CartoAgri, accord territorial

Frais de santé des non-cadres, Eure, Orne et Seine-Maritime (accord du 22 septembre 2009)

Accord consolidé et avenants en vigueur

Texte	Accord du 22 septembre 2009 relatif aux frais de santé des salariés non cadres des exploitations de polyculture et d'élevage de Seine-Maritime et des exploitations horticoles et pépinières de Haute-Normandie et de l'Orne
État	En vigueur, étendu
Départements	Eure (27), Orne (61), Seine-Maritime (76)
Textes en vigueur	7
Légifrance	https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000052257653

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 22 septembre 2009 relatif aux frais de santé des salariés non cadres des exploitations de polyculture et d'élevage de Seine-Maritime et des exploitations horticoles et pépinières de Haute-Normandie et de l'Orne

22 septembre 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 complémentaire frais de santé départemental comme le leur permet l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, garantissant des prestations complémentaires au régime obligatoire de la mutualité sociale agricole, en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

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

Le présent accord est un accord autonome de la convention collective des exploitations de polyculture et d'élevage du 28 février 1983 du département de la Seine-Maritime.

Article 1er Champ d'application

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 définies ci-après :
- polyculture ;
- élevage ;
- arboriculture ;
- cressiculture ;
- coopératives d'utilisation de matériels agricoles (CUMA) ;
- 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 ;
- horticulture ;
- pépinières.

1.2 Champ d'application territorial

Le présent accord régit tous les travaux salariés visés à l'article 1.1, effectués :
- dans les entreprises dont le siège de l'exploitation se trouve dans le département de Seine-Maritime ;
- dans les entreprises horticoles et pépinières dont le siège de l'exploitation se trouve dans le département de l'Eure ;
- dans les entreprises horticoles et pépinières dont le siège de l'exploitation se trouve dans le département de l'Orne.

Article 2 Bénéficiaires

2.1 Les salariés

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé s'appliquent aux 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, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail à durée déterminée, au titre des activités visées à l'article 1.1.

Sont exclus du bénéfice des garanties frais de santé :
- les 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 personnels 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 ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;

- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

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

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

2.2 Les dispenses d'affiliation

Par exception aux dispositions de l'article 2 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 à la garantie complémentaire 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 la complémentaire santé solidaire (CSS). 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 en contrat à durée déterminée dont la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont il bénéficie en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident est inférieure à 3 mois et justifiant bénéficier d'une couverture dite “ responsable ”, conformément à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. Ces salariés pourront sous réserve d'en faire la demande expresse à leur employeur bénéficier en contrepartie, du dispositif versement santé tel que prévu par le décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, dans les conditions prévues par lesdites dispositions ;
- 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'État, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- 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 1er mois d'embauche.

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d'affiliation, il doit en informer l'employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire frais de santé à compter du 1er jour du mois civil suivant.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié acquiert le plus d'ancienneté, sauf accord entre les employeurs et le salarié.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse de la part du salarié concerné, qui devra produire chaque année auprès de son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense. En cas de non-renouvellement de la demande d'exclusion et des justificatifs, le salarié cotisera obligatoirement au régime frais de santé, le 1er jour au cours duquel il est affilié.

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

2.3 Offre à adhésion individuelle et facultative

- Extension famille facultative (conjoint et enfants)

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

Dans ce cas, il devra en assurer la totalité du financement.

Les modalités et les conditions d'accès à cette offre facultative sont précisées en annexe II du présent accord.

- Extension famille obligatoire (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont souhaité donner aux entreprises la possibilité d'étendre obligatoirement la couverture frais de santé prévue dans le cadre du présent régime, à titre collectif et obligatoire, aux familles des salariés (ayants droit : conjoint et enfants), dans le cadre des dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

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

- Mise en place de garanties supérieures obligatoires

De même, les partenaires sociaux ont souhaité donner aux entreprises la possibilité de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du dispositif prévu par le présent accord frais de santé ;

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

2.4 Définition des ayants droit

- 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 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
-, âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
-, quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé (AAH) (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur

niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
-, les enfants du bénéficiaire nés “ viables ” moins de 300 jours après son décès ;
-, les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. 1 justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

Article 3 Garanties

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

Toutes les garanties frais de santé du présent accord figurant dans le tableau de 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 2 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 2 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.

Des garanties d'assistance sont incluses dans la garantie frais de santé, du même niveau que celles de l'accord national du 10 juin 2008.

Article 4 Financement des garanties frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur afin de couvrir les garanties du présent régime 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 d'offrir obligatoirement des garanties supérieures au présent accord, ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale (part salariale et patronale) appelée à ce titre.

Article 5 Tiers payant

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

Cette carte santé reste la propriété de l'assureur.

Article 6 Maintien des garanties au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 8 “ Portabilité ”, 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 Évin ”, et à la 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 8 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 la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi “ Évin ”, le tarif applicable ne pourra être supérieur aux tarifs globaux en vigueur pour les salariés actifs dans les limites fixées par la réglementation.

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.

En cas de changement d'organisme assureur, les contrats individuels souscrits en application de la loi “ Évin ” antérieurement à la résiliation du présent contrat seront transférés au nouvel assureur à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.

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 7 Maintien des garanties en cas de suspensions du contrat de travail

• En cas de suspensions du contrat de travail non indemnisées

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant, à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation dans l'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

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

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

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

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

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

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

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

Article 8 Portabilité

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. Ces dispositions figurent en annexe III au présent avenant pour information.

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

Article 9 Principe de solidarité

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

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, selon les mêmes modalités que celles de l'accord national du 10 juin 2008, et le présent accord départemental s'inscrit dans le cadre de la participation à la mutualisation du fonds de solidarité institué au niveau national.

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 2 représentants désignés par chaque organisation syndicale de salariés signataire du présent accord 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 FNSEA de Seine-Maritime.

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 présent régime frais de santé 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 coexistant, c'est-à-dire ligne à ligne, afin que celles applicables aux exploitations et entreprises agricoles concernées soient au moins aussi favorables que pour celles mises en place au titre du présent accord.

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

Article 12 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.

Annexes

Annexe I

Tableau des garanties complémentaires santé (1)

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

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

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

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

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

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

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

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20250026 _ 0000 _ 0023. pdf/ BOCC

(1) Le tableau est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article R. 162-65 du code de la sécurité sociale, tel que modifié par le décret n° 2025-424 du 13 mai 2025, paru au Journal officiel de la République française du 15 mai 2025, qui a augmenté de huit à douze le nombre de séances pouvant être prises en charge annuellement.
(Arrêté du 3 septembre 2025 - art. 1)

Annexe II (1)

Offre à adhésion individuelle et facultative

L'extension famille individuelle et facultative (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont 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.

L'extension famille collective et obligatoire (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont 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 collectif et obligatoire.

Si l'employeur choisit d'étendre la famille (conjoint et enfants) à titre obligatoire, le taux global de la cotisation mensuelle obligatoire « extension famille » sera réparti à 50 % part employeur et 50 % part 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 sera collecté par la MSA.

La mise en place obligatoire de garanties supérieures au présent accord

Les partenaires sociaux ont souhaité donner aux entreprises la possibilité de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du dispositif prévu par le présent accord.

Si l'employeur choisit de mettre en place à titre obligatoire, des garanties supérieures, le taux global de la cotisation incluant ces garanties supérieures sera réparti à 50 % part employeur et 50 % part salarié, et est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). L'intégralité de la cotisation sera collectée par la MSA.

Annexe III

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

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, par la complémentaire santé bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

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

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

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

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

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

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

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

Avenant n° 1 du 12 novembre 2009 à l'accord du 22 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Haute-Normandie)

12 novembre 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2010 Légifrance PDF officiel du BO n°2010-19

Préambule

Le présent avenant à l'accord départemental du 22 septembre 2009 concernant les salariés non cadres des exploitations de polyculture et d'élevage de la Seine-Maritime fait suite à la demande d'adhésion des partenaires sociaux de la convention collective des horticulteurs de la Haute-Normandie du 2 octobre 1967, à l'accord départemental du 22 septembre 2009 précité.

Les parties au présent avenant ont donc convenu d'élargir le champ d'application professionnel et géographique de l'accord précité, afin d'étendre le bénéfice de l'accord du 22 septembre 2009 aux salariés non cadres des exploitations d'horticulture de la Haute-Normandie.

Article 1er

Les articles 1.1 et 1.2 de l'accord du 22 septembre 2009 sont donc modifiés comme suit :

« 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 définies ci-après :
- polyculture ;
- élevage ;
- arboriculture ;
- cressiculture ;

- coopératives d'utilisation de matériels agricoles (CUMA) ;
- 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 ;
- horticulture.

Article 1.2
Champ d'application territorial

Le présent accord régit tous les travaux salariés visés à l'article 1.1, effectués :
- dans les entreprises dont le siège de l'exploitation se trouve en Seine-Maritime, pour les entreprises autres qu'horticoles ;
- dans les entreprises dont le siège de l'exploitation se trouve en Haute-Normandie, pour les entreprises horticoles. »

Article 2

Les autres clauses de l'accord initial 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, l'extension du présent accord.

Avenant n° 2 du 14 avril 2014 à l'accord du 22 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Haute-Normandie)

14 avril 2014, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2015 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 22 septembre 2009.

Ainsi :
- les cotisations évoluent afin d'intégrer la portabilité ;
- les cas de dispense d'affiliation sont mis à jour ;
- les conditions de maintien des garanties en cas de suspension de contrat de travail sont modifiées.

Par ailleurs, le tableau des garanties est mis à jour, sans changement sur le niveau des prestations :
- répartition des taux de remboursement en raison des baisses de prise en charge par le régime de base ;
- présentation du poste dentaire en prévision de la nouvelle nomenclature.

Article 1er Modification partielle de l'article 3.1

Les dispositions du paragraphe « Dispenses d'affiliation » de l'article 3.1 « Salariés (bénéficiaires) » de l'accord sont remplacées par les suivantes :

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

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

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

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

3. Le salarié bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément.

4. Les salariés à temps partiel ayant 6 mois d'ancienneté et plus dès lors que leur cotisation complémentaire santé est égale ou supérieure à 10 % de leur rémunération brute.

En cas d'augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, si la cotisation représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne (calcul sur 12 mois continus), le salarié devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé.

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

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

6. Les salariés membres d'un couple travaillant dans la même entreprise, l'un d'eux pouvant être assuré en qualité d'ayant droit.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord entre les employeurs et le salarié.

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

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

Au jour de l'entrée en vigueur de l'avenant n° 2 du 14 avril 2014, les salariés à temps partiel ou en contrat à durée déterminée (y compris les apprentis) 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 dudit avenant. Après l'entrée en vigueur de l'avenant, la demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition d'ancienneté de 6 mois.

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

Article 2 Modification de l'article 6.1

L'article 6.1 est modifié comme suit :

« Article 6.1
Montant de la cotisation

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 signature du présent accord et ensuite de ses avenants.

Taux et répartition de la cotisation uniforme 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 est égal à 1,70 % du PMSS, financement de la portabilité inclus.

La tarification uniforme obligatoire concerne le salarié et ses ayants droit tels que définis à l'article 3.2 du présent accord.

La cotisation obligatoire ainsi prévue est répartie à raison de :
- 15 % à la charge de l'employeur ;
- 85 % à la charge du salarié. »

Article 3 Modification de l'article 9

L'article 9 est modifié comme suit :

« Article 9
Suspension du contrat de travail

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

En cas de suspension du contrat de travail pour un des cas de 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 santé pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat, sans versement de cotisation.

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

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

Suspension du contrat pour maladie, accident (toutes origines) ou pour maternité, et donnant lieu à versement d'indemnités journalières par le régime de base

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

Article 4 Création de l'article 9 bis

Il est créé un article 9 bis ainsi rédigé :

« Article 9 bis
Portabilité

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

Article 5 Modification de l'annexe I

Le tableau de l'annexe I « Tableau des garanties complémentaire santé » est remplacé par le suivant.

« Annexe I
Tableau des garanties complémentaires santé

Garantie	**Régime frais de santé**		
Remboursement régime de base (1)	**Remboursement complémentaire (1)**	**Remboursement total (y compris régime de base) (1)**	
Soins courants			
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes	70 % BR	80 % BR	150 % BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Sages-femmes	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Analyses, examens de laboratoire	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Radiographie, électroradiologie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention responsables	35 % à 70 % BR	65 % à 30 % BR	100 % BR
Pharmacie			
Pharmacie remboursée par le régime de base	15 % à 100 % BR	85 % à 0 % BR	100 % BR
Optique			
Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée	60 % BR	395 % BR + crédit de 250 € par an et par bénéficiaire	455 % BR + crédit de 250 € par an et par bénéficiaire
Lentilles non prises en charge	-	200 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire

Dentaire			
Soins remboursés par le régime de base (y compris inlay/ onlay)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (hors couronnes implantoportées)	70 % BR	140 % BR + crédit de 300 € par an et par bénéficiaire	210 % BR + crédit de 300 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie acceptée	100 % BR	150 % BR	250 % BR
Appareillage			
Prothèses auditives acceptées	60 % BR	395 % BR + 175 € par an, par bénéficiaire et par oreille	455 % BR + 175 € par an, par bénéficiaire et par oreille
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, autres prothèses	60 % BR à 100 % BR	40 % à 0 % BR	100 % BR
Hospitalisation (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	80 % à 100 % BR	20 % à 0 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires	-	150 % BR	150 % BR
Forfait hospitalier	-	100 % FR dès le premier jour	100 % FR dès le premier jour
Chambre particulière	-	30 € par jour	30 € par jour
Frais de lit d'accompagnant enfant de moins de 12 ans	-	25 € par jour	25 € par jour
Maternité (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	100 % BR	-	100 % BR
Dépassement d'honoraires et chambre particulière	-	Crédit 1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité	Crédit 1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité
(1) En pourcentage de la BR. BR : base de remboursement à partir de laquelle est calculé le remboursement obligatoire. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.			

Article 6 Création de l'annexe II

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

« Annexe II
Dispositions légales sur la portabilité

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

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, par la complémentaire santé bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

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

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

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

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

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

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

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

(1) L'article 6 « Annexe 2 » est exclu de l'extension.
(ARRÊTÉ du 27 octobre 2014 - art. 1)

Article 7 Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Article 8 Date d'effet

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

Il prendra effet :
- à l'exception des articles 4 et 6 : à compter du premier jour du trimestre civil suivant la publication au Journal officiel de son arrêté d'extension ;
- concernant les articles 4 et 6 : à l'entrée en vigueur des dispositions légales auxquelles ils font référence (le 1er juin 2014).

Avenant n° 3 du 27 novembre 2015 à l'accord du 22 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Haute-Normandie)

27 novembre 2015, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2016 Légifrance PDF officiel du BO n°2017-4

Préambule

Considérant les dernières modifications légales et réglementaires apportées sur les régimes complémentaires frais de santé, les organisations professionnelles et syndicales signataires ont décidé de mettre à jour l'accord départemental du 22 septembre 2009 relatif à un régime d'assurance complémentaire frais de santé en agriculture pour les salariés non cadres des exploitations de polyculture et d'élevage de Seine-Maritime et des exploitations horticoles et pépinières de Haute-Normandie.

En conséquence, le présent avenant a pour but de mettre l'accord du 22 septembre 2009 en conformité avec les dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 révisé par avenant n° 4 du 15 septembre 2015, et avec les nouvelles dispositions légales concernant les régimes collectifs d'assurance complémentaire santé.

En conséquence, l'accord départemental d'assurance frais de santé du 22 septembre 2009 est modifié comme suit.

Article 1er

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

« Article 3
Bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent (1) :
- à tout salarié non cadre ayant au moins trois mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ;
- et relevant du champ d'application du présent accord,
à l'exclusion :
- des cadres et personnels ressortissants de la convention collective du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP et bûcherons-tâcherons ressortissants d'autres dispositions conventionnelles ;
- des salariés non cadres définis ci-dessus bénéficiant d'un régime plus favorable que le présent accord institué dans leur entreprise conformément aux dispositions légales et dans les conditions prévues à l'article 11 ci-après du présent accord, par accord collectif d'entreprise, décision unilatérale ou référendum.

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

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

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

Dispenses d'affiliation

Par exception aux dispositions de l'article 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 douze 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 douze 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 1er mois qui suit l'obtention de la condition d'ancienneté de 3 mois.

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d'affiliation, il doit en informer l'employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire frais de santé à compter du 1er jour du mois civil suivant.

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

du présent accord, sauf accord express écrit entre les employeurs et le salarié.

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

(1) Le troisième alinéa de l'article 1 est étendu sous réserve du respect des dispositions des articles L. 911-7 et L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 13 mars 2017 - art. 1)

Article 2

Il est créé un article 3.3 intitulé « Offre à adhésion individuelle et facultative » rédigé comme suit.

« Article 3.3
Offre à adhésion individuelle et facultative

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 global identique à celui de la garantie obligatoire.

Les modalités et les conditions d'accès à cette offre facultative sont précisées en annexe III du présent accord.

Extension famille facultative (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont également souhaité donner aux salariés ayant l'ancienneté requise la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à leur famille (ayants droit : conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

Les modalités et les conditions d'accès à cette offre facultative sont précisées en annexe III du présent accord. »

Article 3

Les dispositions de l'article 4 « Garanties » sont supprimées. Il est créé un article 4.1 et un article 4.2. L'article 4 est donc remplacé comme suit :

« Article 4
Garanties

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

Article 4.1
Niveau des garanties

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

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

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

Article 4.2
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 4

L'article 5 « Gestion du régime complémentaire frais de santé » est supprimé.

Article 5

L'article 6 « Cotisations » devient l'article 5 et son titre et ses dispositions sont modifiés. Les articles 6.1 « Montant de la cotisation » et 6.2 « Appel et recouvrement des cotisations » sont supprimés et remplacés par un article 5 unique intitulé « Financement du dispositif frais de santé ».

Les dispositions de l'article 6 sont donc modifiées en conséquence comme suit :

« Article 5
Financement du dispositif frais de santé

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

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

En revanche, si l'employeur, dans le cadre des dispositions de l'acte juridique (défini à l'art. L. 911-1 du code de la sécurité sociale) instituant ou modifiant les garanties collectives applicables à ses salariés, choisit :
- d'étendre obligatoirement la couverture frais de santé aux ayants droit de ces derniers ; ou
- de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du présent dispositif obligatoire frais de santé.

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

Article 6

Les dispositions de l'article 7 « Règlement des prestations et tiers payant » sont modifiées et son titre est modifié. L'article 7 devient l'article 6 et en conséquence est modifié comme suit :

« Article 6
Tiers payant

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

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

Article 7

Les dispositions de l'article 8 « Cessation des garanties » sont supprimées et sont remplacées comme suit et son titre est également modifié. L'article 8 devient l'article 7 et est modifié comme suit.

« Article 7
Maintien de garantie au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 9 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 la 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 six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant

l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit (maintien prévu à l'art. 10 ci-après) ;
- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

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

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

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

Article 8

L'article 9 « Suspension du contrat » devient l'article 8 et son titre et ses dispositions sont modifiés comme suit :

« Article 8
Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspensions du contrat de travail non indemnisées

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

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

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

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant, à la couverture frais de santé et prévoyance 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 un mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement, *et la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ ou complément de salaire versé par l'employeur* (1).

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

(1) Au seizième alinéa de l'article 8, les mots « et la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ou le complément de salaire versé par l'employeur. » sont exclus du bénéfice de l'extension au motif qu'ils se rapportent au régime de prévoyance et non au régime frais de santé.
(Arrêté du 13 mars 2017 - art. 1)

Article 10

L'article 9 bis « Portabilité » devient l'article 8 bis :

« Article 8 bis
Portabilité

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. Ces dispositions figurent en annexe III au présent avenant pour information.

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

Article 11

L'article 10 « Accord de gestion spécifique et suivi du régime » devient l'article 9 et change de titre et de rédaction :

« Article 9
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 3 représentants désignés par chaque organisation syndicale de salariés signataire du présent accord 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 FNSEA de Seine-Maritime. »

Article 12

L'article 11 « Antériorité des régimes d'entreprise » devient l'article 10. Les 2e et 3e alinéas de l'article 11 sont modifiés comme suit :

« Article 10
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 présent régime frais de santé 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 12 « Recours contre des tiers responsables » devient l'article 11 et est modifié comme suit :

« Article 11
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 13 « Clause de réexamen » est supprimé.

Article 15

Il est ajouté un nouvel article « Information des salariés » qui devient l'article 12 et est rédigé comme suit :

« Article 12

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 présent dispositif frais de santé mis en conformité avec les dispositions légales et réglementaires.

Une annexe III intitulée « Offres à adhésion individuelle et facultative » est créée.

Article 17 Entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

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

Annexes

Annexe I

Tableau Garantie complémentaire santé

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

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20170004 _ 0000 _ 0028. pdf/ BOCC

Annexe III
Offres à adhésion individuelles et facultatives

1. Salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;
- les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
-, âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
-, âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
-, âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité,
-, quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé, AAH (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du bénéficiaire nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

(1) Le bénéficiaire tel que défini à l'article 3 du présent accord.

Avenant n° 4 du 22 février 2018 à l'accord du 22 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Haute-Normandie et Orne)

22 février 2018, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2019 Légifrance PDF officiel du BO n°2018-41

Préambule

Le présent avenant à l'accord collectif du 22 septembre 2009 fait suite à la volonté des partenaires sociaux de fusionner les régimes complémentaires de santé des salariés non cadres relevant des exploitations de polyculture et d'élevage de Seine-Maritime, des exploitations horticoles et pépinières de Haute-Normandie et des exploitations horticoles et pépinières de l'Orne.

Les parties en présence ont donc convenu d'élargir le champ d'application professionnel à l'accord initial précité.

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015 et l'avenant n° 5 du 28 septembre 2016 à l'accord national du 10 juin 2008 concernant la protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord régional du 22 septembre 2009.

Les dispositions légales du 1er janvier 2016 obligeant l'employeur à affilier tous ses salariés dès le 1er jour, la parution du décret sur les cas dispenses et le dispositif versement santé en date du 30 décembre 2015, ont nécessité une adaptation de l'accord régional.

Les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord complémentaire frais de santé du 22 septembre 2009, s'agissant de la mise en œuvre du principe de solidarité et de mutualisation avec le fonds de solidarité national.

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

Article 1er

Le titre de l'accord collectif complémentaire frais de santé initialement intitulé : « Accord complémentaire frais de santé du 22 septembre 2009 concernant les salariés non cadres des exploitations de polyculture et d'élevage de Seine-Maritime, des exploitations horticoles et pépinières de Haute-Normandie » est remplacé par l'intitulé ci-après :

« Accord complémentaire frais de santé du 22 septembre 2009 modifié des salariés non cadres des exploitations de polyculture et d'élevage de Seine-Maritime et des exploitations horticoles et pépinières de Haute-Normandie et des exploitations horticoles et pépinières du département de l'Orne. »

Article 2

L'ensemble des articles de l'accord collectif complémentaire frais de santé du 22 septembre 2009 est remplacé par l'ensemble des articles suivants :

« 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 définies ci-après :
- polyculture ;
- élevage ;
- arboriculture ;
- cressiculture ;
- coopératives d'utilisation de matériels agricoles (CUMA) ;
- 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 ;
- horticulture ;
- pépinières.

Article 1.2
Champ d'application territorial

Le présent accord régit tous les travaux salariés visés à l'article 1.1, effectués :
- dans les entreprises dont le siège de l'exploitation se trouve dans le département de Seine-Maritime ;
- dans les entreprises horticoles et pépinières dont le siège de l'exploitation se trouve dans le département de l'Eure ;
- dans les entreprises horticoles et pépinières dont le siège de l'exploitation se trouve dans le département de l'Orne.

Article 2
Bénéficiaires
Article 2.1
Les salariés

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé s'appliquent à tous les salariés non cadres relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC), bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail à durée déterminée, au titre des activités visées à l'article 1.1.

Sont exclus du bénéfice des garanties frais de santé :
- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

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

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

Article 2.2
Les dispenses d'affiliation

Par exception aux dispositions de l'article 2 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 à la garantie complémentaire 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 en contrat à durée déterminée dont la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont il bénéficie en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident est inférieure à 3 mois et justifiant bénéficier d'une couverture dite “ responsable ”, conformément à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. Ces salariés pourront sous réserve d'en faire la demande expresse à leur employeur bénéficier en contrepartie, du dispositif versement santé tel que prévu par le décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, dans les conditions prévues par lesdites dispositions ;
- 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'État, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- 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 1er mois d'embauche.

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d'affiliation, il doit en informer l'employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire frais de santé à compter du 1er jour du mois civil suivant.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié acquiert le plus d'ancienneté, sauf accord entre les employeurs et le salarié.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse de la part du salarié concerné, qui devra produire chaque année auprès de son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense. En cas de non-renouvellement de la demande d'exclusion et des justificatifs, le salarié cotisera obligatoirement au régime frais de santé, le 1er jour au cours duquel il est affilié.

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

Article 2.3
Offre à adhésion individuelle et facultative

- Extension famille facultative (conjoint et enfants)

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

Dans ce cas, il devra en assurer la totalité du financement.

Les modalités et les conditions d'accès à cette offre facultative sont précisées en annexe II du présent accord.

- Extension famille obligatoire (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont souhaité donner aux entreprises la possibilité d'étendre obligatoirement la couverture frais de santé prévue dans le cadre du présent régime, à titre collectif et obligatoire, aux familles des salariés (ayants droit : conjoint et enfants), dans le cadre des dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

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

- Mise en place de garanties supérieures obligatoires

De même, les partenaires sociaux ont souhaité donner aux entreprises la possibilité de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du dispositif prévu par le présent accord frais de santé ;

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

Les modalités et les conditions d'accès à cette offre facultative sont précisées en annexe II du présent accord.

Article 2.4
Définition des ayants droit

- 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 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
-, âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
-, quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé (AAH) (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
-, les enfants du bénéficiaire nés “ viables ” moins de 300 jours après son décès ;
-, les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. 1 justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

Article 3
Garanties

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

Toutes les garanties frais de santé du présent accord figurant dans le tableau de 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 2 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 2 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.

Des garanties d'assistance sont incluses dans la garantie frais de santé, du même niveau que celles de l'accord national du 10 juin 2008.

Article 4
Financement des garanties frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur afin de couvrir les garanties du présent régime 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 d'offrir obligatoirement des garanties supérieures au présent accord, ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale (part salariale et patronale) appelée à ce titre.

Article 5
Tiers payant

Après affiliation de l'assuré auprès de l'organisme assureur, l'organisme gestionnaire délivrera une carte santé

permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention le cas échéant d'une prise en charge hospitalière.

Cette carte santé reste la propriété de l'assureur.

Article 6
Maintien des garanties au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 8 “ Portabilité ”, 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 Évin ”, et à la 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 8 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 la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi “ Évin ”, le tarif applicable ne pourra être supérieur aux tarifs globaux en vigueur pour les salariés actifs dans les limites fixées par la réglementation.

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.

En cas de changement d'organisme assureur, les contrats individuels souscrits en application de la loi “ Évin ” antérieurement à la résiliation du présent contrat seront transférés au nouvel assureur à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.

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 7
Maintien des garanties en cas de suspensions du contrat de travail

• En cas de suspensions du contrat de travail non indemnisées

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant, à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation dans l'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 suspensions du contrat de travail indemnisées

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant, à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement 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, 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 8
Portabilité

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. Ces dispositions figurent en annexe III au présent avenant pour information.

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

Article 9
Principe de solidarité

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

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, selon les mêmes modalités que celles de l'accord national du 10 juin 2008, et le présent accord départemental s'inscrit dans le cadre de la participation à la mutualisation du fonds de solidarité institué au niveau national.

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 2 représentants désignés par chaque organisation syndicale de salariés signataire du présent accord 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 FNSEA de Seine-Maritime.

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 présent régime frais de santé 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 coexistant, c'est-à-dire ligne à ligne, afin que celles applicables aux exploitations et entreprises agricoles concernées soient au moins aussi favorables que pour celles mises en place au titre du présent accord.

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

Article 12
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 3 Entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

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

Article 4 Dépôt et extension

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

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

Annexes

Annexe I
Tableau des garanties complémentaires santé

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

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

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

Accord polyculture élevage de Seine-Maritime, Horticulture de Haute-Normandie et de l'Orne

Nature des risques	Remboursement du régime obligatoire	Remboursements complémentaires	Remboursement total
Frais médicaux			
Honoraires de praticien : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Dépassement d'honoraires :			
Médecin adhérents au contrat d'accès aux DPTM (1)	-	50 % BR	120 % BR

Médecins non adhérents aux DPTM (y compris non conventionnés) (1)	-	30 % BR	100 % BR
Sages femmes	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Analyses, examens de laboratoires	de 60 % BR à 100 % BR	de 0 % BR à 40 % BR	100 % BR
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie (2)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Acte de prévention responsable (3)	de 35 % BR à 70 % BR	de 30 % BR à 65 % BR	100 % BR
Autre acte technique (2)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Honoraires de médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	20 €/3 fois/ an	20 €/3 fois/ an
Pharmacie			
Médicament à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Médicament à service médical rendu « modéré »	30 % BR	70 % BR	100 % BR
Médicament à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 % BR	100 % BR
Optique			
Monture, verres : un équipement tous les 2 ans (à compter de la date d'acquisition) sauf pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue. Maxi 150 € pour la monture.			
Équipement : verres unifocaux (4) + monture	60 % BR	365 €	60 % + 365 €
Équipement : verres mixtes (4) + monture	60 % BR	450 €	60 % + 450 €
Équipement : verres multifocaux (4) + monture	60 % BR	550 €	60 % + 550 €
Lentilles remboursées par le RO	60 % BR	390 % BR + 250 €/ an/ bénéficiaire	450 % BR + 250 €/ an/ bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le RO	-	250 €/ an/ bénéficiaire	250 €/ an/ bénéficiaire
Dentaire			
Frais de soins	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Honoraires	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Inlay Onlays	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Inlay Cores	70 % BR	55 % BR	125 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO (y compris couronne implantoportée)	70 % BR	140 % BR + crédit 300 €/ an/ bénéficiaire	210 % BR + crédit 300 €/ an/ bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le RO	de 70 % BR à 100 % BR	de 200 % BR à 230 % BR	300 % BR
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	de 60 % BR à 100 % BR	de 0 % BR à 40 % BR	100 % BR
Prothèses auditives remboursées par le RO	60 % BR	390 % BR + 175 €/ an/ bénéficiaire/ oreille	450 % BR + 175 €/ an/ bénéficiaire/ oreille
Hospitalisation			
Frais de soins et de séjour	de 80 % BR à 100 % BR	de 0 % BR à 20 % BR	100 % BR

Honoraires			
Dépassements d'honoraires :	de 80 % BR à 100 % BR	de 0 % BR à 20 % BR	100 % BR
Médecins adhérents aux DPTM (1)	-	155 % BR	155 % BR
Médecins non adhérents aux DPTM (y compris non conventionnés) (1)	-	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière (par jour/ an/ bénéficiaire)	-	30 €/ jour	30 €/ jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	-	25 €/ jour limité à 60 J/ an	25 €/ jour limité à 60 J/ an
Maternité (5)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Forfait journalier	-	FR	FR
Cures thermales			
Frais remboursés par le régime de base :			
honoraires médicaux (1), transport, hébergement, surveillance	de 65 % BR à 70 % BR	de 30 % BR à 35 % BR	100 % BR
Divers			
Transport pris en charge par le RO	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait actes lourds (6)	-	FR	FR

BR = base de remboursement ; PMSS = plafond mensuel de la sécurité sociale ; FR = frais réels.
(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (OPTAM/ OPTAM-Co).
(2) Pour les éventuels dépassements, se référer aux dépassements frais médicaux.
(3) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information liste annexée ci-dessous à la date du 18 novembre 2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage de l'hépatite B ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).
(4) Verres unifocaux :
- verres unifocaux simples (catégorie A) : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre, 6,00 et + 6,00 dioptries et/ ou dont le cylindre est inférieur ou égal + 4,00 dioptries ;
- verres unifocaux complexes (catégorie C) : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de, 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe, 1 verre simple et 1 verre très complexe, 1 verre complexe et 1 verre très complexe.
Verres multifocaux :
- verres multifocaux complexes (catégorie C) et très complexes (catégorie F : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries.
(5) Dans la limite des frais réellement engagés.
(6) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur à 60).

Annexe II
Offre à adhésion individuelle et facultative
L'extension famille individuelle et facultative (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont 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.

L'extension famille collective et obligatoire (conjoint et enfants)

Les partenaires sociaux ont 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 collectif et obligatoire.
Si l'employeur choisit d'étendre la famille (conjoint et enfants) à titre obligatoire, le taux global de la cotisation mensuelle obligatoire « extension famille » sera réparti à 50 % part employeur et 50 % part 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 sera collecté par la MSA.

La mise en place obligatoire de garanties supérieures au présent accord

Les partenaires sociaux ont souhaité donner aux entreprises la possibilité de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du dispositif prévu par le présent accord.
Si l'employeur choisit de mettre en place à titre obligatoire, des garanties supérieures, le taux global de la cotisation incluant ces garanties supérieures sera réparti à 50 % part employeur et 50 % part salarié, et est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). L'intégralité de la cotisation sera collectée par la MSA.

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

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

Avenant n° 5 du 11 octobre 2018 à l'accord du 22 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Haute-Normandie et Orne)

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

Préambule

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 6 du 17 avril 2018 à l'accord national du 10 juin 2008 concernant la protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord complémentaire frais de santé du 22 septembre 2009, relatifs à l'amélioration de prestations du tableau de garanties.

Article 1er

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

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

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20190015 _ 0000 _ 0033. pdf/ BOCC

Article 2

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

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

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

Il n'est pas autrement derogé aux autres articles et conditions de l'accord du 22 septembre 2009.

Avenant n° 6 du 22 septembre 2020 à l'accord du 22 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Haute-Normandie et Orne)

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

Préambule

Pour se mettre en conformité avec la nouvelle réglementation relative aux contrats responsables à la suite des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements du tableau des garanties santé.
Par ailleurs, en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent avenant ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, les entreprises de la branche sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de 50 salariés. Aussi, les dispositions du présent avenant s'appliquent à toutes les entreprises de la branche, y compris les TPE de moins de 50 salariés, et ce afin de ne pas remettre en cause le régime social et fiscal de faveur attaché au présent régime.

Article 1er

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

« Annexe I Tableau garanties complémentaire santé

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

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

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

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site www. legifrance. gouv. fr, rubrique « Publications officielles » «

Bulletins officiels des conventions collectives ».)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20210022 _ 0000 _ 0025. pdf/ BOCC

Article 2

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.
Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet à compter du 1er janvier 2020.

Article 3

Le présent avenant sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.
Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant qui sera déposé à l'unité territoriale de Seine-Maritime de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Normandie.
Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de l'accord du 22 septembre 2009.

Déclinaisons territoriales

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

Eure (27) : 7 textes

Orne (61) : 4 textes

Seine-Maritime (76) : 7 textes