CartoAgri, accord territorial

Frais de santé des non-cadres, Orne (accord du 19 juin 2009)

Accord consolidé et avenants en vigueur

Texte	Accord du 19 juin 2009 relatif aux frais de santé des salariés non cadres des exploitations agricoles de l'Orne
État	En vigueur, étendu
Départements	Orne (61)
Textes en vigueur	7
Légifrance	https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000052248934

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

Sommaire

Accord et avenants en vigueur 7 textes

Déclinaisons territoriales 7 textes

Accord et avenants en vigueur

Accord du 19 juin 2009 relatif aux frais de santé des salariés non cadres des exploitations agricoles de l'Orne

19 juin 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2010 Légifrance

Préambule

Par le présent accord, les partenaires sociaux signataires souhaitent mettre en place un régime de frais de santé départemental comme le leur permet l'accord national du 10 juin 2008 relatif à une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, garantissant des prestations complémentaires au régime obligatoire de la mutualité sociale agricole, en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

Les partenaires sociaux signataires, entendent ainsi :
- permettre aux salariés agricoles non cadres relevant des activités définies ci-après et des CUMA du département de l'Orne de bénéficier d'un régime complémentaire de frais de santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable afin, notamment, de favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche ; de conserver la maîtrise du régime au niveau local.

Le présent accord est un accord autonome de la convention collective des exploitations de polyculture, élevage, maraîchage, arboriculture fruitière, des haras et des CUMA du département de l'Orne.

Article 1er Champ d'application

Article 1.1 Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable de manière obligatoire à l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des entreprises agricoles relevant des activités agricoles du département de l'Orne définies ci-après :
- polyculture/élevage ;
- coopératives d'utilisation de matériels agricoles (CUMA) ;
- haras ;
- arboriculture fruitière ;
- cultures maraîchères ;
- cultures légumières de plein champ ;
- les structures agro-touristiques et activités qui sont dans le prolongement de l'acte de production ou qui ont pour support l'exploitation telles que définies par le code rural.

Article 1.2 Champ d'application territorial

Le présent accord régit tous les travaux salariés visés à l'article 1.1, effectués dans des entreprises situées sur le département de l'Orne et dans tous les établissements dont le siège, représenté par des bâtiments d'exploitation, est situé sur le territoire du département de l'Orne, même si les terrains de cultures s'étendent sur un département limitrophe.

Article 2 Entrée en vigueur

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

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

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

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

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

Article 3 Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties santé, 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, et qui relèvent du champ d'application du présent accord, sans condition d'ancienneté,
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 maitrise 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 ;
- des salariés non cadres définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- des VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

Article 4 Offre à adhésion individuelle et facultative

Article 4.1 Salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

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

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

Article 4.2 Extension famille (ayants droit du salarié non cadre) facultative

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

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

Article 5 Garanties

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

Article 5.1 Niveau des garanties

Toutes les garanties frais de santé du présent accord présentées dans le tableau figurant dans l'annexe I du présent accord sont exprimées :
- en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 3 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Tous les remboursements prévus à l'annexe I comprennent les prestations du régime de base de protection sociale dont relève le salarié visé à l'article 3 du présent accord.

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

Article 5.2 Contrat " solidaire " et " responsable "

Le présent dispositif frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits " solidaires " et " responsables ", notamment celles posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales et de

sa circulaire d'application n° DSS/ SD2A/ SD3C/ SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015.

Ainsi le présent dispositif frais de santé prévoit que :
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du bénéficiaire et aucune information médicale ne pourra être recueillie à cette fin ;
- les garanties respectent les conditions (notamment les planchers et plafonds de prise en charge) mentionnées aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Article 6 Financement du dispositif frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du dispositif départemental obligatoire frais de santé définies par le présent accord, au titre du seul salarié, est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :
- 50 % minimum à la charge de l'employeur ;
- 50 % maximum à la charge du salarié.

En tout état de cause, si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit, il devra en assurer la totalité du financement.

En revanche, si l'employeur, dans le cadre des dispositions de l'acte juridique (défini à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale) instituant ou modifiant les garanties collectives applicables à ses salariés, choisit :
- d'étendre obligatoirement la couverture frais de santé aux ayants droit de ces derniers ;
- ou de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du dispositif départemental obligatoire frais de santé,
ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre (parts salariale et patronale).

(ancien article 7)

Article 7 Mise en œuvre du principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation de la couverture frais de santé *et prévoyance* (1) en application du présent accord sera affectée au financement de ces mesures.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ci-après ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le salarié ou ses ayants droit le cas échéant, auprès de l'organisme chargé de la gestion de ces mesures.

(ancien article 8)

(1) Les mots « et prévoyance » sont exclus de l'extension.
(Arrêté du 23 mars 2016 - art. 1)

Article 7.1 Dispositifs de prévention et d'action sociale

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent dispositif frais de santé, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, 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 maladie professionnelle 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 de la production agricole notamment en cas d'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 entreprise 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 maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini à l'article 10.

Article 7.2 Tiers payant

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

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

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

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

Toutefois, dans le cadre des dispositions de l'article 4 de loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite " loi Evin ", et sous condition d'avoir bénéficié effectivement du dispositif frais de santé du présent accord, l'organisme assureur maintient cette couverture à titre individuel avec des garanties identiques à celles des salariés actifs, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit :
- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit (maintien prévu à l'article 10 ci-après) ;
- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

En tout état de cause, conformément aux dispositions de l'article 1er du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables aux personnes visées aux alinéas précédents ne peuvent pas être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicable aux salariés actifs.

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

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

(ancien article 9)

Article 9 Maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant, à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :
- le congé sans solde ;
- le congé sabbatique ;
- le congé parental d'éducation à plein temps ;
- le congé pour création d'entreprise ;
- le congé de solidarité internationale ;
- le congé de solidarité familiale ;
- le congé de formation ;
- le congé d'enseignement ou de recherche.

Après cette période, lesdits salariés peuvent, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont ils relèvent à titre individuel à continuer de bénéficier de la garantie complémentaire santé sous réserve qu'ils s'acquittent seuls de l'intégralité de la cotisation au titre du contrat collectif concerné, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur.

En cas de suspension du contrat de travail indemnisée

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

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

(ancien article 10)

Article 9 bis Portabilité à titre gratuit

Les salariés entrant dans le champ d'application du présent accord et couverts collectivement par les garanties frais de santé bénéficient des dispositions légales sur le maintien du régime frais de santé en cas de cessation du contrat de travail ouvrant doit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions définies par les textes légaux et ce à compter de la date fixée par la loi (dispositions figurant pour information en annexe III à l'avenant n° 4 du 19 novembre 2015).

Pour bénéficier des prestations, le demandeur d'emploi bénéficiant du maintien des garanties doit fournir l'ensemble des justificatifs demandés au salarié auxquels s'ajoute le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations demandées sont dues.

(ancien article 10 bis)

Article 10 Commission paritaire de suivi du régime frais de santé

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

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

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

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

(ancien article 11)

Article 11 Antériorité des régimes d'entreprise

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

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

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

(ancien article 12)

Article 12 Recours contre les tiers responsables

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

(ancien article 13)

Article 13 Information des salariés

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

(ancien article 15)

Annexes

Annexe I

Tableau garanties complémentaires santé (1)

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

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20220017 _ 0000 _ 0035. pdf/ BOCC

Participation forfaitaire et franchises médicales :

Sont laissées à la charge des assurés sociaux par l'assurance maladie obligatoire et viennent en déduction du remboursement de l'assurance maladie obligatoire :
- la participation forfaitaire pour tout acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale ;
- les franchises médicales annuelles sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret par bénéficiaire de soins. Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, les enfants et jeunes de moins de 18 ans et les femmes enceintes en sont toutefois exonérés.

De par la réglementation, elles ne sont pas remboursées par la mutuelle au titre de la présente garantie et restent à la charge du bénéficiaire des soins.

Prestations hors parcours de soins coordonnés

Lorsque vous recevez des soins médicaux sans passer par votre médecin traitant, à l'exception des cas prévus par la loi, l'assurance maladie obligatoire considère que vous ne respectez pas le parcours de soins coordonné.

C'est pourquoi les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement. Ces diminutions de remboursement par l'assurance maladie obligatoire restent, de par la loi, à votre charge exclusive et ne peuvent être remboursées par la présente garantie.

Par ailleurs, la part des dépassements d'honoraires dont le remboursement est autorisé par la réglementation n'est prise en charge, dans la limite de la garantie, qu'en cas d'hospitalisation.

(1) Les tableaux de garanties sont étendus sous réserve du respect du cahier des charges des contrats responsables, prévu à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, concernant les périodicités de prise en charge des équipements tel que précisé par l'arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 9 juin 2022 - art. 1)

Annexe II

Offres à adhésion individuelles et facultatives

1. Salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

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

Ces salariés peuvent donc demander à bénéficier à titre individuel et facultatif des garanties prévues par le présent accord, auprès de l'organisme assureur et dans les conditions prévues par ce dernier. L'organisme assureur proposera ainsi aux salariés intéressés un contrat individuel.

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

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

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

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

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

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

La définition des ayants droit du salarié est précisée dans la convention de gestion conclue entre les partenaires sociaux et l'organisme assureur.

Définition des ayants droit du salarié :
- le conjoint : personne liée au bénéficiaire par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé (e) de corps ou non divorcé (e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec le bénéficiaire un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le bénéficiaire en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.
La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

- les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
-, âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
-, âgés de moins de 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) ;
-, 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 leur activité ;
-, quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé, AAH, (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du bénéficiaire nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

Annexe III
Dispositions légales sur la portabilité

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

contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

1° Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

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

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

4° Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;

5° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;

6° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail.

Avenant n° 1 du 18 décembre 2012 à l'accord du 19 juin 2009 relatif aux frais de santé (Orne)

18 décembre 2012, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2013 Légifrance PDF officiel du BO n°2013-39

Article 1er

L' article 4.2 est modifié comme suit :

« Article 4.2
Extension famille (ayants droit du salarié non cadre) facultative

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

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

Article 2

L'article 7.1 est modifié comme suit :

« Article 7.1
Montant de la cotisation

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

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du présent accord. Les cotisations pourront être revues en cas de conséquences financières, si le régime s'avérait ne pas pouvoir supporter ces évolutions.

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

Les taux de cotisations ainsi définis sont garantis par Harmonie Mutuelle pour une durée de 3 ans, à compter du 1er janvier 2013.

Cotisation isolée obligatoire

Le taux global de la cotisation mensuelle du présent régime"complémentaire frais de santé"est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sera égale à 0,83 % du PMSS.

La tarification isolée obligatoire concerne le salarié seul.

La cotisation obligatoire ainsi prévue est répartie à raison de :
- 15 % à la charge de l'employeur, dans la limite d'un montant de 5 € par mois ;
- 85 % à la charge du salarié. »

Article 3

Le 2 de l'annexe II est modifié comme suit :

« 2. Extension famille (ayants droit des salariés non cadres) individuelle et facultative

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

La cotisation extension famille est facultative et est laissée au choix de l'affilié.

Le taux de la cotisation mensuelle facultative « Extension famille » à la seule charge du salarié est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est égal à :
- conjoint : 1,04 % du PMSS ;
- enfant (1er et 2e enfant) : 0,58 % du PMSS ;
- enfant (3e enfant) : 0,49 % du PMSS.

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

Article 4

Les autres clauses de l'accord restent inchangées.

Article 5

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

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, son extension.

Le présent avenant prendra effet le 1er janvier 2013.

Avenant n° 2 du 16 juillet 2013 à l'accord du 19 juin 2009 relatif aux frais de santé (Orne)

16 juillet 2013, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2014 Légifrance PDF officiel du BO n°2013-39

Article 1er

L'article 3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 3
Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent aux salariés non cadres ayant 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise, et relevant du champ d'application du présent accord.

En outre, les salariés nouvellement embauchés dans une entreprise relevant du champ d'application de l'accord, ayant acquis préalablement le bénéfice du présent accord dans une autre entreprise relevant du champ d'application de l'accord, font l'objet d'un transfert de leurs droits acquis, dès lors que leur embauche intervient au plus tard dans les 3 mois suivant la fin de leur contrat de travail précédent.

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

Affiliation

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

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

Cas d'exclusion :
- les cadres ressortissant à la convention collective nationale du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite

complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les VRP ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles obligatoires ;
- salariés non cadres définis ci-dessus ressortissant à un accord d'entreprise dans les conditions fixées à l'article 12 du présent accord.

Dispenses d'affiliation

Ont par ailleurs la possibilité de solliciter une dispense d'affiliation afin de ne pas souscrire au présent régime, les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :
- les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément ;
- les salariés ayant une faible rémunération : les salariés concernés sont ceux ayant une durée du travail inférieure à un mi-temps et n'ayant qu'un seul employeur, ou les apprentis, pour lesquels le montant de cotisation à leur charge représenterait 10 % ou plus de leur rémunération.

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

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié a le plus d'ancienneté, qui prendra en charge la cotisation à la complémentaire frais de santé telle que définie à l'article 7.1.

La mise en œuvre de l'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse de la part du salarié concerné, qui devra produire chaque année les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

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

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d'affiliation, il doit en informer l'employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant.

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

Article 2

Les autres clauses de l'accord restent inchangées.

Article 3

Le présent avenant sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.
Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, son extension.
Le présent avenant prendra effet au premier jour du trimestre civil suivant la publication de son arrêté d'extension au Journal officiel et au plus tard le 1er janvier 2014.

Avenant n° 3 du 1er avril 2014 à l'accord du 19 juin 2009 relatif aux frais de santé (Orne)

1er avril 2014, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er juin 2014 Légifrance PDF officiel du BO n°2014-31

Préambule

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 3 du 9 juillet 2013 à l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord départemental du 19 juin 2009. Certaines modifications prennent en compte les dispositions de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi. Dans ce contexte, les organisations signataires ont décidé d'intégrer les dispositions sur la portabilité, de mettre à jour les cas de dispense d'affiliation et de modifier les conditions de maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail.

Article 1er

Le paragraphe « Dispenses d'affiliation » de l'article 3 de l'accord est remplacé par le suivant :

« Dispense d'affiliation

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

- les salariés bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs tel que défini par la loi, en application d'un accord collectif obligatoire pour eux, peuvent demander à être exclus de l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations au moins équivalent.

Cette exclusion prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié. En cas d'exclusion, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur ;
- les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément peuvent également demander à être exclus de la présente assurance complémentaire ;
- les salariés ayant une faible rémunération : les salariés ou apprentis à temps partiel ayant 6 mois d'ancienneté et plus dès lors que leur cotisation au présent régime est égale ou supérieure à 10 % de leur rémunération et n'ayant qu'un seul employeur.
Ces salariés qui devraient acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle au revenu, au moins égale à 10 % de leur rémunération peuvent choisir de ne pas adhérer, sans remise en cause du caractère collectif du régime. Le caractère collectif n'est également pas remis en cause lorsque par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur décide de prendre en charge l'intégralité de la cotisation due dès lors que la situation inverse conduirait le salarié à acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération ;
- les salariés en contrat à durée déterminée y compris les apprentis, ayant 6 mois d'ancienneté et moins de 12 mois d'ancienneté.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié a le plus d'ancienneté, qui prendra en charge la cotisation à la complémentaire frais de santé telle que définie à l'article 7.1 du présent accord.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse de la part du salarié concerné, qui devra produire chaque année les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense. En cas de non-renouvellement de la demande d'exclusion et de ses justificatifs, le salarié cotisera obligatoirement au régime frais de santé, le premier jour du mois civil suivant.

Au jour de l'entrée en vigueur du présent avenant, les salariés à temps partiel ou en contrat à durée déterminée ayant entre 6 mois et 12 mois d'ancienneté doivent faire leur demande d'exclusion par écrit adressée à l'employeur avant la fin du premier mois d'application de l'avenant, avec les justificatifs de leur situation.

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

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d'affiliation, il doit en informer l'employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du 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 2

Les dispositions de l'article 10 sont remplacées par les suivantes :

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

En cas de suspension du contrat de travail pour un des cas de congé prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, le salarié bénéficie des garanties complémentaires frais de santé correspondant au régime de base obligatoire pendant les 3 premiers mois de la suspension, et ce sans versement de cotisation. Le régime optionnel (couverture des ayants droit pour le régime conventionnel) reste maintenu

sous réserve du paiement de la cotisation par l'assuré suivant les dispositions prévues à l'annexe II du présent accord.

A l'issue de cette période, le salarié peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont il relève, à titre individuel et facultatif, à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé, en acquittant directement l'intégralité de la cotisation auprès de l'organisme assureur.

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

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

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité pris en charge par la MSA et intervenant après la date d'affiliation au régime, le bénéfice des prestations d'assurance complémentaire frais de santé correspondant au régime de base obligatoire est maintenu sans versement de cotisation par l'employeur ou le salarié pour tout mois complet civil d'absence. Le régime optionnel (couverture des ayants droit pour le régime conventionnel) reste maintenu sous réserve du paiement de la cotisation par l'assuré suivant les dispositions prévues à l'annexe II précitée.

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire est due intégralement. »

Article 3

Dans l'accord est inséré un article 10 bis ainsi rédigé :

« Les salariés bénéficient des dispositions légales sur le maintien des garanties de protection sociale complémentaire en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions définies par les textes légaux, et ce à compter de la date fixée par la loi (dispositions figurant pour information en annexe III au présent accord).

Pour bénéficier des prestations, le demandeur d'emploi bénéficiant du maintien des garanties doit fournir l'ensemble des justificatifs demandés au salarié auxquels s'ajoute le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations demandées sont dues.

Les effectifs ainsi que les prestations versées au titre de la portabilité font l'objet d'un suivi spécifique sur des lignes distinctes du bilan. »

Article 4

Il est ajouté à l'accord une annexe III ainsi rédigée :

« Annexe III
Dispositions légales sur la portabilité

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :
1° Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.
Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
4° Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;
5° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;
6° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail. »

Article 5

Les autres clauses de l'accord sont inchangées.

Article 6

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 son extension.

Il prendra effet au premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension au Journal officiel et, au plus tard, le 1er juin 2014, à l'exception des dispositions sur les dispenses d'affiliation et les cas de suspension du contrat de travail qui entreront en application à compter du 1er janvier 2015 conformément aux dispositions législatives ou réglementaires applicables prévoyant une date d'application de ces dispositions au 1er janvier 2015.

Avenant n° 4 du 19 novembre 2015 à l'accord du 19 juin 2009 relatif aux frais de santé (Orne)

19 novembre 2015, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2016 Légifrance PDF officiel du BO n°2016-10

Préambule

Considérant les dernières modifications législatives et réglementaires apportées sur les régimes complémentaires frais de santé, les organisations professionnelles et syndicales signataires ont décidé de mettre à jour l'accord départemental du 19 juin 2009 sur une assurance complémentaire frais de santé concernant les salariés non cadres des exploitations agricoles de l'Orne.

Cet avenant tient compte également de l'évolution de l'accord national agricole du 10 juin 2008 sur la prévoyance et la santé des salariés agricoles non cadres, qui a créé par l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015 un dispositif socle national frais de santé instaurant des garanties minimales obligatoires.

En conséquence, l'accord départemental frais de santé du 19 juin 2009 est modifié comme suit.

Article 1er

Les dispositions de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » sont supprimées et remplacées par les suivantes :

« Article 3
Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent :
- aux salariés non cadres ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ;
- et relevant du champ d'application du présent accord.

En outre, les salariés nouvellement embauchés dans une entreprise relevant du champ d'application de l'accord, ayant acquis préalablement le bénéfice du présent accord dans une autre entreprise relevant du champ d'application de l'accord, font l'objet d'un transfert de leurs droits acquis, dès lors que leur embauche intervient au plus tard dans les 3 mois suivant la fin de leur contrat de travail précédent. (1)

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

Cas d'exclusion :
- les cadres et personnels ressortissant à la convention collective du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés non cadres définis ci-dessus bénéficiant d'un régime plus favorable que le présent accord institué dans leur entreprise conformément aux dispositions légales et dans les conditions prévues à l'article 12 ci-après du présent avenant, par accord collectif d'entreprise, décision unilatérale ou référendum.

Dispenses d'affiliation

Par exception aux dispositions de l'article 3 du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion au dispositif frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

Cette possibilité de dispense d'adhésion concernera les salariés qui relèvent de l'une des situations définies ci-après et qui en font la demande expresse écrite auprès de l'employeur en apportant, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (voir arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :
-, dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
-, régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
-, régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
-, régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
-, contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » ;
-, régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
-, caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Dans tous les cas, les employeurs des exploitations et entreprises agricoles doivent être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Cette demande comporte la mention selon laquelle ledit salarié " a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix ".

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

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d'affiliation, il doit en informer l'employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire frais de santé à compter du premier jour du mois civil suivant.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. Cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties collectives du présent accord, sauf accord exprès écrit entre les employeurs et le salarié.

Par ailleurs, le caractère collectif et obligatoire de la couverture frais de santé ne pourra être considéré comme respecté qu'à la condition que le salarié se dispense d'adhérer, conformément aux modalités décrites ci-dessus, à la couverture collective mise en place auprès du ou des autres employeurs à compter de l'acquisition de la condition d'ancienneté requise pour le bénéfice du dispositif. »

(1) Le 4e alinéa de l'article 1er est étendu sous réserve de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 23 mars 2016 - art. 1)

Article 2

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

« Article 5
Garanties

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

« Article 5.1
Niveau des garanties

Toutes les garanties frais de santé du présent accord présentées dans le tableau figurant dans l'annexe I du présent accord sont exprimées :
- en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 3 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Tous les remboursements prévus à l'annexe I comprennent les prestations du régime de base de protection sociale dont relève le salarié visé à l'article 3 du présent accord.

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

Article 5.2
Contrat " solidaire " et " responsable "

Le présent dispositif frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits " solidaires " et " responsables ", notamment celles posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales et de sa circulaire d'application n° DSS/ SD2A/ SD3C/ SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015.

Ainsi le présent dispositif frais de santé prévoit que :
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du bénéficiaire et aucune information médicale ne pourra être recueillie à cette fin ;
- les garanties respectent les conditions (notamment les planchers et plafonds de prise en charge) mentionnées aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale. »

Article 3

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

Article 4

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

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

« Article 6
Financement du dispositif frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du dispositif départemental obligatoire frais de santé définies par le présent accord, au titre du seul salarié, est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :
- 50 % minimum à la charge de l'employeur ;
- 50 % maximum à la charge du salarié.

En tout état de cause, si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit, il devra en assurer la totalité du financement.

En revanche, si l'employeur, dans le cadre des dispositions de l'acte juridique (défini à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale) instituant ou modifiant les garanties collectives applicables à ses salariés, choisit :

- d'étendre obligatoirement la couverture frais de santé aux ayants droit de ces derniers ;
- ou de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du dispositif départemental obligatoire frais de santé,
ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre (parts salariale et patronale). »

Article 5

Les dispositions de l'article 8 « Règlement des prestations et tiers payant » sont supprimées et son titre est modifié. L'article 8 devient l'article 7 et en conséquence est modifié comme suit :

« Article 7
Mise en œuvre du principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation de la couverture frais de santé *et prévoyance* (1) en application du présent accord sera affectée au financement de ces mesures.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ci-après ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le salarié ou ses ayants droit le cas échéant, auprès de l'organisme chargé de la gestion de ces mesures. »

(1) Au quatrième alinéa de l'article 5, les mots « et prévoyance » sont exclus de l'extension.
(Arrêté du 23 mars 2016 - art. 1)

Article 6

Il est créé un article 7.1 après l'article 7 nouveau :

« Article 7.1
Dispositifs de prévention et d'action sociale

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent dispositif frais de santé, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, 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 maladie professionnelle 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 de la production agricole notamment en cas d'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 entreprise 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 maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini à l'article 10. »

Article 7

Il est créé un article 7.2 après les articles 7 et 7.1 nouveaux :

« Article 7.2
Tiers payant

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

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

Article 8

L'article 9 « Cessation des garanties » devient l'article 8 et est modifié comme suit :

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

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

Toutefois, dans le cadre des dispositions de l'article 4 de loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite " loi Evin ", et sous condition d'avoir bénéficié effectivement du dispositif frais de santé du présent accord, l'organisme assureur maintient cette couverture à titre individuel avec des garanties identiques à celles des salariés actifs, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit :
- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit (maintien prévu à l'article 10 ci-après) ;
- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

En tout état de cause, conformément aux dispositions de l'article 1er du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables aux personnes visées aux alinéas précédents ne peuvent pas être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicable aux salariés actifs.

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

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

Article 9

L'article 10 « Suspension du contrat » devient l'article 9 et son titre et ses dispositions sont modifiés comme suit :

« Article 9
Maintien des garanties

En cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant, à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :
- le congé sans solde ;
- le congé sabbatique ;
- le congé parental d'éducation à plein temps ;
- le congé pour création d'entreprise ;
- le congé de solidarité internationale ;
- le congé de solidarité familiale ;
- le congé de formation ;
- le congé d'enseignement ou de recherche.

Après cette période, lesdits salariés peuvent, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont ils relèvent à titre individuel à continuer de bénéficier de la garantie complémentaire santé sous réserve qu'ils s'acquittent seuls de l'intégralité de la cotisation au titre du contrat collectif concerné, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur.

En cas de suspension du contrat de travail indemnisée

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

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

Article 10

L'article 10 bis « Portabilité » devient l'article 9 bis et son titre est modifié :

« Article 9 bis
Portabilité à titre gratuit

Les salariés entrant dans le champ d'application du présent accord et couverts collectivement par les garanties frais de santé bénéficient des dispositions légales sur le maintien du régime frais de santé en cas de cessation du contrat de travail ouvrant doit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions définies par les textes légaux et ce à compter de la date fixée par la loi (dispositions figurant pour information en annexe III à l'avenant n° 4 du 19 novembre 2015).

Pour bénéficier des prestations, le demandeur d'emploi bénéficiant du maintien des garanties doit fournir l'ensemble des justificatifs demandés au salarié auxquels s'ajoute le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations demandées sont dues. »

Article 11

L'article 11 « Accord de gestion spécifique et suivi du régime » devient l'article 10 et change de titre et de rédaction :

« Article 10
Commission paritaire de suivi du régime frais de santé

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

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

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

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

Article 12

L'article 12 « Adhésion., Antériorité des régimes d'entreprise » devient l'article 11 et est modifié comme suit :

« Article 11
Antériorité des régimes d'entreprise

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

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

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

Article 13

L'article 13 « Recours contre des tiers responsables » devient l'article 12 et est modifié comme suit :

« Article 12
Recours contre les tiers responsables

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

Article 14

L'article 14 « Clause de réexamen., Dénonciation » est supprimé.

Article 15

L'article 15 « Formalités administratives » devient l'article 13 et son titre et ses dispositions sont modifiées comme suit :

« Article 13
Information des salariés

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

Article 16

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

L'annexe II « Offres à adhésion individuelles et facultatives » est modifiée.

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

Article 17 Entrée en vigueur

Les dispositions du présent avenant prennent effet à compter du 1er janvier 2016.

Article 18 Dépôt et extension

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

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

Annexes

Annexe I
Tableau garanties complémentaires santé

Nature des risques		Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement complémentaire		Remboursement total base conventionelle
Au titre du ticket modérateur	**Au titre des forfaits et dépassement dans la limite de**				
Frais médicaux					
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes (1)		70 %	30 %	170 % BR CAS 100 % BR non CAS	270 % BR CAS 200 % BR non CAS
Honoraires et dépassement d'honoraires des spécialistes (1)		70 %	30 %	270 % BR CAS 100 % BR non CAS	370 % BR CAS 200 % BR non CAS
Actes techniques et dépassement d'honoraires (1)		70 %	30 %	-	100 % BR
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM …) (1)		70 %	30 %	-	100 % BR
Sages-femmes		70 %	30 %	-	100 % BR
Auxiliaires médicaux		60 %	40 %	-	100 % BR
Analyses médicales		60 % ou 100 %	40 % ou 0 %	-	100 % BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture		-	-	25 €/3 séances par an	20 € × 3/ semestre
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)		0 € à 150 € par an par bénéficiaire	-	-	0 € à 150 € par an par bénéficiaire
Actes de prévention (2)		35 % à 70 %	65 % à 30 %	-	100 % BR
Pharmacie					
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »		65 % BR	35 %	-	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »		30 % BR	70 %	-	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »		15 % BR	85 %	-	100 % BR
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base		-	-	25 € par an	25 € par an
Hospitalisation (conventionné ou non)					
Frais de séjour		80 % à 100 %	20 % à 0 %	-	100 % BR
Honoraire médical et chirurgical		80 % à 100 %	20 % à 0 %	-	100 % BR
Dépassements d'honoraires		-	-	100 % BR non CAS (1) 155 % BR (CAS)	100 % BR non CAS (1) 155 % BR CAS
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)		-	-	100 % FR	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient >= 60 ou d'un tarif >= 120 €)		-	-	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	-	-	25 € par jour	25 € par jour
	Maternité	-	-	25 € par jour	25 € par jour
	Psychiatrie	-	-	25 € par jour	25 € par jour
Chambre particulière en ambulatoire		-	-	15 € par jour	15 € par jour
Maternité (3)		-	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Frais de transport		65 %	35 %	-	100 % BR
Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)		65 % à 70 %	35 % à 30 %	-	100 % BR
Dentaire					
Soins dentaires		70 %	30 %		100 % BR
Inlays et onlays (acceptés par le régime de base)		70 %	30 %	120 %	220 % BR
Inlay cores (acceptés par le régime de base)		70 %	30 %	25 %	125 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)		70 %	30 %	120 % BR + 300 € par an par bénéficiaire	220 % BR + 300 € par an par bénéficiaire

Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70 % à 100 %	30 % à 0 %	150 %	250 % BR
Optique				
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) (4)			Tous les 2 ans	
Monture seule	60 %	40 %	355 % BR	455 % BR
2 verres simples classe (a) (5)	60 %		10 % PMSS	60 % BR + 10 % PMSS
2 verres complexes classe (b) (5)	60 %	10 % PMSS	60 % BR + 10 % PMSS	
2 verres très complexes classe (c) (5)	60 %	10 % PMSS	60 % BR + 10 % PMSS	
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) (5)	60 %		10 % PMSS	60 % BR + 10 % PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60 %	10 % PMSS	60 % BR + 10 % PMSS	
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60 %		10 % PMSS	60 % BR + 10 % PMSS
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0 % à 60 %	40 %	100 € par an par bénéficiaire	100 % BR + 100 € par an par bénéficiaire
Prothèse hors dentaire				
Prothèse auditive (hors entretien)	60 %	40 %	5,25 % du PMSS par an	100 % BR
Autres prothèses et petit appareillage	60 %	40 %		100 % BR
Gros appareillage	100 %	0 %		100 %
Fourniture médicale et pansement	60 %	40 %		100 % BR
Assistance				Oui

BR : base de remboursement.
TM : ticket modérateur.
CAS : convention d'accès aux soins.
PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.
FR : frais réels.
(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est signataire ou non d'une convention d'accès aux soins (CAS).
(2) Tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire.
(3) Dans la limite des frais réellement engagés.
(4) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles :
- verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre, 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre <= + 4,00 dioptries ;
- verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de, 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs ;
- verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries.
(5) Y compris forfait monture.

Annexe II

Offres à adhésion individuelles et facultatives

1. Salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

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

Ces salariés peuvent donc demander à bénéficier à titre individuel et facultatif des garanties prévues par le présent accord, auprès de l'organisme assureur et dans les conditions prévues par ce dernier. L'organisme assureur proposera ainsi aux salariés intéressés un contrat individuel.

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

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

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

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

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

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

La définition des ayants droit du salarié est précisée dans la convention de gestion conclue entre les partenaires sociaux et l'organisme assureur.

Définition des ayants droit du salarié :
- le conjoint : personne liée au bénéficiaire par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé (e) de corps ou non divorcé (e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec le bénéficiaire un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le bénéficiaire en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.
La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;
- les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
-, âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
-, âgés de moins de 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) ;
-, 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 leur activité ;
-, quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé, AAH, (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du bénéficiaire nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

Annexe III
Dispositions légales sur la portabilité

« Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :
1° Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.
Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
4° Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;

5° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;
6° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.
Le présent article est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail. »

Avenant n° 5 du 18 octobre 2017 à l'accord du 19 juin 2009 relatif aux frais de santé (Orne)

18 octobre 2017, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2018 Légifrance

Article 1er

Le tableau de l'annexe 1, *Tableau Garanties complémentaire santé* (1) (2)est remplacé par le suivant :

Nature des risques		**Remboursement Régime obligatoire (à titre indicatif)**	**Remboursement complémentaire**		**Remboursement total Base conventionnelle**
Au titre du ticket modérateur	**Au titre des forfaits et dépassement dans la limide de**				
Frais médicaux					
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes (1)		70 %	30 %	170 % BR CAS 100 % BR non CAS	270 % BR CAS 200 % BR non CAS
Honoraires et dépassement d'honoraires des spécialistes (1)		70 %	30 %	270 % BR CAS 100 % BR non CAS	370 % BR CAS 200 % BR non CAS
Actes Techniques et dépassement d'honoraires (1)		70 %	30 %	-	100 % BR
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM …) (1)		70 %	30 %	-	100 % BR
Sages-femmes		70 %	30 %	-	100 % BR
Auxiliaires médicaux		60 %	40 %	-	100 % BR
Analyses médicales		60 % ou 100 %	40 % ou 0 %	-	100 % BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture		-	-	35 €/4 séances par an	35 € x 4/ an
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)		0 € à 150 €/ an/ bénéficiaire	-	-	0 € à 150 €/ an/ bénéficiaire
Actes de prévention (2)		35 % à 70 %	65 % à 30 %	-	100 % BR
Pharmacie					
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »		65 % BR	35 %	-	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »		30 % BR	70 %	-	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »		15 % BR	85 %	-	100 % BR
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base		-	-	25 €/ an	25 €/ an
Hospitalisation (conventionné ou non)					
Frais de séjour		80 % à 100 %	20 % à 0 %	-	100 % BR
Honoraire médical et chirurgical		80 % à 100 %	20 % à 0 %	-	100 % BR
Dépassements d'honoraires		-	-	100 % BR (non CAS) (1) 155 % BR (CAS)	100 % BR (non CAS) (1) 155 % BR (CAS)
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)		-	-	100 % FR	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient >= 60 ou d'un tarif >= 120 €)		-	-	100 % FR	100 % FR

Chambre particulière	Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	-	-	25 €/ jour	25 €/ jour
Maternité	-	-	25 €/ jour	25 €/ jour	
Psychiatrie	-	-	25 €/ jour	25 €/ jour	
Chambre particulière en ambulatoire		-	-	15 €/ jour	15 €/ jour
Maternité (3)		-	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Frais de transport		65 %	35 %	-	100 % BR
Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)		65 % à 70 %	35 % à 30 %	-	100 % BR
Dentaire					
Soins dentaires		70 %	30 %		100 % BR
Inlays et Onlays (acceptés par le régime de base)		70 %	30 %	120 %	220 % BR
Inlay Cores (acceptés par le régime de base)		70 %	30 %	25 %	125 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)		70 %	30 %	220 % BR + 300 €/ an/ bénéficiaire	320 % BR + 300 €/ an/ bénéficiaire
Orthodontie (acceptée par le régime de base)		70 % à 100 %	30 % à 0 %	150 %	250 % BR
Optique					
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) (4)				Tous les 2 ans	
Monture seule		60 %	40 %	355 % BR	455 % BR
2 verres simples classe (a) (5)		60 %		10 % PMSS	60 % BR + 10 % PMSS
2 verres complexes classe (b) (5)		60 %		12 % PMSS	60 % BR + 12 % PMSS
2 verres très complexes classe (c) (5)		60 %		12 % PMSS	60 % BR + 12 % PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) (5)		60 %		12 % PMSS	60 % BR + 12 % PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) (5)		60 %		12 % PMSS	60 % BR + 12 % PMSS
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) (5)		60 %		12 % PMSS	60 % BR + 12 % PMSS
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)		0 % à 60 %	40 %	100 €/ an/ bénéficiaire	100 % BR + 100 €/ an/ bénéficiaire
Prothèse hors dentaire					
Prothèse auditive (hors entretien)		60 %	40 %	5,25 % du PMSS/ an	100 % BR
Autres prothèses et petit appareillage		60 %	40 %		100 % BR
Gros appareillage		100 %	0 %		100 %
Fourniture médicale et pansement		60 %	40 %		100 % BR
Assistance					**Oui**

BR : base de remboursement.
TM : ticket modérateur.
CAS : convention d'accès aux soins.
PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.
FR : frais réels.

Le remboursement diffère selon que le médecin est signataire ou non d'une convention d'accès aux soins (CAS).

Tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au

titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire (1) Médecin signataire ou non signataire d'une convention d'accès aux soins (CAS).

Dans la limite des frais réellement engagés.

Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles.

Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre, 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre <= + 4,00 dioptries.

Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de, 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.

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

Y compris forfait monture.

Le reste est sans changement.

(1) Les lignes 3,4 et 21 du tableau qui constitue l'annexe 1 au présent avenant, ainsi que les alinéas 4,7 et 8 de la légende figurant à la fin de cette même annexe sont étendus sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 26 juin 2018 - art. 1)

(2) Les lignes 38, 39, 40, 41, 42, 43 du tableau qui constitue l'annexe 1 au présent avenant, ainsi que les alinéas 11, 12, 13 et 14 de la légende figurant à la fin de cette même annexe sont étendus sous réserve du respect des dispositions du 3° de l'article R. 871-2 du même code.
(Arrêté du 26 juin 2018 - art. 1)

Article 2

Le présent avenant prend effet au 1er janvier 2018 et les parties signataires en demandent l'extension.

Avenant n° 6 du 7 octobre 2020 à l'accord du 19 juin 2009 relatif aux frais de santé (Orne)

7 octobre 2020, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2020 Légifrance PDF officiel du BO n°2022-17

Préambule

La loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a créé un remboursement intégral d'un ensemble de soins dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire : cette offre est accessible à tous les français disposant d'une complémentaire santé.

La mise en place de cette réforme va se déployer par étape, jusqu'au remboursement total en 2021. Pour l'audiologie, l'optique et le dentaire, il existera plusieurs catégories de remboursement, dont une prévoira des équipements « offre 100 % santé » intégralement remboursée (assurance maladie obligatoire + complémentaire santé).

Afin de se mettre en conformité avec cette loi et ses textes réglementaires, les partenaires sociaux font évoluer à compter du 1er janvier 2020, les montants des prestations complémentaires santé concernées (l'audiologie, l'optique et le dentaire) du régime conventionnel obligatoire, définies à l'annexe 1 « Tableau garanties complémentaire santé » de l'accord départemental complémentaire frais de santé du 19 juin 2009. De plus, pour faciliter la lecture des garanties santé par les salariés assurés, conformément à la logique de la loi, une nouvelle présentation modifie les tableaux des garanties du régime conventionnel obligatoire, et du régime optionnel.

Article 1er Modification de l'annexe 1 à l'accord départemental complémentaire Frais de santé du 19 juin 2009

Le *tableau de l'annexe 1* (1) « Tableau Garanties complémentaire santé » est supprimé et remplacé par le suivant :

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

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20220017 _ 0000 _ 0035. pdf/ BOCC

(1) Les tableaux de garanties de l'article 1er de l'avenant sont étendus sous réserve du respect du cahier des charges des contrats responsables, prévu à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, concernant les périodicités de prise en charge des équipements tel que précisé par l'arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale. (Arrêté du 9 juin 2022 - art. 1)

Article 2 Date d'effet. Dépôt. Extension

Le présent avenant prend effet le 1er janvier 2020.

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

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

Déclinaisons territoriales

Accords régionaux, interdépartementaux et départementaux rattachés à cette convention. Chaque lien ouvre la convention avec les accords du département.

Orne (61) : 7 textes