 4 Dispositif frais de santé**

### **Article 4.1 Salariés bénéficiaires**

Les dispositions de l'accord du 9 juillet 2009 s'appliquent à tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, relevant du champ d'application de l'accord précité et 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 des techniciens, agents de maîtrise et cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée.

En outre, les salariés pourront étendre facultativement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, à leurs ayants droit.

Il est toutefois précisé que, pour les salariés dont la durée du contrat de travail ou du contrat de mission est inférieure ou égale à 3 mois et ceux dont la durée effective de travail prévue par ce contrat est inférieure ou égale à 15 heures par semaine, l'obligation de couverture prévue par le présent régime et la portabilité prévue par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale sont assurées selon les seules modalités prévues au paragraphe II de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.

Ces salariés ne seront donc pas affiliés au contrat collectif souscrit par leur employeur mais devront personnellement souscrire un contrat complémentaire " santé " présentant un caractère " solidaire " et " responsable " portant sur la période concernée.

La justification de l'existence de ce contrat leur permettra, le cas échéant, à la condition expresse qu'ils en fassent la demande à leur employeur dès la date de leur embauche, de bénéficier d'un " versement santé " de leur employeur, dans les conditions et limites définies aux articles D. 911-6 et suivants du code de la sécurité sociale.

Il est, cependant, rappelé que ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice de la " Complémentaire santé solidaire " (C2S), d'une couverture collective et obligatoire y compris en tant qu'ayant droit ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

### **Article 4.2 Définition des ayants droit**

Les définitions des ayants droit ci-dessous sont applicables :

- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparée de corps ou non divorcée 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 salarié 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 salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile et de façon notoire ; 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. Cette déclaration doit également indiquer le numéro de sécurité sociale de chaque intéressé ;

- les enfants à charge du salarié, 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 28 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la « Complémentaire santé solidaire » (CSS). L'enfant est considéré à charge tant qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessus, même s'il exerce temporairement ou accessoirement une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de cette activité ;
- , âgés de moins de 28 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 cette 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 salarié nés " viables " moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié à condition d'être à charge du bénéficiaire au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

#### **Article 4.3 Cas de dispenses d'adhésion du dispositif frais de santé**

Les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous, ont la possibilité de se dispenser, à leur initiative, de leur obligation d'adhésion prévue par le régime en application des articles L. 911-7 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale :

- 1° Les salariés bénéficiaires d'une complémentaire santé solidaire en application de l'article L. 861-3 (CSS). La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- 2° Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de leur embauche. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- 3° Les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :
  - a) Dispositif de garanties remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 (complémentaire santé collective et obligatoire) ;
  - b) Dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou 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 (mutuelles des agents de l'État ou des collectivités territoriales) ;
  - c) Contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (contrats d'assurance de groupe dits " Madelin ") ;
  - d) Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;
  - e) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières.

En outre, peuvent demander une dispense d'adhésion, au titre du régime, les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :

- 1° 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 justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- 2° 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 justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- 3° 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 justifier par écrit en produisant tous

documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

En cas d'augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, si la cotisation représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement cotiser à la complémentaire santé solidaire (CSS).

Le caractère collectif n'est 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 brute.

Cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise

Pour les couples travaillant dans la même entreprise, un seul des membres du couple peut être affilié en propre, son conjoint pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Si le salarié ne remplit plus les conditions d'adhésion facultative, il doit en informer l'employeur.

La dispense prend fin en cas de modification de la situation du salarié ne lui permettant plus d'en justifier les conditions, en cas de non-renouvellement annuel des justificatifs ou à sa demande ; il doit alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant.

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

#### **Article 4.4 Niveau des garanties du dispositif frais de santé**

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles signataires du présent accord ont décidé de mettre en place une couverture santé comportant un niveau minimum obligatoire de garanties.

La nature et le montant des prestations de cette couverture sont détaillés en annexe I du présent article 1er.

Les garanties sont exprimées :

- en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le bénéficiaire ;
- en fonction du ticket modérateur ;
- ou forfaitairement.

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

*(1) Au dernier alinéa de l'article 4.4, en remplacement des mots « (régime général et local de la Sécurité sociale et garanties complémentaires) » lire les mots « régime de base de la sécurité sociale et régime local d'Alsace-Moselle et garanties complémentaires) ».*

*(Arrêté du 11 septembre 2017 - art. 1)*

#### **Article 4.5 Contrat “ solidaire ” et “ responsable ”**

Le présent dispositif frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits “ solidaires ” et “ responsables ”, notamment celles posées par les articles L. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'à leur 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 aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

#### **Article 4.6 Portabilité loi Évin**

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite “ loi Évin ” 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'art. 7 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, les tarifs applicables aux personnes visées aux alinéas précédents peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret.

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

## **Article 5 Financement du dispositif frais de santé**

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties définies par le présent accord, au titre du seul salarié, est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié.

En tout état de cause, le salarié souhaitant garantir ses ayants droit devra assurer la totalité du financement correspondant à leur couverture.

## **Article 6 Mise en œuvre du principe de solidarité**

### **Article 6.1 Dispositifs de prévention et d'action sociale**

Afin de permettre la mise en place du dispositif de prévention et d'action sociale répondant au principe de solidarité, au titre du dispositif d'assurance complémentaire santé, au moins 1 % de la cotisation de la couverture complémentaire santé sera affecté au financement de ces mesures, lesquelles doivent notamment comprendre :

- une action collective de prévention sur les troubles musculo-squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladies professionnelles dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle/ retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités relevant du présent accord, notamment en cas de handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprises ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- le financement du maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini aux articles 6.2 et 6.3 ci-après.

### **Article 6.2 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée**

L'adhésion des salariés 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 de 3 mois, 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.

Dans tous les cas, le salarié demeure redevable de la cotisation correspondant à la couverture de ses ayants droit.

### **Article 6.3 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée**

Les garanties prévues par le contrat sont maintenues pendant la période de suspension du contrat de travail, au participant lorsque :

- le participant est indemnisé au titre de l'incapacité temporaire et permanente de travail pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base des assurances sociales.

Dans cette situation, l'entreprise et le participant sont exonérés du versement des cotisations pour tout mois civil entier d'arrêt de travail.

Si l'absence est inférieure à mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement ;

- le participant bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'entreprise, notamment : en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée ou en cas de congé de reclassement ou de congé de mobilité.

Dans cette situation, le versement des cotisations doit être effectué par l'entreprise et le participant pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée, dans les mêmes conditions que lorsque vous êtes en activité.

Dans tous les cas, le salarié demeure redevable de la cotisation correspondant à la couverture de ses ayants droit.

### **Article 7 Portabilité à titre gratuit**

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés des employeurs des exploitations et entreprises agricoles, entrant dans le champ d'application du présent accord et couverts collectivement par les garanties frais de 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 :

#### **Article 7.1 Durée., Limites**

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 de l'assurance 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 un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- à la date à laquelle l'ancien salarié reprend une activité professionnelle ;
- à la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période du maintien de couverture ;
- dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime d'assurance chômage (notamment en cas de radiation des listes de Pôle emploi) ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale (sauf en cas de cumul chômage, retraite) ;
- en cas de décès de l'ancien salarié.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires en application du dispositif frais de santé prévu par le présent accord aient été ouverts chez le dernier employeur.

#### **Article 7.2 Garanties maintenues**

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'exploitation ou l'entreprise agricole.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

L'ancien salarié bénéficie des mêmes droits qu'avant la rupture du contrat de travail, donc des mêmes niveaux de garantie.

La portabilité s'applique, dans les mêmes conditions, le cas échéant, aux ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail de l'intéressé.

### **Article 7.3 Formalités de déclaration**

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur qui met en œuvre la couverture dont il bénéficiait, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent article 7, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après.

L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail du salarié et il informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail de celui-ci.

Pour bénéficier du maintien, l'ancien salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

### **Article 7.4 Cotisations**

Ce dispositif de maintien de couverture est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations. Ainsi les anciens salariés bénéficient de la portabilité sans contrepartie de cotisation. Le coût lié à ce dispositif est intégré à la cotisation des salariés en activité.

### **Article 8 Maintien de la couverture**

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi Évin, les clauses des contrats collectifs d'assurance, permettant à l'employeur de couvrir ses obligations au titre du présent accord, devront prévoir les modalités et les conditions tarifaires selon lesquelles le ou les organismes assureurs, maintiendront cette couverture, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux, au profit de la population concernée, sous réserve qu'ils en fassent la demande, avant la fin du délai de préavis, en cas de résiliation ou non-renouvellement desdits contrats collectifs.

Dès lors, si ledit contrat collectif d'assurance prend fin, quelle que soit la partie qui en a pris l'initiative, il devra prévoir la possibilité pour l'assuré de souscrire individuellement un contrat frais de santé auprès de l'organisme assureur qui avait pris en charge l'assurance de groupe, qui a été résiliée ou non renouvelée.

### **Article 9 Information des assurés**

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.

Les salariés des exploitations et entreprises agricoles seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

### **Article 10 Commission paritaire de suivi de l'accord**

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

Elle est composée de deux représentants et d'un suppléant désignés par chacune des organisations syndicales de salariés signataires du présent accord et d'autant de représentants désignés par les organisations professionnelles agricoles signataires.

Elle se réunira au moins deux fois par an en vue d'examiner, notamment, les aménagements à apporter aux dispositions du présent accord qui s'avèreraient nécessaires.

La partie la plus diligente assurera le secrétariat lié à la convocation des membres et invités et procédera à toutes formalités résultant des travaux de ladite commission.

La commission paritaire de suivi de l'accord définira son fonctionnement dans le cadre d'un règlement intérieur le cas échéant ...

## Annexe I

### Annexe 1

#### Tableau des garanties

Les prestations du 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, 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 » et du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100 % santé en optique, dentaire et audiology 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 qu'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, 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 audiology 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\\_0044.pdf](https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20250014_0000_0044.pdf) BOCC

---

## Avenant n° 3 du 23 juin 2016 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Eure)

23 juin 2016, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er octobre 2017 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2017-34](#)

### Préambule

Compte tenu :

- de la généralisation de la complémentaire santé de l'article 1er de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi ;
- de la fin des clauses de désignation et de migrations, suite à la décision du conseil constitutionnel du 13 juin 2013, imposant le principe de la liberté d'entreprendre et la liberté contractuelle des employeurs dans le choix de l'organisme assureur qui couvrira l'ensemble de leurs obligations conventionnelles en matière de protection sociale complémentaire ;
- de la volonté des organisations syndicales et professionnelles d'instituer des garanties collectives poursuivant un objectif social et caractérisées par la mise en œuvre du principe de solidarité et comprenant notamment à cette fin des

prestations à caractère non directement contributif ;

- de l'obligation de respecter la couverture minimale de garanties dite « panier de soins ANI » telle que définie par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale ;
- de la nécessité de prendre en compte les plafonds et planchers de garanties du nouveau cahier des charges des contrats dits « responsables » en application des dispositions des articles L. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'à leur circulaire d'application n° DSS/ SD2A/ SD3C/ SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 ;
- de la nécessité de prendre en considération les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 : modification de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, nouvel article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale et leur *décret d'application n° 2015-1083 du 30 décembre 2015* ; (1)
- et afin de prendre en compte les nouvelles dispositions issues de l'avenant n° 4 à l'accord national du 10 juin 2008, de nouvelles négociations ont été engagées afin de réviser l'accord du 9 juillet 2009 et d'assurer une parfaite sécurité juridique au nouveau système de protection sociale complémentaire des salariés non cadres (ci-après dénommé « dispositif » frais de santé).

*(1) Au sixième alinéa du préambule, en remplacement des mots : « n° 2015-1083 du 30 décembre 2015 ; » lire les mots : « n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 ; ».*

*(Arrêté du 11 septembre 2017 - art. 1)*

## **Article 1er Révision totale de l'accord du 9 juillet 2009**

Le présent avenant constitue un accord de révision au sens des articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Les dispositions des articles 1er à 10 ainsi que l'annexe I abrogent et remplacent en totalité les termes de l'accord du 9 juillet 2009 sur le régime d'assurance complémentaire santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres des entreprises et exploitations de polyculture et d'élevage, des exploitations maraîchères et de cultures légumières de plein champ et des CUMA de l'Eure (et ses 2 avenants), tels que définis par ses signataires.

Dès lors, les articles ci-après se substituent à l'intégralité des dispositions consolidées de l'accord du 9 juillet 2009.

« Article 1er

Champ d'application

Le présent accord est applicable à l'ensemble des salariés non cadres des exploitations et entreprises agricoles entrant dans le champ d'application professionnelle défini par la convention collective du 28 juin 1985 et ses avenants ultérieurs concernant les entreprises et exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations maraîchères et de cultures légumières de plein champ et les coopératives d'utilisation de matériels agricoles (CUMA) de l'Eure.

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

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

Article 2

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tôt le 1er janvier 2017.

Article 3

Révision et dénonciation

Le présent accord pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2222-5, L. 2222-6 et L. 2261-7 à L. 2261-13 du code du travail.

*Conformément à l'article L. 2261-7 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier. (1)*

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles représentatives dans le champ d'application de l'accord se réunira alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

*Conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de 3 mois. (2)*

La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail.

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles représentatives dans le champ d'application de l'accord se réunit alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de 3 mois.

L'accord dénoncé continue donc à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois.

## Article 4

### Dispositif frais de santé

#### Article 4.1

##### Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent :

- à l'ensemble du personnel ne relevant pas de la convention collective nationale de prévoyance du 2 avril 1952 ni de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC ;
- et relevant du champ d'application du présent accord.

En outre, les salariés pourront étendre facultativement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, à leurs ayants droit.

Il est toutefois précisé que, pour les salariés dont la durée du contrat de travail ou du contrat de mission est inférieure ou égale à 3 mois et ceux dont la durée effective de travail prévue par ce contrat est inférieure ou égale à 15 heures par semaine, l'obligation de couverture prévue par le présent régime et la portabilité prévue par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale sont assurées selon les seules modalités prévues au § II de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.

Ces salariés ne seront donc pas affiliés au contrat collectif souscrit par leur employeur mais devront personnellement souscrire un contrat complémentaire " santé " présentant un caractère " solidaire " et " responsable " portant sur la période concernée.

La justification de l'existence de ce contrat leur permettra, le cas échéant, à la condition expresse qu'ils en fassent la demande à leur employeur dès la date de leur embauche, de bénéficier d'un " versement santé " de leur employeur, dans les conditions et limites définies aux articles D. 911-6 et suivants du code de la sécurité sociale.

Il est, cependant, rappelé que ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice de la CMU-C, de l'ACS, d'une couverture collective et obligatoire y compris en tant qu'ayant droit ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

#### Article 4.2

##### Définition des ayants droit

Les définitions des ayants droit ci-dessous sont applicables :

- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparée de corps ou non divorcée 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 salarié 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 salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile et de façon notoire ; 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. Cette déclaration doit également indiquer le numéro de sécurité sociale de chaque intéressé ;

- les enfants à charge du salarié, 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 28 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). L'enfant est considéré à charge tant qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessus, même s'il exerce temporairement ou accessoirement une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de cette activité ;
- , âgés de moins de 28 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 cette 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 salarié nés " viables " moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié à condition d'être à charge du bénéficiaire au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

#### Article 4.3

##### Cas de dispenses d'adhésion du dispositif frais de santé

Les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous, ont la possibilité de se dispenser, à leur initiative, de leur obligation d'adhésion prévue par le régime en application des articles L. 911-7 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale :

- 1° Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 (ACS). La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- 2° Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de leur embauche. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- 3° Les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :
  - a) Dispositif de garanties remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 (complémentaire santé collective et obligatoire) ;
  - b) Dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou 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 (mutuelles des agents de l'État ou des collectivités territoriales) ;
  - c) Contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (contrats d'assurance de groupe dits " Madelin ") ;
  - d) Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;
  - e) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières.

En outre, peuvent demander une dispense d'adhésion, au titre du régime, les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :

- 1° 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 justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- 2° 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 justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- 3° 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 justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

En cas d'augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, si la cotisation représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé.

Le caractère collectif n'est 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 brute.

Cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise

Pour les couples travaillant dans la même entreprise, un seul des membres du couple peut être affilié en propre, son conjoint pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Si le salarié ne remplit plus les conditions d'adhésion facultative, il doit en informer l'employeur.

La dispense prend fin en cas de modification de la situation du salarié ne lui permettant plus d'en justifier les conditions, en cas de non-renouvellement annuel des justificatifs ou à sa demande ; il doit alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant.

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

#### Article 4.4

Niveau des garanties du dispositif frais de santé

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles signataires du présent accord ont décidé de mettre en place une couverture santé comportant un niveau minimum obligatoire de garanties.

La nature et le montant des prestations de cette couverture sont détaillés en annexe I du présent article 1er.

Les garanties sont exprimées :

- en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le bénéficiaire ;
- en fonction du ticket modérateur ;
- ou forfaitairement.

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent dispositif (*régime général et local de la sécurité sociale et garanties complémentaires*) (3) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

#### Article 4.5

Contrat " solidaire " et " responsable "

Le présent dispositif frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits " solidaires " et " responsables ", notamment celles posées par les articles L. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'à leur 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 aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

#### Article 4.6

Portabilité loi Évin

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite " loi Évin " 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'art. 7 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, les tarifs applicables aux personnes visées aux alinéas précédents peuvent être supérieurs aux

tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret.

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

#### Article 5

##### Financement du dispositif frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties définies par le présent accord, au titre du seul salarié, est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié.

En tout état de cause, le salarié souhaitant garantir ses ayants droit devra assurer la totalité du financement correspondant à leur couverture.

#### Article 6

##### Mise en œuvre du principe de solidarité

##### Article 6.1

##### Dispositifs de prévention et d'action sociale

Afin de permettre la mise en place du dispositif de prévention et d'action sociale répondant au principe de solidarité, au titre du dispositif d'assurance complémentaire santé, au moins 1 % de la cotisation de la couverture complémentaire santé sera affecté au financement de ces mesures, lesquelles doivent notamment comprendre :

- une action collective de prévention sur les troubles musculo-squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladies professionnelles dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle/ retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités relevant du présent accord, notamment en cas de handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprises ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- le financement du maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini aux articles 6.2 et 6.3 ci-après.

##### Article 6.2

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

L'adhésion des salariés 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 de 3 mois, 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.

Dans tous les cas, le salarié demeure redevable de la cotisation correspondant à la couverture de ses ayants droit.

##### Article 6.3

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

L'adhésion des salariés à la couverture frais de santé 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.

Dans tous les cas, le salarié demeure redevable de la cotisation correspondant à la couverture de ses ayants droit.

## Article 7

### Portabilité à titre gratuit

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés des employeurs des exploitations et entreprises agricoles, entrant dans le champ d'application du présent accord et couverts collectivement par les garanties frais de 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 :

#### Article 7.1

##### Durée., Limites

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 de l'assurance 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 un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- à la date à laquelle l'ancien salarié reprend une activité professionnelle ;
- à la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période du maintien de couverture ;
- dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime d'assurance chômage (notamment en cas de radiation des listes de Pôle emploi) ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale (sauf en cas de cumul chômage, retraite) ;
- en cas de décès de l'ancien salarié.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties qui n'est pas prolongée d'autant.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires en application du dispositif frais de santé prévu par le présent accord aient été ouverts chez le dernier employeur.

#### Article 7.2

##### Garanties maintenues

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'exploitation ou l'entreprise agricole.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

L'ancien salarié bénéficie des mêmes droits qu'avant la rupture du contrat de travail, donc des mêmes niveaux de garantie.

La portabilité s'applique, dans les mêmes conditions, le cas échéant, aux ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail de l'intéressé.

#### Article 7.3

##### Formalités de déclaration

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur qui met en œuvre la couverture dont il bénéficiait, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent article 7, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après.

L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail du salarié et il informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail de celui-ci.

Pour bénéficier du maintien, l'ancien salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par

l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

#### Article 7.4

##### Cotisations

Ce dispositif de maintien de couverture est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations. Ainsi les anciens salariés bénéficient de la portabilité sans contrepartie de cotisation. Le coût lié à ce dispositif est intégré à la cotisation des salariés en activité.

#### Article 8

##### Maintien de la couverture

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi Évin, les clauses des contrats collectifs d'assurance, permettant à l'employeur de couvrir ses obligations au titre du présent accord, devront prévoir les modalités et les conditions tarifaires selon lesquelles le ou les organismes assureurs, maintiendront cette couverture, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux, au profit de la population concernée, sous réserve qu'ils en fassent la demande, avant la fin du délai de préavis, en cas de résiliation ou non-renouvellement desdits contrats collectifs.

Dès lors, si ledit contrat collectif d'assurance prend fin, quelle que soit la partie qui en a pris l'initiative, il devra prévoir la possibilité pour l'assuré de souscrire individuellement un contrat frais de santé auprès de l'organisme assureur qui avait pris en charge l'assurance de groupe, qui a été résiliée ou non renouvelée.

#### Article 9

##### Information des assurés

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.

Les salariés des exploitations et entreprises agricoles seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

#### Article 10

##### Commission paritaire de suivi de l'accord

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

Elle est composée de deux représentants et d'un suppléant désignés par chacune des organisations syndicales de salariés signataires du présent accord et d'autant de représentants désignés par les organisations professionnelles agricoles signataires.

Elle se réunira au moins deux fois par an en vue d'examiner, notamment, les aménagements à apporter aux dispositions du présent accord qui s'avéreraient nécessaires.

La partie la plus diligente assurera le secrétariat lié à la convocation des membres et invités et procédera à toutes formalités résultant des travaux de ladite commission.

La commission paritaire de suivi de l'accord définira son fonctionnement dans le cadre d'un règlement intérieur le cas échéant ... »

*(1) Le deuxième alinéa de l'article 3 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-7 du code du travail.*

*(Arrêté du 11 septembre 2017 - art. 1)*

*(2) Le sixième alinéa de l'article 3 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-10 du code du travail.*

*(Arrêté du 11 septembre 2017 - art. 1)*

*(3) Au dernier alinéa de l'article 4.4, en remplacement des mots « (régime général et local de la Sécurité sociale et*

garanties complémentaires) » lire les mots « régime de base de la sécurité sociale et régime local d'Alsace-Moselle et garanties complémentaires) ».

(Arrêté du 11 septembre 2017 - art. 1)

## Article 2 Dépôt et publicité

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

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail, un exemplaire du présent avenant sera déposé auprès de la DIRECCTE, ainsi qu'au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes du lieu de sa conclusion.

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

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

## Annexe

Annexe I

Tableau des garanties

*Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-après s'appliquent sur le montant servant de base (BR) au régime obligatoire de protection sociale français (RO) sauf mention contraire. Le cumul des remboursements du régime obligatoire de protection sociale et de l'organisme assureur ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR). Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement. Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime obligatoire de protection sociale non comprise. (1)*

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr), rubrique Bulletins officiels des conventions collectives.)

[https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc\\_20170034\\_0000\\_0014.pdf](https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20170034_0000_0014.pdf)/ BOCC

(1) Le premier alinéa de l'annexe 1 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

(Arrêté du 11 septembre 2017 - art. 1)

---

## Avenant n° 4 du 18 septembre 2018 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Eure)

18 septembre 2018, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er avril 2019 [Légifrance](#)

### Préambule

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 5 du 28 septembre 2016 et 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 départemental du 9 juillet 2009.

Ainsi, le tableau de garanties est mis à jour avec des améliorations de prestations.

### Article 1er

L'annexe 1 est modifiée et rédigée ainsi :

« Annexe 1 à l'article 1er

Tableau des 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, 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 du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats responsables : prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier, planchers et plafonds pour les frais d'optiques, plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (OPTAM/ OPTAM-CO).

Accord santé de l'Eure

| Nature des risques                                                                                                                                                              | Remboursements du régime obligatoire | Remboursements complémentaires            | Remboursements totaux            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Frais médicaux</b>                                                                                                                                                           |                                      |                                           |                                  |
| Honoraires de praticiens : généralistes, spécialistes toutes spécialités                                                                                                        | 70 % BR                              | 30 % BR                                   | 100 % BR                         |
| Dépassements d'honoraires :<br>- médecins adhérents aux DPTM (1)<br>- médecins non adhérents aux DPTM (y compris non conventionnés) (1)                                         | -<br>-                               | 70 % BR<br>50 % BR                        | 70 % BR<br>50 % BR               |
| Sages-femmes                                                                                                                                                                    | 70 % BR                              | 100 % BR                                  | 170 % BR                         |
| Auxiliaires médicaux                                                                                                                                                            | 60 % BR                              | 100 % BR                                  | 160 % BR                         |
| Analyses, examens de laboratoires                                                                                                                                               | de 60 % BR à 100 % BR                | de 100 % BR à 60 % BR                     | 160 % BR                         |
| Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie (2)                                                                                                    | 70 % BR                              | 30 % BR                                   | 100 % BR                         |
| Actes de prévention responsables (3)                                                                                                                                            | de 35 % BR à 70 % BR                 | de 30 % BR à 65 % BR                      | 100 % BR                         |
| Autres actes techniques (2)                                                                                                                                                     | 70 % BR                              | 30 % BR                                   | 100 % BR                         |
| Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étio-pathie, microkinésithérapie, sophrologie                                                          | -                                    | 30 €/2 fois/ an                           | 30 €/2 fois/ an                  |
| Consultations diététiques/ an/ bénéficiaire                                                                                                                                     | -                                    | 28 €                                      | 28 €                             |
| <b>Pharmacie</b>                                                                                                                                                                |                                      |                                           |                                  |
| 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                         |
| Sevrage tabagique                                                                                                                                                               | de 0 € à 150 €                       | 50 €                                      | de 50 € à 200 €                  |
| <b>Hospitalisation</b>                                                                                                                                                          |                                      |                                           |                                  |
| Frais de soins et de séjour                                                                                                                                                     | 80 % BR ou 100 % BR                  | 0 % BR ou 20 % BR                         | 100 % BR                         |
| Honoraires de praticien<br>Dépassements d'honoraires :<br>- médecins adhérents aux DPTM (1)<br>- médecins non adhérents aux DPTM (y compris non conventionnés) (1)              | 80 % BR ou 100 % BR<br>-<br>-        | 0 % BR ou 20 % BR<br>100 % FR<br>100 % BR | 100 % BR<br>100 % FR<br>100 % BR |
| Honoraires de praticien en chirurgie<br>Dépassements d'honoraires :<br>- médecins adhérents aux DPTM (1)<br>- médecins non adhérents aux DPTM (y compris non conventionnés) (1) | 80 % BR ou 100 % BR<br>-<br>-        | 0 % BR ou 20 % BR<br>180 % BR<br>100 % BR | 100 % BR<br>180 % BR<br>100 % BR |
| Chambre particulière hors maternité                                                                                                                                             | -                                    | 50 €/ jour limité à 60j/ an               | 50 €/ jour limité à 60j/ an      |

|                                                                                                                                                                                               |                     |                                             |                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)                                                                                                                                              | -                   | 30 €/ jour limité à 60j/ an                 | 30 €/ jour limité à 60j/ an                  |
| Maternité (5)                                                                                                                                                                                 | -                   | 1/3 PMSS                                    | 1/3 PMSS                                     |
| Chambre particulière (maternité)                                                                                                                                                              | -                   | 25 €/ jour                                  | 25 €/ jour                                   |
| Forfait journalier                                                                                                                                                                            | -                   | FR                                          | FR                                           |
| <b>Optique</b>                                                                                                                                                                                |                     |                                             |                                              |
| 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 : 2 verres simples (4) + monture                                                                                                                                                   | 60 % BR             | 230 €                                       | 60 % BR + 230 €                              |
| Équipement : 1 verre simple et 1 verre complexe ou 1 verre très complexe (4) + monture                                                                                                        | 60 % BR             | 275 €                                       | 60 % BR + 275 €                              |
| Équipement : 2 verres complexes ou 2 verres très complexes ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe (4) + monture                                                                         | 60 % BR             | 350 €                                       | 60 % BR + 350 €                              |
| Lentilles remboursées par le RO                                                                                                                                                               | 60 % BR             | 40 % BR + 100 €/ an/ bénéficiaire           | 100 % BR + 100 €/ an/ bénéficiaire           |
| Lentilles non remboursées par le RO                                                                                                                                                           | -                   | 100 €/ an/ bénéficiaire                     | 100 €/ an/ bénéficiaire                      |
| <b>Dentaire</b>                                                                                                                                                                               |                     |                                             |                                              |
| Frais de soins                                                                                                                                                                                | 70 % BR             | 30 % BR                                     | 100 % BR                                     |
| Honoraires                                                                                                                                                                                    | 70 % BR             | 30 % BR                                     | 100 % BR                                     |
| Prothèses dentaires remboursées par le RO (y compris couronne implanto-portée)                                                                                                                | 70 % BR             | 140 % BR + crédit 300 €/ an/ bénéficiaire   | 210 % BR + crédit 300 €/ an/ bénéficiaire    |
| Inlay Onlays                                                                                                                                                                                  | 70 % BR             | 225 % BR                                    | 295 % BR                                     |
| Inlay Cores                                                                                                                                                                                   | 70 % BR             | 225 % BR                                    | 295 % BR                                     |
| Orthodontie remboursée par le RO                                                                                                                                                              | 70 % BR ou 100 % BR | 230 % BR ou 200 % BR                        | 300 % BR                                     |
| Orthodontie non remboursée par le RO                                                                                                                                                          | -                   | 200 €/ an/ bénéficiaire                     | 200 €/ an/ bénéficiaire                      |
| Implantologie (hors couronne implanto-- portée)<br>Parodontologie                                                                                                                             | -                   | 200 €                                       | 200 €                                        |
|                                                                                                                                                                                               | 0 % BR ou 70 % BR   | 75 €                                        | 0 % BR ou 70 % BR + 75 €                     |
| <b>Appareillage</b>                                                                                                                                                                           |                     |                                             |                                              |
| Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires                                                                  | 60 % BR ou 100 % BR | 100 % BR ou 60 % BR                         | 160 % BR                                     |
| Prothèses auditives remboursées par le RO                                                                                                                                                     | 60 % BR             | 30 % BR + 150 €/ bénéficiaire/ oreille/3 an | 100 % BR + 150 €/ bénéficiaire/ oreille/3 an |
| <b>Cures thermales</b>                                                                                                                                                                        |                     |                                             |                                              |
| Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux (1), transport, hébergement, surveillance                                                                                        | 65 % BR ou 70 % BR  | 30 % BR ou 35 % BR                          | 100 % BR                                     |
| Forfait thermal complémentaire                                                                                                                                                                | -                   | 125 €                                       | 125 €                                        |
| <b>Divers</b>                                                                                                                                                                                 |                     |                                             |                                              |
| Transports pris en charge par le RO                                                                                                                                                           | 65 % BR ou 70 % BR  | 100 % BR ou 95 % BR                         | 165 % BR                                     |
| Forfait actes lourds (6)                                                                                                                                                                      | -                   | FR                                          | FR                                           |
| Vaccins et moyens contraceptifs prescrits non pris en charge par le RO/ an/ bénéficiaire                                                                                                      |                     | 50 €                                        | 50 €                                         |

BR = base de remboursement ; PMSS = plafond mensuel de la sécurité sociale ; FR = frais réels.

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

(2) Pour les éventuels dépassements, se référer aux dépassements d'honoraires des praticiens généralistes.

(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 ; détartage 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) Verres simples : sphère comprise entre, 6 ou + 6 dioptries et/ ou cylindre > + 4 dioptries.

Verres simple foyer (sphère >, 6,00 ou + 6,00 dioptries ou cylindre < = 4 dioptries).

Verres complexes :

- verres simple foyer (sphère >, 6,00 ou + 6,00 dioptries ou cylindre > + 4,00 dioptries) ;

- verres multifocaux ;

- verres progressifs.

Verres très complexes :

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ;

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries.

(5) Dans la limite des frais réellement engagés.

(6) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2018). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €. »

## Article 2 Entrée en vigueur

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 et au plus tôt le 1er juillet 2019.

## Article 3 Dépôt et extension

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

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

## Avenant n° 5 du 16 octobre 2020 à l'accord du 9 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Eure)

16 octobre 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 des tableaux de garanties.

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

L'annexe est rédigée et modifiée ainsi :

« Annexe 1 à l'article 1er

#### Tableau des garanties complémentaire 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\\_0033.pdf](https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20210014_0000_0033.pdf) BOCC

## Article 2

Les dispositions de l'article 1er du présent avenant prennent effet à compter du 1er janvier 2020.

## Article 3

Le présent avenant sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues aux dispositions de 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 de Seine-Maritime 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 9 juillet 2009.