CartoAgri, accord territorial

Frais de santé des non-cadres, Bretagne et Pays de la Loire (accord du 15 juillet 2009), Vendée (85)

Accord consolidé et avenants en vigueur dans ce département

Texte	Accord du 15 juillet 2009 relatif aux frais de santé des salariés agricoles non cadres (Pays de la Loire et ouest de la France)
État	En vigueur, étendu
Départements	Côtes-d'Armor (22), Finistère (29), Ille-et-Vilaine (35), Loire-Atlantique (44), Maine-et-Loire (49), Mayenne (53), Morbihan (56), Sarthe (72), Vendée (85)
Textes en vigueur	7
Légifrance	https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000052567211

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 : Vendée (85) 7 textes

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

Accord et avenants en vigueur : Vendée (85)

Accord du 15 juillet 2009 relatif aux frais de santé des salariés agricoles non cadres (Pays de la Loire et ouest de la France)

15 juillet 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er mai 2010 Légifrance PDF officiel du BO n°2010-2

Ayant pris acte des dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, et au vu des régimes de prévoyance existant dans le champ d'application du présent accord, les organisations professionnelles d'employeurs et de salariés sont convenues d'instaurer des garanties de complémentaire santé dans les conditions qui suivent.

Article 1er Champ d'application

Le présent accord est applicable aux salariés travaillant dans :
- les exploitations de polyculture, d'élevage, de viticulture, de maraîchage ou cultures légumières, d'horticulture et les pépinières des départements de Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe ;
- les exploitations et établissements d'arboriculture des départements de Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe, Vendée, Côtes-d'Armor, Ille-et-Vilaine, Morbihan et Deux-Sèvres (ressortissant à la convention collective en date du 8 avril 2003 réglementant les conditions d'emploi, de travail et de rémunération des salariés arboricoles de certains départements de l'ouest de la France) ;
- les coopératives d'utilisation de matériel agricole des départements de Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe, Côtes-d'Armor, Finistère, Ille-et-Vilaine et Morbihan ;
- les entreprises de travaux agricoles et forestiers des départements de Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe et Vendée.

En cas de doute sur la délimitation de ce champ d'application, on retiendra :
- pour déterminer le champ d'application professionnel, l'activité principale de l'exploitation ou l'entreprise ;
- pour déterminer ensuite le champ d'application territorial, le département du siège de l'établissement, représenté par des bâtiments d'exploitation, même si l'activité est exercée dans un département limitrophe.

Article 2 Entrée en vigueur

1. Date d'entrée en vigueur

Le présent accord entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tôt 1er janvier 2010.

2. Application volontaire de l'accord au 1er janvier 2010

Dans l'hypothèse où la publication de son arrêté d'extension ne serait pas intervenue à la date du 1er janvier 2010, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application, adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes du présent accord, l'appliqueront à la date du 1er janvier 2010.

Dans la même hypothèse, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application qui ne seraient pas adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes du présent accord, et par conséquent pas engagées elles-mêmes, auraient la faculté d'appliquer volontairement les dispositions du présent accord à la date du 1er janvier 2010, de telle manière que les salariés bénéficiaires, au sens de l'article 3 ci-dessous, en profitent dès le 1er janvier 2010, plutôt que de relever successivement de l'accord national du 10 juin 2008 sus-cité puis du présent accord.

3. Application volontaire de l'avenant n° 4 à l'accord au 1er janvier 2016

Dans l'hypothèse où la publication de l'arrêté d'extension de l'avenant n° 4 du 16 octobre 2015 à l'accord du 15 juillet 2009 ne serait pas intervenue à la date du 1er janvier 2016, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application, adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes du présent accord, l'appliqueront à la date du 1er janvier 2016.

Dans la même hypothèse, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application qui ne seraient pas adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes du dit avenant et par conséquent pas engagées elles-mêmes, auraient la faculté d'appliquer volontairement les dispositions de l'avenant n° 4 à l'accord à la

date du 1er janvier 2016, de telle manière que les salariés bénéficiaires, au sens de l'article 3 ci-dessous, en profitent dès le 1er janvier 2016, plutôt que de relever successivement de l'accord national du 10 juin 2008 sus-cité et modifié, puis du présent accord collectif tel qu'il est modifié par son avenant n° 4.

4. Application volontaire au 1er janvier 2019 de l'avenant n° 5 à l'accord

Dans l'hypothèse où la publication de l'arrêté d'extension de l'avenant n° 5 du 19 septembre 2018 à l'accord du 15 juillet 2009 ne serait pas intervenue à la date du 1er janvier 2019, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application, adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes du présent accord, l'appliqueront à la date du 1er janvier 2019.

Dans la même hypothèse, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application qui ne seraient pas adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes dudit avenant et par conséquent pas engagées elles-mêmes, auraient la faculté d'appliquer volontairement les dispositions de l'avenant n° 5 à l'accord à la date du 1er janvier 2019, de telle manière que les salariés bénéficiaires, au sens de l'article 3 ci-dessous, en profitent dès le 1er janvier 2019, plutôt que de relever successivement de l'accord national du 10 juin 2008 suscité et modifié, puis du présent accord collectif tel qu'il est modifié par son avenant n° 5.

5. Application volontaire au 1er janvier 2020 de l'avenant n° 6 à l'accord

Dans l'hypothèse où la publication de l'arrêté d'extension de l'avenant n° 6 du 7 novembre 2019 à l'accord du 15 juillet 2009 ne serait pas intervenue à la date du 1er janvier 2020, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application, adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes du présent accord, l'appliqueront à la date du 1er janvier 2020.

Dans la même hypothèse, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application qui ne seraient pas adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes dudit avenant et par conséquent pas engagées elles-mêmes, auraient la faculté d'appliquer volontairement les dispositions de l'avenant n° 6 à l'accord à la date du 1er janvier 2020, de telle manière que les salariés bénéficiaires, au sens de l'article 3 ci-dessous, en profitent dès le 1er janvier 2020, plutôt que de relever successivement de l'accord national du 10 juin 2008 sus-cité et modifié, puis du présent accord collectif tel qu'il est modifié par son avenant n° 6.

6. Application volontaire au 1er janvier 2024 de l'avenant n° 7 à l'accord

Dans l'hypothèse où la publication de l'arrêté d'extension de l'avenant n° 7 du 23 novembre 2023 à l'accord du 15 juillet 2009 ne serait pas intervenue à la date du 1er janvier 2024, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application, adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes du présent accord, l'appliqueront à la date du 1er janvier 2024.

Dans la même hypothèse, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application qui ne seraient pas adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes dudit avenant et par conséquent pas engagées elles-mêmes, auraient la faculté d'appliquer volontairement les dispositions de l'avenant n° 7 à l'accord à la date du 1er janvier 2024, de telle manière que les salariés bénéficiaires, au sens de l'article 3 ci-dessous, en profitent dès le 1er janvier 2024, plutôt que de relever successivement des termes de l'accord dans sa version antérieure à cet avenant, puis de ceux de l'accord tel qu'il est modifié par son avenant n° 7.

Article 3 Salariés bénéficiaires

1. Détermination des salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017.

Sont donc exclus :
- les techniciens, agents de maîtrise et cadres visés par les conventions collectives nationales production agricole CUMA du 15 septembre 2020 et entreprises de travaux et services agricoles, ruraux et forestiers (ETARF) du 8 octobre 2020, conformément aux décisions prises, respectivement les 30 mars 2022 et 22 février 2023, par la commission paritaire rattachée à l'APEC instituée par ledit accord national interprofessionnel, en ce qu'ils relèvent en conséquence de la convention collective nationale de prévoyance des ingénieurs et cadres d'entreprises agricoles du 2 avril 1952 ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

2. Cas de dispense

Par exception aux dispositions du paragraphe 1 du présent article et par application des règles relatives à la réglementation sociale et fiscale en son état au jour de l'avenant n° 6, notamment les articles R. 242-1-6 et D. 911-2 et suivants du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion pour

certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère collectif et obligatoire de l'accord.

Cette possibilité de dispense d'adhésion concerne 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 (art. R. 242-1-6 et D. 911-4 du code de la sécurité sociale) ;
- 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 (art. R. 242-1-6 et D. 911-4 du code de la sécurité sociale) ;
- 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 (art. R. 242-1-6 et D. 911-4 du code de la sécurité sociale) ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C (couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale). La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture (art. R. 242-1-6 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale) ;
- 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 (art. R. 242-1-6 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale) ;
- les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants (art. D. 911-2 du code de la sécurité sociale) :
a) Dispositif de garanties remplissant les conditions mentionnées au 4° du II de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.
b) Dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.
c) Contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.
d) Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale.
e) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 ;
- les salariés en contrat à durée déterminée dont la durée du contrat de travail est inférieure à 3 mois et qui justifient avoir souscrit à une couverture respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (art. D. 911-6 du code de la sécurité sociale).

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.

3. Portabilité

Les salariés bénéficiaires et n'ayant pas usé de la faculté de dispense disposent également du droit accordé par les dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale 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 aux conditions définies par ce texte.

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 4 Garantie assurance complémentaire frais de santé

1. Garanties solidaires et responsables

Le salarié visé à l'article 3 ci-dessus bénéficie d'une assurance complémentaire frais de santé. La nature et le montant des prestations sont présentés dans le tableau annexé à l'accord en annexe I.

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

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

Ces garanties sont conformes aux exigences des contrats dits “ solidaires ” et “ responsables ”, notamment celles posées par les articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale et de la circulaire d'application 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 auxdits articles.

2. Portabilité loi Evin

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite loi Evin, et sous condition d'avoir bénéficié des garanties frais de santé du présent accord, l'organisme assureur engagé envers l'employeur 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 ou d'une pension de retraite 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 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. 9 ci-après) ;
- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

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

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

Article 7 Antériorité des accords d'entreprise

Les entreprises disposant déjà d'une assurance complémentaire frais de santé obligatoire au jour de la publication de l'arrêté d'extension du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 4 pour un niveau de prestations supérieur, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties.

Article 8 Financement

1. Cas général

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties de complémentaire frais de santé définies par l'article 4 du présent accord est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :
- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié.

2. Salarié à employeurs multiples

Le cas particulier d'un salarié travaillant régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord est régi comme suit.

Pour les garanties collectives complémentaires frais de santé, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. Cet employeur est celui auprès duquel le salarié

acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties collectives du présent accord, sauf accord exprès écrit entre les employeurs et le salarié.

Par ailleurs, le caractère collectif et obligatoire de la couverture frais de santé ne pourra être considéré comme respecté qu'à la condition que le salarié se dispense d'adhérer, conformément aux modalités décrites à l'article 3 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 des garanties.

Article 9 Solidarité

1. Principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies au paragraphe 2 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation de la couverture frais de santé en application du présent accord sera affectée au financement de ces mesures.
Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ci-après ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le salarié pour son compte propre ou celui de ses ayants droit le cas échéant, auprès de l'organisme chargé de la gestion de ces mesures.

2. Prévention et action sociale:

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, doivent notamment comprendre :
- une action collective de prévention sur les troubles musculosquelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle/ retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole notamment en cas de handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini aux paragraphes 3 et 4.

3. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisées

L'adhésion des salariés 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.

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

L'adhésion des salariés à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour

tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires.

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

Article 10 Garanties facultatives

Les organisations liées par le présent accord collectif, ayant entièrement satisfait à toutes les dispositions du I A de l'article 1er de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi en application des articles précédents, proposent dès lors, et hors ce cadre légal-ci, aux salariés ressortissant de l'accord de bénéficier, à titre purement facultatif, d'une extension de leur couverture frais de santé à leurs ayants droit ou de souscrire, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit, des garanties facultatives optionnelles en complément de celles prévues à l'article 4. La même faculté est proposée aux salariés qui ne sont pas visés par l'article 3, paragraphe 1, ou aux anciens salariés.

De telles extensions et options relevant alors de la seule décision du salarié, il devra en assurer la totalité du financement, l'employeur n'y contribue en rien et le paiement de la cotisation correspondante ne sera en aucune manière l'affaire de l'entreprise.

Les deux options ainsi proposées figurent respectivement dans les annexes III et IV au présent accord.

Article 11 Suivi et révision

Les organisations liées par le présent accord en assurent le suivi en commission paritaire réunie comme en matière de révision à l'exception de la forme recommandée avec avis de réception de la demande de réunion.

La demande en révision peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties. Elle est notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres parties.

Les organisations syndicales et d'employeurs se réuniront dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

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

Article 12 Durée de l'accord

L'accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve d'un préavis de 3 mois. Les modalités de dénonciation sont celles définies à l'article L. 2261-9 du code du travail.

En cas de dénonciation du présent accord, l'organisme assureur concerné maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation.

Article 13 Dépôt et extension

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Annexes

Annexe 1 (1)
Assurance complémentaire frais de santé obligatoire (art. 4)

Régime complémentaire obligatoire

(Documents non reproduits, consultables en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 246 à 249**.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20260003_0000_0034.pdf/BOCC

(1) Le tableau de garanties de l'annexe 1 est étendu sous réserve du respect du cahier des charges des contrats responsables, prévu à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, concernant la prise en charge du ticket modérateur des séances d'accompagnement psychologiques prévues par l'article L. 162-58 du code de la sécurité

sociale.
(Arrêté du 4 février 2026 - art. 1)

ANNEXE II
Organisations ayant donné mandat

Mandat donné à la FRSEA :
- Maine-et-Loire :
-, la fédération viticole de l'Anjou ;
-, l'union horticole de l'Anjou ;
- Mayenne : le syndicat des horticulteurs, pépiniéristes et maraîchers de la Mayenne ;
- Sarthe : l'union syndicale des horticulteurs et pépiniéristes de la Sarthe
- Ouest : la fédération régionale des producteurs de fruits.

Mandat donné à l'union des CUMA des Pays de la Loire :
- Mayenne : la fédération départementale des CUMA de Mayenne ;
- Côtes-d'Armor : la fédération départementale des CUMA des Côtes-d'Armor ;
- Finistère : la fédération départementale des CUMA du Finistère ;
- Ille-et-Vilaine : la fédération départementale des CUMA d'Ille-et-Vilaine ;
- Morbihan : la fédération départementale des CUMA du Morbihan.

Annexe 3 (1)
Garanties correspondant à l'option : régime complémentaire obligatoire + option 1 facultative (art. 10)

(Documents non reproduits, consultables en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 250 à 253**.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20260003_0000_0034.pdf/BOCC

(1) Le tableau de garanties de l'annexe 3 est étendu sous réserve du respect du cahier des charges des contrats responsables, prévu à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, concernant la prise en charge du ticket modérateur des séances d'accompagnement psychologiques prévues par l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 4 février 2026 - art. 1)

Annexe 4 (1)
Garanties correspondant à l'option : régime complémentaire obligatoire + option 2 facultative (art. 10)

(Documents non reproduits, consultables en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 254 à 257**.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20260003_0000_0034.pdf/BOCC

(1) Le tableau de garanties de l'annexe 4 est étendu sous réserve du respect du cahier des charges des contrats responsables, prévu à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, concernant la prise en charge du ticket modérateur des séances d'accompagnement psychologiques prévues par l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 4 février 2026 - art. 1)

Pays de la Loire et ouest de la France Avenant n° 2 du 11 juillet 2013 à l'accord du 15 juillet 2009 relatif aux frais de santé

11 juillet 2013, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2014 Légifrance PDF officiel du BO n°2013-48

Article 1er Modification de l'accord du 15 juillet 2009

Le premier paragraphe de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » est rédigé comme suit :

« 1. Détermination des salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié ayant 6 mois d'ancienneté et plus dans l'entreprise et relevant du champ d'application du présent accord, à l'exclusion :
- des cadres et personnels ressortissant à la convention collective du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadres en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;

- des VRP ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles.

Pour les dispositions du présent accord, la condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert 6 mois d'ancienneté.

En outre, les salariés nouvellement embauchés qui, au titre de leur précédent emploi dans une entreprise relevant du champ d'application du présent accord, étaient bénéficiaires de l'assurance complémentaire frais de santé instituée par l'article 4, ce dont ils devront justifier auprès du nouvel employeur, jouissent d'un transfert de ce droit à l'assurance complémentaire frais de santé, opposable à ce nouvel employeur, dès lors que les deux circonstances suivantes sont réunies :
- leur embauche intervient dans les 3 mois suivant la fin du contrat de travail ;
- leur recrutement est effectué pour une durée d'au moins 6 mois. »

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur le 1er janvier 2014.

Article 3 Dépôt et extension

Le présent avenant est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Avenant n° 3 du 29 janvier 2014

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

Article 1er Modification de l'article 3 de l'accord du 15 juillet 2009

I., Le paragraphe 2 de l'article 3 relatif aux salariés bénéficiaires est ainsi rédigé :

« 2. Tolérances

Les caractères collectif et obligatoire du présent régime ne font pas obstacle, en l'état, ce jour, des dispositions de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale et de l'accord national du 10 juin 2008, à la faculté du salarié, placé dans l'une des situations suivantes, d'être à son choix dispensé d'adhésion.

Quelle que soit leur date d'embauche, les salariés bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayants droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, peuvent demander à être exclus de l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations au moins équivalent. Cette exclusion prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celui fixé dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié. En cas d'exclusion, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Le salarié doit justifier chaque année de la couverture obligatoire dont il bénéficie.

La demande de ne pas cotiser 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 prévue au paragraphe 1 du présent article.

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

Les salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) qui devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute peuvent choisir de ne pas cotiser.
Les dispositions relatives aux salariés à temps très partiel s'appliquent également aux apprentis.

Peuvent également choisir de ne pas cotiser les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire frais de santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi (cas des salariés à employeurs multiples). Le salarié à employeurs multiples qui demande à être dispensé d'affiliation doit le faire savoir par écrit en produisant tous documents justifiant de la couverture souscrite par ailleurs.

Il est entendu que dans le cas où tous les employeurs du salarié relèvent du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès des organismes concernés. Cet employeur est celui chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les

employeurs et le salarié.

Les salariés bénéficiaires des dispositions de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale relatives à la protection sociale complémentaire en matière de santé (dite CMU-C) ainsi que ceux bénéficiant d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (art. L. 863-1 du code de la sécurité sociale) peuvent être dispensés d'affiliation jusqu'à l'échéance du contrat individuel. Le salarié qui demande à être dispensé d'affiliation doit le faire savoir par écrit en produisant tous documents justifiant de la couverture dont il bénéficie à ce titre.

Les salariés en contrat à durée déterminée, y compris les apprentis et indépendamment de leur rémunération dans ce cas, ayant 6 mois d'ancienneté et moins de 12 mois d'ancienneté ont aussi la faculté de demander à être exclus.

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 de 6 mois d'ancienneté. »

II., Il est ajouté à l'article 3 un paragraphe 3 ainsi rédigé :

« 3. 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 en annexe VI au présent accord 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 lequel les prestations demandées sont dues. »

Article 2 Modification de l'article 4 de l'accord du 15 juillet 2009

La première phrase de l'article 4 relatif à la garantie est ainsi rédigée :

« Le salarié justifiant de l'ancienneté prévue à l'article 3 ci-dessus bénéficie d'une assurance complémentaire frais de santé. »

Article 3 Modification de l'article 9 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 9 relatif aux suspensions de contrat est ainsi rédigé :

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

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité pris en charge par la MSA et inter-venant après la date d'affiliation au régime, les garanties de complémentaire frais de santé sont maintenues sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence.

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

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

En cas de suspension du contrat de travail pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie du salaire par l'employeur, le salarié bénéficie des garanties de complémentaire frais de santé pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation.

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

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

Article 4 Modification de l'annexe I à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe I est ainsi rédigée :

« Annexe I
Assurance complémentaire frais de santé obligatoire (art. 4)

Régime complémentaire obligatoire

Descriptif des actes Régime général	Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement complémentaire		Remboursement total, y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	**Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de**			
Soins médicaux et paramédicaux				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes (1)	70 %	30 %	-	100 %
Auxiliaires médicaux : infirmier (ière) s, kinésithérapeutes …	60 %	40 %	-	100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers …	65 %	35 %	-	100 %
Pharmacie				
Vignettes orange	15 %	85 %	-	100 %
Vignettes bleues	30 %	70 %	-	100 %
Vignettes blanches	65 %	35 %	-	100 %
Analyses et examens				
Actes médicaux techniques et d'échographie	70 %	30 %	-	100 %
Actes d'imagerie, dont ostéodensitométrie acceptée	70 %	30 %	-	100 %
Examens de laboratoire	60 %	40 %	-	100 %
Appareillages et accessoires médicaux				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	-	100 %
Prothèses auditives	60 %	40 %	-	100 %
Plus forfait supplémentaire achat de prothèses auditives	-	-	5,25 % du PMSS par an (soit 164,27 €)	5,25 % du PMSS par an (soit 164,27 €)
Cures thermales				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %	-	100 %
Hospitalisation médicale, chirurgicale				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	-	100 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers …	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %	-	100 %
Forfait journalier hospitalier	-	-	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	-	-	35 € par jour	35 € par jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	-	15 € par jour (*)	15 € par jour (*)
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans	-	-	20 € par jour	20 € par jour
Hospitalisation : sur la base des codes DMT (discipline médico-tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :				

- services de cure médicale - ateliers thérapeutiques - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel				
- centres de rééducation professionnelle - services de long séjour et établissements pour personnes âgées				
Maternité				
Frais de maternité (2)	-	-	1/3 du PMSS par an (soit 1 043 €)	1/3 du PMSS par an (soit 1 043 €)
Optique				
Montures, verres, lentilles acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 355 %	455 %
Forfait supplémentaire			7 % du PMSS par an (soit 219,03 €)	7 % du PMSS par an (soit 219,03 €)
Lentilles de contact refusées			3,2 % du PMSS par an (soit 100,13 €)	3,2 % du PMSS par an (soit 100,13 €)
Dentaire				
Soins	70 %	30 %	-	100 %
Prothèses remboursables par le régime obligatoire	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
Forfait supplémentaire	-	-	10,5 % du PMSS par an (soit 328,55 €)	10,5 % du PMSS par an (soit 328,55 €)
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	-	100 %
Médecine douce				
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture (4) (5)	-	-	3 actes par an 25 € par acte	3 actes par an 25 € par acte
Prévention				
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) (3)	-	-	40 € par an	40 € par an
Vaccin antigrippal (3)	-	-	Frais réels	Frais réels
Autres vaccins (selon liste sur simple demande à l'organisme) (3)	-	-	25 € par an	25 € par an
Diététicien			50 € par an	50 € par an
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004	De 60 % à 70 %	De 40 % à 30 %	-	100 %

(1) Hors parcours de soins coordonnés, pas de prise en charge des dépassements d'honoraires.
(2) Prise en charge du dépassement d'honoraires et de la chambre particulière.
(3) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).
(4) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).
(5) Ostéopathie et chiropractie : selon la liste préfectorale pour les ostéopathes et selon la liste établie par l'organisme pour les chiropracteurs. 25 € maximum par séance.
(*) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.
PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale réévalué chaque année (3 129 € pour 2014).

Article 5 Modification de l'annexe IV à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe IV est ainsi rédigée :

« Annexe IV Nature des garanties correspondant à l'option régime complémentaire obligatoire, plus option 1

Descriptif des actes Régime général	Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement complémentaire		Remboursement total, y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	**Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de**			
Soins médicaux et paramédicaux				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes (1)	70 %	30 %	-	100 %
Auxiliaires médicaux : infirmier (ière) s, kinésithérapeutes …	60 %	40 %	-	100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers …	65 %	35 %	-	100 %
Pharmacie				
Vignettes orange	15 %	85 %	-	100 %
Vignettes bleues	30 %	70 %	-	100 %
Vignettes blanches	65 %	35 %	-	100 %
Analyses et examens				
Actes médicaux techniques et d'échographie	70 %	30 %	-	100 %
Actes d'imagerie, dont ostéodensitométrie acceptée	70 %	30 %	-	100 %
Examens de laboratoire	60 %	40 %	-	100 %
Appareillages et accessoires médicaux				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	-	100 %
Prothèses auditives	60 %	40 %	-	100 %
Plus forfait supplémentaire achat de prothèses auditives	-	-	10,5 % du PMSS par an (soit 328,55 €)	10,5 % du PMSS par an (soit 328,55 €)
Cures thermales				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %	-	100 %
Hospitalisation médicale, chirurgicale				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	-	100 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers …	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %	-	100 %
Forfait journalier hospitalier	-	-	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	-	-	40 € par jour	40 € par jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	-	15 € par jour (*)	15 € par jour (*)
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans	-	-	35 € par jour	35 € par jour

Hospitalisation : sur la base des codes DMT (discipline médico-tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : - services de cure médicale - ateliers thérapeutiques - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel - centres de rééducation professionnelle - services de long séjour et établissements pour personnes âgées				
Maternité				
Frais de maternité (2)	-	-	1/3 du PMSS par an (soit 1 043 €)	1/3 du PMSS par an (soit 1 043 €)
Optique				
Montures, verres, lentilles acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 355 %	455 %
Forfait supplémentaire			10,5 % du PMSS par an (soit 328,55 €)	10,5 % du PMSS par an (soit 328,55 €)
Lentilles de contact refusées			3,2 % du PMSS par an (soit 100,13 €)	3,2 % du PMSS par an (soit 100,13 €)
Dentaire				
Soins	70 %	30 %	-	100 %
Prothèses remboursables par le régime obligatoire	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
Forfait supplémentaire	-	-	14 % du PMSS par an (soit 438,06 €)	14 % du PMSS par an (soit 438,06 €)
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Médecine douce				
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture (3) (4)	-	-	3 actes par an 25 € par acte	3 actes par an 25 € par acte
Prévention				
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) (5)	-	-	40 € par an	40 € par an
Vaccin antigrippal (5)	-	-	Frais réels	Frais réels
Autres vaccins (selon liste sur simple demande à l'organisme) (5)	-	-	25 € par an	25 € par an
Diététicien			50 € par an	50 € par an
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004	De 60 % à 70 %	De 40 % à 30 %		100 %
(1) Hors parcours de soins coordonnés, pas de prise en charge des dépassements d'honoraires. (2) Prise en charge du dépassement d'honoraires et de la chambre particulière. (3) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (4) Ostéopathie et chiropractie : selon la liste préfectorale pour les ostéopathes et selon la liste établie par l'organisme pour les chiropracteurs 25 € maximum par séance. (5) Non pris en charge par le régime obligatoire. (sur présentation de l'original de la facture). (*) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale réévalué chaque année (3 129 € pour 2014).				

Article 6 Modification de l'annexe V à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe V est ainsi rédigée :

« Annexe V

Nature des garanties correspondant à l'option régime complémentaire obligatoire + option 2

Descriptif des actes Régime général	**Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)**	**Remboursement complémentaire**		**Remboursement total, y compris régime obligatoire (à titre indicatif)**
Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	**Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de**			
Soins médicaux et paramédicaux				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes (1)	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Auxiliaires médicaux : infirmier (ière) s, kinésithérapeutes …	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers …	65 %	35 %	-	100 %
Pharmacie				
Vignettes orange	15 %	85 %	-	100 %
Vignettes bleues	30 %	70 %	-	100 %
Vignettes blanches	65 %	35 %	-	100 %
Analyses et examens				
Actes médicaux techniques et d'échographie	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Actes d'imagerie, dont ostéodensitométrie acceptée	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Examens de laboratoire	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
Appareillages et accessoires médicaux				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	-	100 %
Prothèses auditives	60 %	40 %	-	100 %
Plus forfait supplémentaire achat de prothèses auditives	-	-	14 % du PMSS par an (soit 438,06 €)	14 % du PMSS par an (soit 438,06 €)
Cures thermales				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %	-	100 %
Hospitalisation médicale, chirurgicale				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	-	100 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers …	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %	-	100 %
Forfait journalier hospitalier	-	-	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	-	-	60 € par jour	60 € par jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	-	15 € par jour (*)	15 € par jour (*)
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans	-	-	50 € par jour	50 € par jour

Hospitalisation : sur la base des codes DMT (discipline médico-tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : - services de cure médicale - ateliers thérapeutiques - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel - centres de rééducation professionnelle - services de long séjour et établissements pour personnes âgées				
Maternité				
Frais de maternité (2)	-	-	1/3 du PMSS par an (soit 1 043 €)	1/3 du PMSS par an (soit 1 043 €)
Optique				
Montures, verres, lentilles acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 355 %	455 %
Lentilles de contact refusées			3,2 % du PMSS par an (soit 100,13 €)	3,2 % du PMSS par an (soit 100,13 €)
Forfait supplémentaire (3) :				
- montures, verres unifocaux, lentilles acceptés par le régime obligatoire			11 % du PMSS par an (soit 344,19 €)	11 % du PMSS par an (soit 344,19 €)
- montures, verres multifocaux	-	-	16 % du PMSS par an (soit 500,64 €)	16 % du PMSS par an (soit 500,64 €)
Dentaire				
Soins	70 %	30 %	-	100 %
Prothèses remboursables par le régime obligatoire	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
Forfait supplémentaire (4) (5) :				
- prothèses dents visibles (incisives, canines, prémolaires)	-	-	19,5 % du PMSS par an (soit 610,16 €)	19,5 % du PMSS par an (soit 610,16 €)
- prothèses dents non visibles (molaires) et prothèses mobiles	-	-	14 % du PMSS par an (soit 438,06 €)	14 % du PMSS par an (soit 438,06 €)
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 200 %	300 %
Médecine douce				
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture (6) (7)	-	-	3 actes par an 25 € par acte	3 actes par an 25 € par acte
Prévention				
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) (8)	-	-	40 € par an	40 € par an
Vaccin antigrippal (8)	-	-	Frais réels	Frais réels
Autres vaccins (selon liste sur simple demande à l'organisme) (8)	-	-	25 € par an	25 € par an
Diététicien			50 € par an	50 € par an
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004	De 60 % à 70 %	De 40 % à 30 %		100 %

(1) Hors parcours de soins coordonnés. Pas de prise en charge des dépassements d'honoraires.
(2) Prise en charge du dépassement d'honoraires et de la chambre particulière.
(3) Un seul forfait optique par an et par bénéficiaire.
(4) Un seul forfait par an et par bénéficiaire.
(5) Prise en charge après acceptation du devis par le dentiste-conseil.
(6) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).
(7) Ostéopathie et chiropractie : selon la liste préfectorale pour les ostéopathes et selon la liste établie par l'organisme pour les chiropracteurs. 25 € maximum par séance.
(8) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).
(*) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.
PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale réévalué chaque année (3 129 € pour 2014).

Article 7 Annexe VI à l'accord du 15 juillet 2009

Après l'annexe V, il est créé une annexe VI ainsi rédigée :

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

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 8 Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur le premier jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension.

Article 9 Dépôt et extension

Le présent avenant est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Avenant n° 4 du 16 octobre 2015 à l'accord du 15 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Pays de la Loire et ouest de la France)

16 octobre 2015, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2016 Légifrance PDF officiel du BO n°2016-43

Préambule

Ayant pris acte des dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, modifié par son avenant n° 4 du 15 septembre 2015, et au vu des accords existant dans le champ d'application de l'accord du 15 juillet 2009 afin de garantir les salariés contre les risques relevant du dispositif national de prévoyance, les organisations professionnelles d'employeurs et de salariés sont convenues d'adapter les garanties de complémentaire santé instaurées par ledit accord du 15 juillet 2009.

Article 1er Modification de l'article 2 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 2 relatif à l'entrée en vigueur de l'accord est modifié ainsi qu'il suit.

1° L'intitulé du paragraphe 2 devient le suivant : « Paragraphe 2., Application volontaire de l'accord au 1er janvier 2010 ».

2° Il est ajouté un paragraphe 3 rédigé ainsi : « paragraphe 3., Application volontaire de l'avenant n° 4 à l'accord au 1er janvier 2016.

Dans l'hypothèse où la publication de l'arrêté d'extension de l'avenant n° 4 du 16 octobre 2015 à l'accord du 15 juillet 2009 ne serait pas intervenue à la date du 1er janvier 2016, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application, adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes du présent accord, l'appliqueront à la date du 1er janvier 2016.

Dans la même hypothèse, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application qui ne seraient pas adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes du dit avenant et par conséquent pas engagées elles-mêmes, auraient la faculté d'appliquer volontairement les dispositions de l'avenant n° 4 à l'accord à la date du 1er janvier 2016, de telle manière que les salariés bénéficiaires, au sens de l'article 3 ci-dessous, en profitent dès le 1er janvier 2016, plutôt que de relever successivement de l'accord national du 10 juin 2008 sus-cité et modifié, puis du présent accord collectif tel qu'il est modifié par son avenant n° 4. »

Article 2 Modification de l'article 3 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 3 est rédigé comme suit :

« Article 3
Salariés bénéficiaires

Paragraphe 1., Détermination des salariés bénéficiaires :

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC), ayant au moins trois mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord. (1)

Sont donc exclus :
- 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 VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

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

En outre, les salariés nouvellement embauchés qui, au titre de leur précédent emploi dans une entreprise relevant du champ d'application du présent accord, étaient bénéficiaires de l'assurance complémentaire frais de santé instituée par l'article 4, ce dont ils devront justifier auprès du nouvel employeur, jouissent d'un transfert de ce droit à l'assurance complémentaire frais de santé, opposable à ce nouvel employeur, dès lors que les deux circonstances suivantes sont réunies :
- leur embauche intervient dans les trois mois suivant la fin du contrat de travail ;
- leur recrutement est effectué pour une durée d'au moins trois mois.

Paragraphe 2., Cas de dispense :

Par exception aux dispositions du paragraphe 1 du présent article et par application des règles relatives à la réglementation sociale et fiscale en son état au jour de l'avenant n° 4, 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 pour certaines catégories de

personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère collectif et obligatoire de l'accord.

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

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

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

Paragraphe 3., Portabilité :

Les salariés bénéficiaires et n'ayant pas usé de la faculté de dispense disposent également du droit accordé par les dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale 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 aux conditions définies par ce texte.

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. »

(1) Alinéa 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 28 novembre 2016 - art. 1)

Article 3 Modification de l'article 4 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 4 est rédigé comme suit :

« Article 4
Garantie assurance complémentaire frais de santé

Paragraphe 1., Garanties solidaires et responsables :

Le salarié visé à l'article 3 ci-dessus bénéficie d'une assurance complémentaire frais de santé. La nature et le montant des prestations sont présentés dans le tableau annexé à l'accord en annexe I.

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

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

Ces garanties sont conformes aux exigences des contrats dits “ solidaires ” et “ responsables ”, notamment celles posées par les articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale et de la circulaire d'application 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 auxdits articles.

Paragraphe 2., Portabilité loi Evin :

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite loi Evin, et sous condition d'avoir bénéficié des garanties frais de santé du présent accord, l'organisme assureur engagé envers l'employeur 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 ou d'une pension de retraite 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 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. 9 ci-après) ;
- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

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

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

Article 4 Modification 7 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 7 est rédigé comme suit :

« Article 7
Antériorité des accords d'entreprise

Les entreprises disposant déjà d'une assurance complémentaire frais de santé obligatoire au jour de la publication de l'arrêté d'extension du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 4 pour un niveau de prestations supérieur, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties. »

Article 5 Modification de l'article 8 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 8 est rédigé comme suit :

« Article 8
Financement

Paragraphe 1., Cas général :

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties de complémentaire frais de santé définies par l'article 4 du présent accord est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :
- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié.

Paragraphe 2., Salarié à employeurs multiples :

Le cas particulier d'un salarié travaillant régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord est régi comme suit.

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

Par ailleurs, le caractère collectif et obligatoire de la couverture frais de santé ne pourra être considéré comme respecté qu'à la condition que le salarié se dispense d'adhérer, conformément aux modalités décrites à l'article 3 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 des garanties. »

Article 6 Modification de l'article 9 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 9 est rédigé comme suit :

« Article 9
Solidarité

Paragraphe 1., Principe de solidarité :

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies au paragraphe 2 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation de la couverture frais de santé en application du présent accord sera affectée au financement de ces mesures.
Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ci-après ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le salarié pour son compte propre ou celui de ses ayants droit le cas échéant, auprès de l'organisme chargé de la gestion de ces mesures.

Paragraphe 2., Prévention et action sociale :

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, doivent notamment comprendre :
- une action collective de prévention sur les troubles musculosquelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle/ retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole notamment en cas de handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou

sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini aux paragraphes 3 et 4.

Paragraphe 3., Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisées :

L'adhésion des salariés 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.

Paragraphe 4., Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisées :

L'adhésion des salariés à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires.

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

Article 7 Modification de l'article 10 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 10 de l'accord du 15 juillet 2009 est rédigé comme suit :

« Article 10
Garanties facultatives

Les organisations liées par le présent accord collectif, ayant entièrement satisfait à toutes les dispositions du I A de l'article 1er de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi en application des articles précédents, proposent dès lors, et hors ce cadre légal-ci, aux salariés ressortissant de l'accord de bénéficier, à titre purement facultatif, d'une extension de leur couverture frais de santé à leurs ayants droit ou de souscrire, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit, des garanties facultatives optionnelles en complément de celles prévues à l'article 4. La même faculté est proposée aux salariés qui ne sont pas visés par l'article 3, paragraphe 1, ou aux anciens salariés.

De telles extensions et options relevant alors de la seule décision du salarié, il devra en assurer la totalité du financement, l'employeur n'y contribue en rien et le paiement de la cotisation correspondante ne sera en aucune manière l'affaire de l'entreprise.

Les deux options ainsi proposées figurent respectivement dans les annexes III et IV au présent accord. »

Article 8 Modification de l'article 11 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 11 de l'accord du 15 juillet 2009 est rédigé comme suit :

« Article 11
Suivi et révision

Les organisations liées par le présent accord en assurent le suivi en commission paritaire réunie comme en matière de

révision à l'exception de la forme recommandée avec avis de réception de la demande de réunion.

La demande en révision peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties. Elle est notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres parties.

Les organisations syndicales et d'employeurs se réuniront dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

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

Article 9 Dispositions abrogées

Sont abrogés les articles 5 et 6 de l'accord du 15 juillet 2009 ainsi que ses annexes 5 et 6.

Article 10 Modification de l'annexe I à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe I est rédigée comme suit.

« Annexe I
Assurance complémentaire frais de santé obligatoire (art. 4)
Régime complémentaire obligatoire

Nature des risques	Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement complémentaire		Remboursement total, base conventionnelle
Au titre du ticket modérateur	**Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de**			
Frais médicaux				
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes et spécialistes (1)	70 %	30 %	-	100 % BR
Actes techniques et dépassement d'honoraires (1)	70 %	30 %	-	100 % BR
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM …) (1)	70 %	30 %	-	100 % BR
Sages-femmes	70 %	30 %	-	100 % BR
Auxiliaires médicaux	60 %	40 %	-	100 % BR
Analyses médicales	60 % ou 100 %	40 % ou 0 %	-	100 % BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	-	25 € par 3 séances par an	25 € par 3 séances par an
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € par an et par bénéficiaire	-	-	0 € à 150 € par an et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose)			40 € par an	40 € par an
Diététicien			50 € par an	50 € par an
Actes de prévention (2)	35 % à 70 %	65 % à 30 %	-	100 % BR
Pharmacie				
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	35 %	-	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	70 %	-	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 %	--	100 % BR

Vaccin antigrippal (non pris en charge par le régime obligatoire et sur présentation de l'original de la facture)	-	-	Frais réels	Frais réels
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	-	25 € par an	25 € par an
Hospitalisation (conventionné ou non)				
Frais de séjour	80 % à 100 %	20 % à 0 %	-	100 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux	80 % à 100 %	20 % à 0 %	-	100 % BR
Dépassements d'honoraires	-	-	100 % BR (non CAS) (1) 155 % BR (CAS)	100 % BR (non CAS) (1) 155 % BR (CAS)
Forfait Journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	-	-	100 % FR	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient >= 60 ou d'un tarif >= 120 €)	-	-	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière				
Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	-	-	35 € par jour	35 € par jour
Maternité	-	-	35 € par jour	35 € par jour
Psychiatrie	-	-	35 € par jour	35 € par jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	-	15 € par jour	15 € par jour
Frais accompagnant (moins de 16 ans)	-	-	20 € par jour	20 € par jour
Maternité (3)	-	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Frais de transport	65 %	35 %	-	100 % BR
Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65 % à 70 %	35 % à 30 %	-	100 % BR
Dentaire				
Soins dentaires	70 %	30 %		100 % BR
Inlays et onlays (acceptés par le régime de base)	70 %	30 %		100 % BR
Inlay cores (acceptés par le régime de base)	70 %	30 %	25 %	125 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	70 %	30 %	110 % BR + 10,5 % PMSS par an et par bénéficiaire	210 % BR + 10,5 % PMSS par an et par bénéficiaire
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70 % à 100 %	30 % à 0 %	25 %	125 % BR
Optique				
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) (4)			Tous les 2 ans	
Monture seule	60 %	40 %	355 % BR	455 % BR
2 verres simples classe (a) (5)	60 %		7 % PMSS	60 % BR + 7 % du PMSS
2 verres complexes classe (b) (5)	60 %		7 % PMSS	60 % BR + 7 % du PMSS
2 verres très complexes classe (c) (5)	60 %		7 % PMSS	60 % BR + 7 % du PMSS

1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) (5)	60 %		7 % PMSS	60 % BR + 7 % du PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60 %		7 % PMSS	60 % BR + 7 % du PMSS
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60 %		7 % PMSS	60 % BR + 7 % du PMSS
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0 % à 60 %	40 %	3,2 % PMSS par an et par bénéficiaire	100 % BR + 3,2 % PMSS par an et par bénéficiaire
Prothèse hors dentaire				
Prothèse auditive (hors entretien)	60 %	40 %	5,25 % du PMSS par an	100 % BR + 5,25 % du PMSS par an
Autres prothèses et petit appareillage	60 %	40 %		100 % BR
Gros appareillage	100 %	0 %		100 % BR
Fournitures médicales et pansements	60 %	40 %		100 % BR
Assistance				Oui

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

Article 11 Modification de l'annexe III à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe III à l'accord du 15 juillet 2009 est ainsi rédigée.

« Annexe III
Garanties correspondant à l'option : régime complémentaire obligatoire + option 1 facultative (art. 10)

Nature des risques	Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement complémentaire		Remboursement total, base + option 1
Au titre du ticket modérateur	**Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de**			
Frais médicaux				
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes et spécialistes (1)	70 %	30 %	-	100 % BR
Actes techniques et dépassement d'honoraires (1)	70 %	30 %	-	100 % BR
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM …) (1)	70 %	30 %	-	100 % BR
Sages-femmes	70 %	30 %	-	100 % BR
Auxiliaires médicaux	60 %	40 %	-	100 % BR

Analyses médicales	60 % ou 100 %	40 % ou 0 %	-	100 % BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	-	25 € par 3 séances par an	25 € par 3 séances par an
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € par an et par bénéficiaire	-	-	0 € à 150 € par an et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose)			40 € par an	40 € par an
Diététicien			50 € par an	50 € par an
Actes de prévention (2)	35 % à 70 %	65 % à 30 %	-	100 % BR
Pharmacie				
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	35 %	-	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	70 %	-	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 %	-	100 % BR
Vaccin antigrippal (non pris en charge par le régime obligatoire et sur présentation de l'original de la facture)	-	-	Frais réels	Frais réels
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	-	25 € par an	25 € par an
Hospitalisation (conventionné ou non)				
Frais de séjour	80 % à 100 %	20 % à 0 %	-	100 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux	80 % à 100 %	20 % à 0 %	-	100 % BR
Dépassements d'honoraires	-	-	100 % BR (non CAS) (1) 155 % BR (CAS)	100 % BR (non CAS) (1) 155 % BR (CAS)
Forfait Journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	-	-	100 % FR	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient >= 60 ou d'un tarif >= 120 €)	-	-	100 % FR	100 % FR
Chambre				
Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	-	-	40 € par jour	40 € par jour
Maternité	-	-	40 € par jour	40 € par jour
Psychiatrie			40 € par jour	40 € par jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	-	15 € par jour	15 € par jour
Frais accompagnant (moins de 16 ans)	-	-	35 € par jour	35 € par jour
Maternité (3)	-	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Frais de transport	65 %	35 %	-	100 % BR
Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65 % à 70 %	35 % à 30 %	-	100 % BR
Dentaire				
Soins dentaires	70 %	30 %		100 % BR

Inlays et onlays (acceptés par le régime de base)	70 %	30 %		100 % BR
Inlay cores (acceptés par le régime de base)	70 %	30 %	25 %	125 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	70 %	30 %	110 % BR + 14 % PMSS par an et par bénéficiaire	210 % BR + 14 % PMSS par an et par bénéficiaire
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70 % à 100 %	30 % à 0 %	100 %	200 % BR
Optique				
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) (4)			Tous les 2 ans	
Monture seule	60 %	40 %	355 % BR	455 % BR
2 verres simples classe (a) (5)	60 %		10,5 % PMSS	60 % BR + 10,5 % du PMSS
2 verres complexes classe (b) (5)	60 %		10,5 % PMSS	60 % BR + 10,5 % du PMSS
2 verres très complexes classe (c) (5)	60 %		10,5 % PMSS	60 % BR + 10,5 % du PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) (5)	60 %		10,5 % PMSS	60 % BR + 10,5 % du PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60 %		10,5 % PMSS	60 % BR + 10,5 % du PMSS
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60 %		10,5 % PMSS	60 % BR + 10,5 % du PMSS
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0 % à 60 %	40 %	5 % PMSS par an et par bénéficiaire	100 % BR + 5 % PMSS par an et par bénéficiaire
Prothèse hors dentaire				
Prothèse auditive (hors entretien)	60 %	40 %	10,5 % du PMSS par an	100 % BR + 10,5 % du PMSS par an
Autres prothèses et petit appareillage	60 %	40 %		100 % BR
Gros appareillage	100 %	0 %		100 % BR
Fournitures médicales et pansements	60 %	40 %		100 % BR
Assistance				Oui

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

Article 12 Modification de l'annexe IV à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe IV à l'accord du 15 juillet 2009 est ainsi rédigée.

« Annexe IV
Garanties correspondant à l'option : régime complémentaire obligatoire + option 2 facultative (art. 10)

Nature des risques	Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement complémentaire		Remboursement total Base + option 2
Au titre du ticket modérateur	**Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de**			
Frais médicaux				
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes et spécialistes (1)	70 %	30 %	30 % BR (non CAS) 50 % BR (CAS)	130 % BR (non CAS) 150 % BR (CAS)
Actes techniques et dépassement d'honoraires (1)	70 %	30 %	30 % BR (non CAS) 50 % BR (CAS)	130 % BR (non CAS) 150 % BR (CAS)
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM …) (1)	70 %	30 %	30 % BR (non CAS) 50 % BR (CAS)	130 % BR (non CAS) 150 % BR (CAS)
Sages-femmes	70 %	30 %	50 % BR	150 % BR
Auxiliaires médicaux	60 %	40 %	50 % BR	150 % BR
Analyses médicales	60 % ou 100 %	40 % ou 0 %	50 % BR	150 % BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	-	25 € par 3 séances par an	25 € par 3 séances par an
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € par an et par bénéficiaire	-	-	0 € à 150 € par an et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose)			40 € par an	40 € par an
Diététicien			50 € par an	50 € par an
Actes de prévention (2)	35 % à 70 %	65 % à 30 %	-	100 % BR
Pharmacie				
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	35 %	-	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	70 %	-	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 %	-	100 % BR
Vaccin antigrippal (non pris en charge par le régime obligatoire et sur présentation de l'original de la facture)	-	-	Frais réels	Frais réels
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	-	25 € par an	25 € par an
Hospitalisation (conventionné ou non)				
Frais de séjour	80 % à 100 %	20 % à 0 %	-	100 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux	80 % à 100 %	20 % à 0 %	-	100 % BR
Dépassements d'honoraires	-	-	100 % BR (non CAS) (1) 155 % BR (CAS)	100 % BR (non CAS) (1) 250 % BR (CAS)

Forfait Journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	-	-	100 % FR	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient >= 60 ou d'un tarif >= 120 €)	-	-	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière				
Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	-	-	60 € par jour	60 € par jour
Maternité	-	-	60 € par jour	60 € par jour
Psychiatrie	-	-	60 € par jour	60 € par jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	-	15 € par jour	15 € par jour
Frais accompagnant (moins de 16 ans)	-	-	50 € par jour	50 € par jour
Maternité (3)	-	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Frais de transport	65 %	35 %	-	100 % BR
Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65 % à 70 %	35 % à 30 %	-	100 % BR
Dentaire				
Soins Dentaires	70 %	30 %		100 % BR
Inlays et onlays (acceptés par le régime de base)	70 %	30 %	125 % BR	225 % BR
Inlay cores (acceptés par le régime de base)	70 %	30 %	25 %	125 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	70 %	30 %	110 % BR + 14 % PMSS par an et par bénéficiaire	210 % BR + 14 % PMSS par an et par bénéficiaire
Prothèses dentaires sur dents visibles (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)				+ 5,5 % du PMSS par an
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70 % à 100 %	30 % à 0 %	100 %	300 % BR
Optique				
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) (4)			Tous les 2 ans	
Monture seule	60 %	40 %	355 % BR	455 % BR
2 verres simples classe (a) (5)	60 %		11 % PMSS	60 % par 90 % BR + 11 % du PMSS
2 verres complexes classe (b) (5)	60 %		16 % PMSS	60 % par 90 % BR + 16 % du PMSS
2 verres très complexes classe (c) (5)	60 %		16 % PMSS	60 % par 90 % BR + 16 % du PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) (5)	60 %		13,5 % PMSS	60 % par 90 % BR + 13,5 % du PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60 %		13,5 % PMSS	60 % par 90 % BR + 13,5 % du PMSS
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60 %		16 % PMSS	60 % par 90 % BR + 16 % du PMSS
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0 % à 60 %	40 %	7,5 % PMSS par an et par bénéficiaire	100 % BR + 7,5 % PMSS par an et par bénéficiaire
Prothèse hors dentaire				
Prothèse auditive (hors entretien)	60 %	40 %	14 % du PMSS par an	100 % BR + 14 % du PMSS par an
Autres prothèses et petit appareillage	60 %	40 %		100 % BR

Gros appareillage	100 %	0 %		100 % BR
Fournitures médicales et pansements	60 %	40 %		100 % BR
Assistance				Oui

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

Article 13 Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur le 1er janvier 2016.

Article 14 Dépôt et extension

Le présent avenant est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Avenant n° 5 du 19 septembre 2018 à l'accord du 15 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Pays de la Loire et ouest de la France)

19 septembre 2018, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2019 Légifrance PDF officiel du BO n°2019-4

Préambule

Ayant pris acte des dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, modifié par son avenant n° 6 du 17 avril 2018, et au vu des accords existant dans le champ d'application de l'accord du 15 juillet 2009 afin de garantir les salariés contre les risques relevant du dispositif national de prévoyance, les organisations professionnelles d'employeurs et de salariés sont convenues d'adapter les garanties de complémentaire santé instaurées par ledit accord du 15 juillet 2009.

Article 1er Modification de l'article 2 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 2 relatif à l'entrée en vigueur de l'accord est modifié ainsi qu'il suit.

Après le paragraphe 3, il est ajouté un paragraphe 4 rédigé ainsi :

« Paragraphe 4. Application volontaire au 1er janvier 2019 de l'avenant n° 5 à l'accord

Dans l'hypothèse où la publication de l'arrêté d'extension de l'avenant n° 5 du 19 septembre 2018 à l'accord du 15 juillet 2009 ne serait pas intervenue à la date du 1er janvier 2019, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application, adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes du présent accord, l'appliqueront à la date du 1er janvier 2019.

Dans la même hypothèse, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application qui ne seraient pas adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes dudit avenant et par conséquent pas engagées elles-mêmes, auraient la faculté d'appliquer volontairement les dispositions de l'avenant n° 5 à l'accord à la date du 1er

janvier 2019, de telle manière que les salariés bénéficiaires, au sens de l'article 3 ci-dessous, en profitent dès le 1er janvier 2019, plutôt que de relever successivement de l'accord national du 10 juin 2008 suscité et modifié, puis du présent accord collectif tel qu'il est modifié par son avenant n° 5. »

Article 2 Modification de l'annexe n° 1 à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe n° 1 est rédigée comme suit.

« *Annexe n° 1* (1)
Assurance complémentaire frais de santé obligatoire (art. 4)
Régime complémentaire obligatoire

Nature des risques	**Remboursement régime de base**	**Remboursement garanties complémentaires santé (incluant le remboursement du régime de base)**
MSA hors Alsace-Moselle	**Socle obligatoire conventionnel**	
Frais médicaux		
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes et spécialistes Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	70 %	100 % BR
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes et spécialistes Autres praticiens (1)	70 %	100 % BR
Actes techniques et dépassement d'honoraires Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	70 %	100 % BR
Actes techniques et dépassement d'honoraires Autres praticiens (1)	70 %	100 % BR
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM …) Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	70 %	100 % BR
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM …) Autres praticiens (1)	70 %	100 % BR
Sages-femmes	70 %	100 % BR
Auxiliaires médicaux	60 %	100 % BR
Analyses médicales	60 % ou 100 %	100 % BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	30 €/ an/ bénéficiaire (dans la limite de 3 séances)
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 €/ an/ bénéficiaire	0 € à 150 €/ an/ bénéficiaire
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose)	-	40 €/ an
Diététicien	-	50 €/ an
Actes de prévention (2)	35 % à 70 %	100 % BR
Pharmacie		
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	100 % BR

Vaccin antigrippal (non pris en charge par le régime obligatoire et sur présentation de l'original de la facture)	-	Frais réels
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	25 €/ an
Hospitalisation (conventionné ou non)		
Frais de séjour	80 % à 100 %	100 % BR
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	80 % à 100 %	255 % BR
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique Autres praticiens (1)	80 % à 100 %	200 % BR
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	-	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient >= 60 ou d'un tarif >= 120 €)	-	100 % FR
Chambre particulière	-	35 €/ jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	15 €/ jour
Frais accompagnant (moins de 16 ans)	-	20 €/ jour
Maternité (3)	-	1/3 PMSS
Frais de transport	65 %	100 % BR
Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65 % à 70 %	100 % BR
Dentaire		
Soins dentaires	70 %	100 % BR
Inlays et onlays (acceptés par le régime de base)	70 %	125 % BR
Inlay cores (acceptés par le régime de base)	70 %	125 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	70 %	210 % BR + 10,5 % PMSS/ an/ bénéficiaire
Prothèses dentaires sur dents visibles (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	-	-
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70 % à 100 %	160 % BR
Optique		
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) (4)		Tous les 2 ans
Monture seule	60 %	455 % BR
2 verres simples classe (a) (5)	60 %	60 %/90 % BR + 7 % du PMSS
2 verres complexes classe (b) (5)	60 %	60 %/90 % BR + 11 % du PMSS
2 verres très complexes classe (c) (5)	60 %	60 %/90 % BR + 11 % du PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) (5)	60 %	60 %/90 % BR + 8,5 % du PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60 %	60 %/90 % BR + 8,5 % du PMSS
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60 %	60 %/90 % BR + 11 % du PMSS
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0 % à 60 %	100 % BR + 3,2 % PMSS/ an/ bénéficiaire

Prothèse hors dentaire		
Prothèse auditive (hors entretien)	60 %	100 % BR + 7 % PMSS/ an
Autres prothèses et petit appareillage	60 %	100 % BR
Gros appareillage	100 %	100 % BR
Fourniture médicale et pansements	60 %	100 % BR
Assistance		Oui

Légende :
BR : base de remboursement du régime base MSA ; TM : ticket modérateur ; PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale ; FR : frais réels.
(1) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les options pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM, OPTAM-CO).
OPTAM : option de pratique tarifaire maîtrisée ; OPTAM-CO : option de pratique tarifaire maîtrisée en chirurgie obstétrique.
(2) Tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'art. L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire.
(3) Dans la limite des frais réellement engagés.
(4) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles.
(5) Y compris forfait monture.
(a) Verres simples classe : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre, 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre <= + 4,00 dioptries.
(b) Verres complexes classe : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de, 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.
(c) Verres très complexes classe : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries.

(1) Les lignes 43 à 52 de l'annexe 1 sont étendues sous réserve du respect des dispositions du 3° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 14 mars 2019 - art. 1)

Article 3 Modification de l'annexe 3 à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe n° 3 à l'accord du 15 juillet 2009 est ainsi rédigée :

« *Annexe n° 3* (1)
Garanties correspondant à l'option : régime complémentaire obligatoire + option 1 facultative (art. 10)

nature des risques	**Remboursement régime de base**	**Remboursement garanties complémentaires santé (Incluant le remboursement du régime de base)**
MSA hors Alsace-Moselle	**Option 1**	
Frais médicaux		
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes et spécialistes Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	70 %	100 % BR
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes et spécialistes Autres praticiens (1)	70 %	100 % BR
Actes techniques et dépassement d'honoraires Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	70 %	100 % BR
Actes techniques et dépassement d'honoraires Autres praticiens (1)	70 %	100 % BR

Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM …) Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	70 %	100 % BR
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM …) Autres praticiens (1)	70 %	100 % BR
Sages-femmes	70 %	100 % BR
Auxiliaires médicaux	60 %	100 % BR
Analyses médicales	60 % ou 100 %	100 % BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	30 €/ an/ bénéficiaire (dans la limite de 3 séances)
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 €/ an/ bénéficiaire	0 € à 150 €/ an/ bénéficiaire
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose)	-	40 €/ an
Diététicien	-	50 €/ an
Actes de prévention (2)	35 % à 70 %	100 % BR
Pharmacie		
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	100 % BR
Vaccin antigrippal (non pris en charge par le régime obligatoire et sur présentation de l'original de la facture)	-	Frais réels
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	25 €/ an
Hospitalisation (conventionné ou non)		
Frais de séjour	80 % à 100 %	100 % BR
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	80 % à 100 %	255 % BR
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique Autres praticiens (1)	80 % à 100 %	200 % BR
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	-	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient >= 60 ou d'un tarif >= 120 €)	-	100 % FR
Chambre particulière	-	40 €/ jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	15 €/ jour
Frais accompagnant (moins de 16 ans)	-	35 €/ jour
Maternité (3)	-	1/3 PMSS
Frais de transport	65 %	100 % BR
Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65 % à 70 %	100 % BR
Dentaire		
Soins dentaires	70 %	100 % BR
Inlays et onlays (acceptés par le régime de base)	70 %	125 % BR

Inlay cores (acceptés par le régime de base)	70 %	125 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	70 %	230 % BR + 14 % PMSS/ an/ bénéficiaire
Prothèses dentaires sur dents visibles (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	-	-
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70 % à 100 %	200 % BR
Optique		
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) (4)		Tous les 2 ans
Monture seule	60 %	455 % BR
2 verres simples classe (a) (5)	60 %	60 %/90 % BR + 10,5 % du PMSS
2 verres complexes classe (b) (5)	60 %	60 %/90 % BR + 14 % du PMSS
2 verres très complexes classe (c) (5)	60 %	60 %/90 % BR + 14 % du PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) (5)	60 %	60 %/90 % BR + 12 % du PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60 %	60 %/90 % BR + 12 % du PMSS
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60 %	60 %/90 % BR + 14 % du PMSS
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0 % à 60 %	100 % BR + 5 % PMSS/ an/ bénéficiaire
Prothèse hors dentaire		
Prothèse auditive (hors entretien)	60 %	100 % BR + 12 % PMSS/ an
Autres prothèses et petit appareillage	60 %	100 % BR
Gros appareillage	100 %	100 % BR
Fourniture médicale et pansements	60 %	100 % BR
Assistance		Oui

Légende :
BR : base de remboursement du régime base MSA ; TM : ticket modérateur ; PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale ; FR : frais réels.
(1) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les options pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM, OPTAM-CO).
OPTAM : option de pratique tarifaire maîtrisée ; OPTAM-CO : option de pratique tarifaire maîtrisée en chirurgie obstétrique.
(2) Tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'art. L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire.
(3) Dans la limite des frais réellement engagés.
(4) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles.
(5) Y compris forfait monture.
(a) Verres simples classe : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre, 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre <= + 4,00 dioptries.
(b) Verres complexes classe : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de, 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.
(c) Verres très complexes classe : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries.

(1) Les lignes 43 à 52 de l'annexe 3 sont étendues sous réserve du respect des dispositions du 3° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 14 mars 2019 - art. 1)

Article 4 Modification de l'annexe 4 à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe n° 4 à l'accord du 15 juillet 2009 est ainsi rédigée :

« *Annexe n° 4* (1)
Garanties correspondant à l'option : régime complémentaire obligatoire + option 2 facultative (art. 10)

Nature des risques	**Remboursement régime de base**	**Remboursement garanties complémentaires santé (incluant le remboursement du régime de base)**
MSA Hors Alsace Moselle	**Option 2**	
Frais médicaux		
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes et spécialistes Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	70 %	150 % BR
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes et spécialistes Autres praticiens (1)	70 %	130 % BR
Actes techniques et dépassement d'honoraires Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	70 %	150 % BR
Actes techniques et dépassement d'honoraires Autres praticiens (1)	70 %	130 % BR
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM …) Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	70 %	150 % BR
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM …) Autres praticiens (1)	70 %	130 % BR
Sages-femmes	70 %	150 % BR
Auxiliaires médicaux	60 %	150 % BR
Analyses médicales	60 % ou 100 %	150 % BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	35 €/ an/ bénéficiaire (dans la limite de 3 séances)
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 €/ an/ bénéficiaire	0 € à 150 €/ an/ bénéficiaire
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose)	-	40 €/ an
Diététicien	-	50 €/ an
Actes de prévention (2)	35 % à 70 %	100 % BR
Pharmacie		
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	100 % BR
Vaccin antigrippal (non pris en charge par le régime obligatoire et sur présentation de l'original de la facture)	-	Frais réels
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	25 €/ an
Hospitalisation (conventionné ou non)		
Frais de séjour	80 % à 100 %	100 % BR
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	80 % à 100 %	350 % BR

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique Autres praticiens (1)	80 % à 100 %	200 % BR
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	-	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient >= 60 ou d'un tarif >= 120 €)	-	100 % FR
Chambre particulière	-	60 €/ jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	15 €/ jour
Frais accompagnant (moins de 16 ans)	-	50 €/ jour
Maternité (3)	-	1/3 PMSS
Frais de transport	65 %	100 % BR
Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65 % à 70 %	100 % BR
Dentaire		
Soins dentaires	70 %	100 % BR
Inlays et onlays (acceptés par le régime de base)	70 %	225 % BR
Inlay cores (acceptés par le régime de base)	70 %	125 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	70 %	250 % BR + 14 % PMSS/ an/ bénéficiaire
Prothèses dentaires sur dents visibles (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	-	+ 5,5 % du PMSS/ an/ bénéficiaire
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70 % à 100 %	300 % BR
Optique		
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) (4)		Tous les 2 ans
Monture seule	60 %	455 % BR
2 verres simples classe (a) (5)	60 %	60 %/90 % BR + 11 % du PMSS
2 verres complexes classe (b) (5)	60 %	60 %/90 % BR + 16 % du PMSS
2 verres très complexes classe (c) (5)	60 %	60 %/90 % BR + 16 % du PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) (5)	60 %	60 %/90 % BR + 13,5 % du PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60 %	60 %/90 % BR + 13,5 % du PMSS
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) (5)	60 %	60 %/90 % BR + 16 % du PMSS
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0 % à 60 %	100 % BR + 7,5 % PMSS/ an/ bénéficiaire
Prothèse hors dentaire		
Prothèse auditive (hors entretien)	60 %	100 % BR + 15 % PMSS/ an
Autres prothèses et petit appareillage	60 %	100 % BR
Gros appareillage	100 %	100 % BR
Fourniture médicale et pansements	60 %	100 % BR
Assistance		Oui

Légende :
BR : base de remboursement du régime base MSA, TM : ticket modérateur ; PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale ; FR : frais réels.
(1) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les options pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM, OPTAM-CO).
OPTAM : option de pratique tarifaire maîtrisée ; OPTAM-CO : option de pratique tarifaire maîtrisée en chirurgie obstétrique.
(2) Tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'art. L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'art. R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire.
(3) Dans la limite des frais réellement engagés
(4) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles.
(5) Y compris forfait monture.
(a) Verres simples classe : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre, 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre <= + 4,00 dioptries.
(b) Verres complexes classe : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de, 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.
(c) Verres très complexes classe : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries.

(1) Les lignes 43 à 52 de l'annexe 4 sont étendues sous réserve du respect des dispositions du 3° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 14 mars 2019 - art. 1)

Article 5 Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur le 1er janvier 2019.

Article 6 Dépôt et extension

Le présent avenant est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Avenant n° 6 du 7 novembre 2019 à l'accord du 15 juillet 2009 (Pays de la Loire et ouest de la France)

7 novembre 2019, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2020 Légifrance PDF officiel du BO n°2020-15

Préambule

La loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a créé un remboursement intégral d'un ensemble de soins dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire : cette offre est accessible à tous les Français disposant d'une complémentaire santé. La mise en place de cette réforme va se déployer par étapes, jusqu'au remboursement total en 2021. Pour l'audiologie, l'optique et le dentaire, il existera plusieurs catégories de remboursements, dont une prévoira des équipements « offre 100 % santé » intégralement remboursée (assurance maladie obligatoire + complémentaire santé).

Afin de se mettre en conformité avec cette loi et ses textes réglementaires, les partenaires sociaux sont convenus de faire évoluer à compter du 1er janvier 2020, les montants des prestations complémentaires santé concernées (l'audiologie, l'optique et le dentaire) du régime conventionnel obligatoire, définies à l'annexe de l'accord modifié du 15 juillet 2009 sur une protection sociale complémentaire en santé dans certains départements des pays de la Loire et de l'ouest de la France.

En outre, pour faciliter la lecture des garanties santé par les salariés assurés, conformément à la logique de la loi, une nouvelle présentation modifie les tableaux des garanties du régime conventionnel obligatoire (ainsi que des options).

Article 1er Modification de l'article 2 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 2 relatif à l'entrée en vigueur de l'accord est modifié ainsi qu'il suit :

Après le paragraphe 4, il est ajouté un paragraphe 5 ainsi rédigé :

« Paragraphe 5. Application volontaire au 1er janvier 2020 de l'avenant n° 6 à l'accord

Dans l'hypothèse où la publication de l'arrêté d'extension de l'avenant n° 6 du 7 novembre 2019 à l'accord du 15 juillet 2009 ne serait pas intervenue à la date du 1er janvier 2020, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application, adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes du présent accord, l'appliqueront à la date du 1er janvier 2020.

Dans la même hypothèse, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application qui ne seraient pas adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes dudit avenant et par conséquent pas engagées elles-mêmes, auraient la faculté d'appliquer volontairement les dispositions de l'avenant n° 6 à l'accord à la date du 1er janvier 2020, de telle manière que les salariés bénéficiaires, au sens de l'article 3 ci-dessous, en profitent dès le 1er janvier 2020, plutôt que de relever successivement de l'accord national du 10 juin 2008 sus-cité et modifié, puis du présent accord collectif tel qu'il est modifié par son avenant n° 6. »

Article 2 Modification de l'article 3 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 3 est rédigé comme suit :

« Article 3
Salariés bénéficiaires

Paragraphe 1. Détermination des salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971.

Sont donc exclus :
- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 en application des décisions prises en leur temps par l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

Paragraphe 2. Cas de dispense

Par exception aux dispositions du paragraphe 1 du présent article et par application des règles relatives à la réglementation sociale et fiscale en son état au jour de l'avenant n° 6, notamment les articles R. 242-1-6 et D. 911-2 et suivants du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère collectif et obligatoire de l'accord.

Cette possibilité de dispense d'adhésion concerne 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 (art. R. 242-1-6 et D. 911-4 du code de la sécurité sociale) ;
- 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 (art. R. 242-1-6 et D. 911-4 du code de la sécurité sociale) ;
- 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 (art. R. 242-1-6 et D. 911-4 du code de la sécurité sociale) ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C (couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale). La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture (art. R. 242-1-6 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale) ;
- 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 (art. R. 242-1-6 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale) ;
- les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre

d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants (art. D. 911-2 du code de la sécurité sociale) :
a) Dispositif de garanties remplissant les conditions mentionnées au 4° du II de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.
b) Dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.
c) Contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.
d) Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale.
e) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 ;
- les salariés en contrat à durée déterminée dont la durée du contrat de travail est inférieure à 3 mois et qui justifient avoir souscrit à une couverture respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (art. D. 911-6 du code de la sécurité sociale).

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.

Paragraphe 3. Portabilité

Les salariés bénéficiaires et n'ayant pas usé de la faculté de dispense disposent également du droit accordé par les dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale 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 aux conditions définies par ce texte.

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 3 Modification de l'annexe 1 à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe 1 est rédigée comme suit :

« Annexe 1
Assurance complémentaire frais de santé obligatoire (art. 4)

Régime complémentaire obligatoire :

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site www. journal-officiel. gouv. fr, rubrique BO Convention collective, **pages 136 à 140**.)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20200015 _ 0000 _ 0028. pdf/ BOCC

Article 4 Modification de l'annexe 3 à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe 3 à l'accord du 15 juillet 2009 est ainsi rédigée :

« Annexe 3
Garanties correspondant à l'option : régime complémentaire obligatoire + option 1 facultative (art. 10)

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site www. journal-officiel. gouv. fr, rubrique BO Convention collective, **pages 140 à 144**.)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20200015 _ 0000 _ 0028. pdf/ BOCC

Article 5 Modification de l'annexe 4 à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe 4 à l'accord du 15 juillet 2009 est ainsi rédigée :

« Annexe 4
Garanties correspondant à l'option : régime complémentaire obligatoire + option 2 facultative (art. 10)

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site www. journal-officiel. gouv. fr, rubrique BO Convention collective, **pages 144 à 148**.)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20200015 _ 0000 _ 0028. pdf/ BOCC

Article 6 Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur le 1er janvier 2020.

Article 7 Dépôt et extension

Le présent avenant est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Avenant n° 7 du 23 novembre 2023 à l'accord du 15 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Pays de la Loire et ouest de la France)

23 novembre 2023, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2024 Légifrance PDF officiel du BO n°2024-42

Préambule

Les parties ont souhaité améliorer la garantie « Médecine douce » tant dans le régime complémentaire de base que dans les options et extensions.

Article 1er

Modification de l'article 2 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 2 relatif à l'entrée en vigueur de l'accord est modifié ainsi qu'il suit :

Après le paragraphe 5, il est ajouté un paragraphe 6 ainsi rédigé :

« § 6. Application volontaire au 1er janvier 2024 de l'avenant n° 7 à l'accord

Dans l'hypothèse où la publication de l'arrêté d'extension de l'avenant n° 7 du 23 novembre 2023 à l'accord du 15 juillet 2009 ne serait pas intervenue à la date du 1er janvier 2024, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application, adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes du présent accord, l'appliqueront à la date du 1er janvier 2024.

Dans la même hypothèse, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application qui ne seraient pas adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes dudit avenant et par conséquent pas engagées elles-mêmes, auraient la faculté d'appliquer volontairement les dispositions de l'avenant n° 7 à l'accord à la date du 1er janvier 2024, de telle manière que les salariés bénéficiaires, au sens de l'article 3 ci-dessous, en profitent dès le 1er janvier 2024, plutôt que de relever successivement des termes de l'accord dans sa version antérieure à cet avenant, puis de ceux de l'accord tel qu'il est modifié par son avenant n° 7. »

Article 2 Modification de l'annexe 1 à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe 1 est rédigée comme suit :

« *Annexe 1 (1) (2)*
Assurance complémentaire frais de santé obligatoire (art. 4)

Régime complémentaire obligatoire :

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 84 à 87**.)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20240042 _ 0000 _ 0016. pdf/ BOCC

(1) Le tableau de garanties est étendu sous réserve du respect du cahier des charges des contrats responsables, prévu à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, concernant la prise en charge du ticket modérateur des séances d'accompagnement psychologique prévues par l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 26 novembre 2024 - art. 1)

(2) La note de bas de page n° 4 relative au tableau de garanties est étendue sous réserve du respect des dispositions de l'article 1er de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques selon lesquelles l'organisme assureur est librement choisi par l'employeur, quelle que soit sa forme juridique et de la décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013 du Conseil constitutionnel, relative au libre choix de l'employeur pour l'organisation de la couverture des salariés en matière de protection sociale complémentaire.
(Arrêté du 26 novembre 2024 - art. 1)

Article 3 Modification de l'annexe 3 à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe 3 à l'accord du 15 juillet 2009 est ainsi rédigée :

« *Annexe 3 (1) (2)*
Garanties correspondant à l'option : régime complémentaire obligatoire + option 1 facultative (art. 10)

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 88 à 91**.)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20240042 _ 0000 _ 0016. pdf/ BOCC

(1) Le tableau de garanties est étendu sous réserve du respect du cahier des charges des contrats responsables, prévu à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, concernant la prise en charge du ticket modérateur des séances d'accompagnement psychologique prévues par l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 26 novembre 2024 - art. 1)

(2) La note de bas de page n° 4 relative au tableau de garanties est étendue sous réserve du respect des dispositions de l'article 1er de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques selon lesquelles l'organisme assureur est librement choisi par l'employeur, quelle que soit sa forme juridique et de la décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013 du Conseil constitutionnel, relative au libre choix de l'employeur pour l'organisation de la couverture des salariés en matière de protection sociale complémentaire.
(Arrêté du 26 novembre 2024 - art. 1)

Article 4 Modification de l'annexe 4 à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe 4 à l'accord du 15 juillet 2009 est ainsi rédigée :

« *Annexe 4 (1) (2)*
Garanties correspondant à l'option : régime complémentaire obligatoire + option 2 facultative (art. 10)

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 92 à 95**.)

https :// www. legifrance. gouv. fr/ download/ file/ pdf/ boc _ 20240042 _ 0000 _ 0016. pdf/ BOCC

(1) Le tableau de garanties est étendu sous réserve du respect du cahier des charges des contrats responsables, prévu à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, concernant la prise en charge du ticket modérateur des séances d'accompagnement psychologique prévues par l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 26 novembre 2024 - art. 1)

(2) La note de bas de page n° 4 relative au tableau de garanties est étendue sous réserve du respect des dispositions de l'article 1er de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques selon lesquelles l'organisme assureur est librement choisi par l'employeur, quelle que soit sa forme juridique et de la décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013 du Conseil constitutionnel, relative au libre choix de l'employeur pour l'organisation de la couverture des salariés en matière de protection sociale complémentaire.
(Arrêté du 26 novembre 2024 - art. 1)

Article 5 Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur le 1er janvier 2024.

Article 6 Dépôt et extension

Le présent avenant est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.