CartoAgri, accord territorial

Frais de santé des non-cadres, Tarn-et-Garonne (accord du 16 septembre 2009)

Accord consolidé et avenants en vigueur

Texte	Accord du 16 septembre 2009 relatif à l'assurance complémentaire frais de santé des salariés agricoles non cadres (Tarn-et-Garonne)
État	En vigueur, étendu
Départements	Tarn-et-Garonne (82)
Textes en vigueur	5
Légifrance	https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000053267076

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 5 textes

Déclinaisons territoriales 5 textes

Accord et avenants en vigueur

Accord du 16 septembre 2009 relatif à l'assurance complémentaire frais de santé des salariés agricoles non cadres (Tarn-et-Garonne)

16 septembre 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er avril 2010 Légifrance PDF officiel du BO n°2009-49

Préambule

Le présent accord est un accord distinct de la convention collective concernant les exploitations agricoles, les élevages, les entreprises de travaux agricoles et les coopératives d'utilisation de matériel agricole de Tarn-et-Garonne.

Les partenaires sociaux agricoles de Tarn-et-Garonne ont décidé de mettre en place un régime départemental de complémentaire santé, collectif et obligatoire et un régime optionnel facultatif au bénéfice des salariés agricoles, comme le leur permet l'accord national du 10 juin 2008.

Article 1er Champ d'application

Le présent accord s'applique sur le département de Tarn-et-Garonne aux :
- salariés agricoles relevant du présent accord ;
- employeurs des exploitations agricoles proprement dites, des exploitations d'élevage, de dressage, des exploitations de cultures spécialisées (viticulture, arboriculture, cultures maraîchères …), des entreprises de travaux agricoles, des coopératives de culture en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole, à l'exception de celles effectuant exclusivement des opérations de déshydratation (champ professionnel), dont le siège social se situe dans le département de Tarn-et-Garonne (champ territorial).

Article 2 Durée, entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur pour l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application à compter :
- du 1er janvier 2010 si son arrêté d'extension est publié avant cette date ;
- du premier jour du trimestre civil suivant la publication de son arrêté d'extension si celle-ci intervient après le 1er janvier 2010.

En tout état de cause, le présent accord pourra, préalablement à son extension, être appliqué de manière volontaire à compter du 1er janvier 2010.

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

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

Article 3 Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié suivant les conditions d'ancienneté prévues pour chacun des garanties à l'article 5 ci-après, relevant du champ d'application du présent accord et ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017.

Sont donc exclus du dispositif de frais de santé :
- les salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et techniciens, agents de maîtrise et cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance et frais de santé défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

En conséquence, toute référence à une quelconque ancienneté dans le présent accord est supprimée.

Article 4 Affiliation

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés à l'article 3 auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 6 par la signature d'un bulletin d'affiliation.

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

Dispense d'affiliation

Les salariés placés dans les situations ci-après peuvent demander, par écrit, à l'employeur, une dispense d'affiliation à l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord :
- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail ou de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties ;
- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail 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.

En cas d'augmentation de la rémunération, si la cotisation salariale représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement s'affilier au régime mis en place par l'accord ;
- les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). La dispense ne joue que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne joue que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture frais de santé servie au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un des dispositifs suivants :
a) Contrat collectif à adhésion obligatoire, en matière de frais de santé, conformément aux dispositions de l'article L. 242-1 du CSS. (1)
b) Contrat complémentaire des agents de la fonction publique d'état souscrit auprès d'un organisme référencé (décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007) ou des agents de la fonction publique territoriale souscrit auprès d'un organisme labellisé ou dans le cadre d'une convention de participation (décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011).
c) Contrat d'assurance groupes, dits Madelin (loi n° 94-126 du 11 février 1994).
d) Régime local d'assurance-maladie Alsace-Moselle (CSS, art. D. 325-6 et D. 325-7).
e) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (décret n° 46-1541 du 22 juin 1946).

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

Toute demande de dispense doit être notifiée, par écrit, à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit l'entrée en vigueur du présent accord ou celui de la date d'embauche.

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

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

(1) Alinéa étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 29 décembre 2016 - art. 1)

Article 5 Garanties

5.1 Régime obligatoire

Les garanties prises en application du présent accord sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles sont revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

Toutes les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :
- en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 2 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;

- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Tous les remboursements prévus à l'annexe I du présent accord comprennent les prestations du régime de base de la sécurité sociale ou de la mutualité sociale agricole (MSA) dont relève le salarié visé à l'article 3 ci-avant.

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent régime ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

La nature et le montant des prestations du présent régime sont détaillés dans les tableaux de l'annexe I amendés du présent accord.

5.2 Contrat “ solidaire ” et “ responsable ”

Le présent régime frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits “ solidaires ” et “ responsables ”, notamment celles posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, *de sa circulaire d'application n° DSS/ SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015* (1) et de la lettre circulaire n° 2015-0000045 du 12 août 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 peut être recueillie à cette fin ;
- les garanties respectent les conditions (notamment les planchers et plafonds de prise en charge) mentionnées aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

5.3 Garanties à adhésion facultative

Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du régime

De manière facultative, le salarié peut demander le bénéfice de l'extension des garanties pour son conjoint et ses enfants à charge tels que définis ci-après, moyennant le paiement, à sa charge exclusive, des cotisations spécifiques définies à l'article 6.1 ci-après.

Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription d'un bulletin d'adhésion détaillant les personnes demandant à être garanties.

L'organisme assureur procède à la collecte de la cotisation.

Sont considérés comme ayants droit d'un salarié bénéficiaire du régime :
- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé (e) de corps ou non divorcé (e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs : personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité (Pacs) dans les conditions fixées aux articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.

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

(1) Au premier alinéa de l'article 5.2, en remplacement des mots « de sa circulaire d'application n° DSS/SD5B/2013/344

du 30 janvier 2015 », lire les mots « de sa circulaire d'application n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 ».
(Arrêté du 22 décembre 2016 - art. 1)

Article 6 Cotisations

6.1 Taux de cotisations et répartition

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du présent accord. Les cotisations peuvent être revues sans délai en cas de changement de ces textes.

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

6.1.1. Régime obligatoire : cotisation pour le salarié bénéficiaire seul

La cotisation mensuelle du présent régime de “ remboursement complémentaire de frais de santé ” est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sera répartie comme suit :
- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié

6.1.2. Garantie optionnelle facultative

Le salarié peut affilier, facultativement, ses ayants droit, tels que définis à l'article 5.3.2 ci-avant, selon les options proposées. Ces cotisations sont à la charge exclusive du salarié.

Dispositions communes aux régimes concernant l'évolution et la révision des cotisations

Les cotisations sont indexées au 1er janvier de chaque exercice sur l'écart, s'il est positif, entre le taux d'évolution annuelle de l'indice de la consommation médicale totale (CMT) hors hospitalisation, connu au 1er septembre, et le pourcentage d'augmentation du plafond mensuel de la sécurité sociale constaté entre le 1er janvier de l'exercice précédent et le 1er janvier de l'exercice concerné.

Elles peuvent également évoluer au 1er janvier de chaque année en fonction des résultats du régime, sous réserve du respect d'un préavis de 3 mois et après consultation des partenaires sociaux.

6.2 Appel et recouvrement

L'appel et le recouvrement de la cotisation obligatoire seront confiés à la mutualité sociale agricole pour le compte de CRIA Prévoyance selon les termes d'un accord conclu entre eux.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme gestionnaire des cotisations dans le premier mois de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées. L'organisme gestionnaire des cotisations, en application de l'article L. 932-9 du code de la sécurité sociale, procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

Les cotisations pour la garantie facultative sont recouvrées selon les modalités définies dans la convention de gestion conclue entre les partenaires sociaux et l'organisme désigné.

(ancien article 7)

Article 7 Règlement des prestations et tiers payant

L'organisme désigné procède aux versements des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature ou, le plus souvent, grâce à la télétransmission établie avec les caisses de MSA ou caisses primaires d'assurance maladie ou, le cas échéant, sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans la convention de gestion et la notice d'informations remise aux salariés.

Après l'enregistrement de l'affiliation du salarié bénéficiaire, l'organisme désigné délivrera une carte Santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires.

Cette carte Santé reste la propriété de l'organisme désigné.

(ancien article 8)

Article 8 Cessation des garanties

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le fie à l'employeur.

Conformément aux dispositions prévues par l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie frais de santé peut être maintenue par la souscription d'un contrat individuel proposé par l'organisme assureur, sans condition de période probatoire, ni d'examens ou questionnaires médicaux, au profit des personnes suivantes :
- les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'une allocation de préretraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les ayants droit garantis du chef d'un salarié décédé.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois qui suivent le terme de couverture au titre de la portabilité visée à l'article 9 ci-après.

L'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

Les personnes garanties du chef du salarié décédé peuvent également continuer à bénéficier des garanties santé à titre individuel, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve de formuler leur demande dans les 6 mois suivant ce dernier.

L'organisme assureur leur adresse la proposition de maintien de la couverture dans le délai de 2 mois à compter de l'événement, l'entreprise devant en informer préalablement l'organisme assureur.

Les prestations proposées sont identiques à celles prévues par le présent accord.

La garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

L'organisme assureur procède à la collecte de la cotisation avec une majoration maximum de :
- 50 % par rapport à la cotisation globale des actifs (part employeur et part salarié) pour les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'une allocation de préretraite ;
- 50 % par rapport à la cotisation globale des actifs (part employeur et part salarié) pour les autres anciens salariés et ayants droit de salarié décédé, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans le mois suivant la date de survenance de l'événement.

Les cotisations sont intégralement prises en charge par l'ancien salarié.

(ancien article 9)

Article 9 Portabilité

Les salariés bénéficient, à compter du 1er juin 2014, du maintien à titre gratuit des garanties du régime 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 :
- le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation de l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur ; cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- l'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;
- l'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

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

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

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

Ce dispositif de maintien de couverture est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations des salariés en activité.

(ancien article 10)

Article 10 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Suspension du contrat de travail non indemnisée

En cas de suspension du contrat de travail pour l'un des cas prévu par les dispositions légales (notamment congé sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation à plein temps, congé pour création d'entreprise, congé de solidarité internationale, congé de solidarité familiale, congé de formation, congé d'enseignement ou de recherche) ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, le salarié, et le cas échéant ses ayants droit, bénéficie du maintien des garanties complémentaires frais de santé pendant les 3 premiers mois de la suspension et ce sans versement de cotisation.

A l'issue de cette période, le salarié peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur, à titre individuel et facultatif, à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve du paiement par ce dernier de l'intégralité de la cotisation. L'employeur doit informer l'organisme assureur compétent de la suspension du contrat et de la durée de la suspension au début de celle-ci.

Suspension du contrat de travail indemnisée

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du régime obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, et le cas échéant leurs ayants droit, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :
- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence.

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

(ancien article 11)

Article 11 Convention de gestion spécifique

Les modalités de mises en oeuvre pratiques des garanties prévues par le présent accord font l'objet d'une convention de gestion distincte entre l'organisme désigné et les partenaires sociaux, qui définit notamment les modalités de suivi du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront par ailleurs au moins une fois par an, et en cas de besoin avec les représentants de l'organisme désigné, afin notamment :
- de faire le point des entreprises et salariés relevant du présent accord ;
- de dresser un bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de frais de santé mis en place par l'accord ;

- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime ;
- de vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions ;
- de consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés ;
- de définir les modalités de modification des cotisations et des garanties.

Article 12 Antériorité des régimes d'entreprise

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

Tout employeur ayant une activité définie à l'article 1er du présent accord est tenu d'adhérer au présent régime, pour l'ensemble des salariés concernés du présent accord, en application des modalités fixées entre les partenaires sociaux et l'organisme désigné.

Les entreprises disposant déjà d'un régime complémentaire santé obligatoire au jour de la signature du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies en annexe I du présent accord pour un niveau de prestations supérieur, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord.

En revanche, les entreprises ayant mis en place, préalablement à la signature du présent accord, un régime complémentaire santé obligatoire de niveau égal ou inférieur aux garanties définies en annexe I du présent accord doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel ainsi défini, à compter de la date de son entrée en vigueur.

Article 13 Recours contre les tiers responsables

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

Article 14 Mise en œuvre du principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles doivent s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation du présent régime frais de santé est affecté au financement de ces mesures.

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

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent régime frais de santé 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 de 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 une exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou de leur hébergement ;

- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail tel que défini à l'article 10 ci-avant du présent accord.

Article 15 Clause de réexamen., Révision et dénonciation

Conformément aux articles L. 912-1 et L. 912-2 du code de la sécurité sociale, le régime d'assurance complémentaire santé mis en œuvre par le présent accord fait l'objet d'un réexamen dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date de son entrée en vigueur.

Le présent accord étant conclu pour une durée indéterminée, il peut, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue aux articles L. 2222-5, L. 2222-6 et L. 2261-7 à L. 2261-13 du code du travail.

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

La demande de révision, pouvant intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires. L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles se réunit alors dans le délai de 1 mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

Ce dernier, s'il est conclu, se substitue de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifie.

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

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

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

En tout état de cause, l'accord dénoncé continue de produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois.

Article 16 Formalités administratives

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

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent accord.

(ancien article 15)

Annexe

Annexe I
Garanties frais de santé

Garanties y compris les remboursements de la sécurité sociale ou de la MSA (sauf pour les forfaits en euros ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale ou de la MSA)

Hospitalisation chirurgicale et médicale, y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné) (1)	
Honoraires, signataires CAS (2)	580 % BR
Honoraires, non signataires CAS (2)	200 % BR
Frais de séjours	100 % BR
Chambre particulière	52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	52 € par jour (dans la limite de 30 jours)
Forfait hospitalier	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €

Soins de ville (secteurs conventionné et non conventionné) (1)	
Consultations et visites, généralistes et spécialistes, signataires CAS (2)	200 % BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes, non signataires CAS (2)	180 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité, signataires CAS (2)	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité, non signataires CAS (2)	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, signataires CAS (2)	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, non signataires CAS (2)	100 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	455 % BR + 200 € par an et par bénéficiaire
Autre appareillage remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	300 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Pharmacie	
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR ou TFR
Transport	
Transport remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR
Frais dentaires	
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale ou la MSA : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR
Inlays-onlays remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	210 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale ou la MSA : - couronnes, bridges et inter de bridges - couronnes sur implant - prothèses dentaires amovibles - réparations sur prothèses - Inlays-cores	210 % BR + 350 €/ an/ bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	250 % BR
Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	100 €/ an/ bénéficiaire
Frais d'optique	
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans) (3)	
Monture	125 €
Verres (par paire)	Cf. grille optique
Lentilles remboursées par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR + 100 €/ an/ bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale ou la MSA (y compris jetables)	100 €/ an/ bénéficiaire
Maternité	
Allocation naissance	1/3 PMSS/ bénéficiaire
Prévention et autres soins	
Cure thermale remboursée par la sécurité sociale ou la MSA : honoraires et soins	100 % BR
Vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	40 €/ an/ bénéficiaire
Actes de prévention (4)	Pris en charge

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.
(2) CAS : contrat d'accès aux soins conclu entre l'assurance maladie et le médecin de secteur 2, le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et le médecin de secteur 1 disposant des titres lui permettant d'accéder au secteur 2 ; ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie.
(3) La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, période réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.
Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement par le bénéficiaire. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verre et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.
(4) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.
Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale/ BR : base de remboursement de la sécurité sociale/ CAS : contrat d'accès aux soins/ FR : frais réels/ MR : montant remboursé par la sécurité sociale/ PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année.

Grille Optique

Adultes (18 ans et plus), par verre

Code LPP	Désignation	Tarif TIPS	Sphère	Cylindre	Base
Verres simples					
2203240	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	2,29 €	[0-2]	0	127 €
] 2-4]					
2287916	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6 à + 6				
] 4-6]					
2280660	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10	4,12 €	] 6-10]	0	134 €
2282793	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2265330	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10				
2263459	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2235776	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10	7,62 €	> 10	0	148 €
2295896	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10				
2259966	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6	3,66 €	[0-2]	] 0-4]	133 €
] 2-4]					
2226412	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6				
] 4-6]					
2284527	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	6,86 €	] 6-20]	] 0-4]	145 €
2254868	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
2212976	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6	6,25 €	] 0-6]	] 4-6]	143 €
2252668	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6				
2288519	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	9,45 €	] 6-20]	] 4-6]	155 €
2299523	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
Verres multifocaux ou progressifs					
2290396	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	7,32 €	[0-2]	0	147 €
2291183	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	] 2-4]			
2245384	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	10,82 €	] 4-8]	0	161 €
2295198	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	] 8-20]			
2227038	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	10,37 €	[0-2]	] 0-6]	159 €

] 2-4]					
2299180	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	] 4-6]			
] 6-8]					
2202239	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8	24,54 €	] 8-20]	] 0-6]	215 €
2252042	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8				

Enfants (moins de 18 ans), par verre

Code LPP	Désignation	Tarif TIPS	Sphère	Cylindre	Base
Verres simples					
2261874	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	12,04 €	[0-2]	0	173 €
] 2-4]					
2242457	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	] 4-6]			
2243304	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10	26,68 €	] 6-10]	0	278 €
2243540	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2291088	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10				
2297441	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2273854	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10	44,97 €	> 10	0	313 €
2248320	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10				
2200393	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6	14,94 €	[0-2]	] 0-4]	173 €
] 2-4]					
2270413	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6				
] 4-6]					
2283953	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	36,28 €	] 6-20]	] 0-4]	313 €
2219381	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
2238941	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6	27,90 €	] 0-6]	] 4-6]	283 €
2268385	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6				
2245036	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	46,50 €	] 6-20]	] 4-6]	313 €
2206800	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
Verres multifocaux ou progressifs					
2259245	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	39,18 €	[0-2]	0	313 €
2264045	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	] 2-4]			
2238792	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	43,30 €	] 4-8]	0	313 €
2202452	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	] 8-20]			
2240671	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	43,60 €	[0-2]	] 0-6]	313 €
] 2-4]					
2282221	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	] 4-6]			
] 6-8]					
2234239	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8	66,62 €	] 8-20]	] 0-6]	313 €
2259660	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8				

Avenant n° 1 du 7 mars 2011 à l'accord du 16 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Tarn-et-Garonne)

7 mars 2011, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2012 Légifrance PDF officiel du BO n°2011-21

Article 1er

L'article 3 « Salariés bénéficiaires » est modifié comme suit :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent aux salariés non cadres ayant 4 mois d'ancienneté continue 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 cadre 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 ;
- les salariés non cadres définis ci-dessus ressortissant à un accord collectif d'entreprise dans les conditions fixées à l'article 12 du présent accord.

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

Article 2

L'article 5 « Garanties » (Garanties à adhésion individuelle et facultative) est modifié comme suit :

« • Salariés non cadres ayant moins de 4 mois d'ancienneté :

Les salariés non cadres ayant moins de 4 mois d'ancienneté dans une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application défini par le présent accord, et ne bénéficiant pas de ce fait à titre obligatoire du régime, peuvent demander à bénéficier des garanties prévues par le présent accord à titre facultatif, moyennant le paiement de la cotisation globale définie à l'article intitulé “ Cotisations ”.

La cotisation globale acquittée sera entièrement à la charge du salarié et les prestations sont identiques à celles de l'annexe I.

• Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du régime :

De manière facultative, le salarié pourra demander le bénéfice de l'extension des garanties pour son conjoint et ses enfants moyennant le paiement d'une cotisation définie à l'article 7.

Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription d'un bulletin d'adhésion détaillant les personnes demandant à être garanties. La cotisation correspondante sera entièrement financée par le salarié et l'organisme assureur désigné procédera à la collecte de la cotisation. »

Article 3

L'article 7 « Cotisations » (1. Taux et répartition) est modifié comme suit :

« Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du présent accord. Les cotisations pourront être revues sans délai en cas de changement de ces textes.

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

Les taux de cotisations ainsi définis sont garantis par CRIA Prévoyance pour une durée de 3 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, soit au 1er janvier 2010, dans le cadre de la réglementation applicable à la date de conclusion du présent accord. Ces taux seront ensuite indexés en fonction de l'indice national de la consommation médicale totale. Toute évolution des taux de cotisation devra être communiquée en respectant un délai de 3 mois avant sa prise d'effet. Son application est conditionnée à l'accord des partenaires sociaux.

• Régime obligatoire : cotisation pour le salarié bénéficiaire seul.

Le taux global de la cotisation mensuelle du présent régime complémentaire frais de santé est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est égal à 0,98 % du PMSS.

La cotisation obligatoire est répartie à raison de :
- 17,59 % à la charge de l'employeur, dans la limite d'un montant de 5 € par mois ;
- 82,41 % à la charge du salarié.

• Garantie optionnelle facultative :

Extension famille : 1,77 % du plafond de la sécurité sociale.

Adhésion d'un salarié ayant moins de 4 mois d'ancienneté : 0,98 % du plafond de la sécurité sociale.

Ces cotisations sont à la charge exclusive du salarié. »

Article 4

Le présent avenant est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée avec effet au premier jour du trimestre qui suit ladite extension.

Avenant n° 2 du 4 novembre 2013 à l'accord du 16 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Tarn-et-Garonne)

4 novembre 2013, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er juillet 2014 Légifrance PDF officiel du BO n°2014-7

Préambule

Dans le cadre de la mise en conformité de l'accord au décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire et à la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, les organisations professionnelles d'employeurs et organisations syndicales de salariés agricoles ont décidé de mettre en conformité les dispenses d'affiliation et d'instaurer le dispositif de portabilité.

Dans ce contexte, les organisations signataires ont également décidé de réviser les cotisations.

Article 1er

Les dispositions de l'article 1er « Champ d'application » sont modifiées comme suit :

« Le présent accord s'applique sur le département du Tarn-et-Garonne aux :
- salariés agricoles relevant du présent accord et non affiliés à l'AGIRC ;
- employeurs des exploitations agricoles proprement dites, des exploitations d'élevage, de dressage, des exploitations de cultures spécialisées (viticulture, arboriculture, cultures maraîchères …), des entreprises de travaux agricoles, des coopératives de culture en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole, à l'exception de celles effectuant exclusivement des opérations de déshydratation (champ professionnel), dont le siège social se situe dans le département du Tarn-et-Garonne (champ territorial). »

Article 2

Les dispositions de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » sont modifiées comme suit :
« Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié ayant 4 mois d'ancienneté et plus dans l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord et non affilié à l'AGIRC.
L'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert ladite ancienneté. »

Au paragraphe « Garanties à adhésion individuelle et facultative » de l'article 5 « Garanties », les mots : « salariés non cadres ayant moins de 4 mois d'ancienneté » sont remplacés par les mots : « salariés non affiliés à l'AGIRC et ayant moins de 4 mois d'ancienneté ».

Article 3

Les dispositions de l'article 4 « Affiliation » sont modifiées comme suit :

« A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés à l'article 3 auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 6 par la signature d'un bulletin d'affiliation.

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

Dispense d'affiliation

Les salariés placés dans les situations ci-après peuvent demander, par écrit, à l'employeur une dispense d'affiliation à l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord :
- les salariés à temps partiel et les apprentis ayant au moins 4 mois d'ancienneté et dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation salariale au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. En cas

d'augmentation de la rémunération, si la cotisation salariale représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement s'affilier au régime mis en place par l'accord ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus l'ACS ;
- à condition d'en justifier chaque année, les salariés bénéficiaires par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en qualité d'ayants droit, d'une couverture collective à adhésion obligatoire mise en place dans une autre entreprise (salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire).

Cette dernière dispense d'affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de cessation de la couverture obligatoire, de diminution du niveau de prestations à un niveau inférieur à celui fixé dans le présent accord ou à la demande du salarié.

Le salarié ayant plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord et un seul de ces employeurs cotise auprès de l'organisme désigné. Cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié.

Toute demande de dispense doit être notifiée, par écrit, à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition de 4 mois d'ancienneté, avec les justificatifs de leur situation.

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

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

Article 4

Les dispositions du 1 « Taux et répartition » de l'article 7 « Cotisations » sont modifiées comme suit :

« Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du présent accord. Les cotisations pourront être revues sans délai en cas de changement de ces textes.

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

Régime obligatoire : cotisation pour le salarié bénéficiaire seul

La cotisation mensuelle du présent régime de remboursement complémentaire de frais de santé est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sera égale, pour les exercices 2014 et suivants, à 1,13 % du PMSS.

Elle est répartie comme suit :
- 17,59 % à la charge de l'employeur, dans la limite de 5 € ;
- 82,41 % à la charge du salarié.

Garantie optionnelle facultative

Le salarié pourra affilier, facultativement, ses ayants droit selon les options suivantes :
- faire garantir dans les conditions prévues à l'article 6 le remboursement des frais de santé engagés par le conjoint moyennant un taux de cotisation spécifique de 1,97 % du PMSS ;
- faire garantir dans les conditions prévues à l'article 6 le remboursement des frais de santé engagés par les enfants à charge moyennant un taux de cotisation spécifique de 0,99 % du PMSS avec gratuité à compter du 3e enfant ;
- faire garantir dans les conditions prévues à l'article 6 le remboursement des frais de santé engagés par le salarié ayant moins de 4 mois d'ancienneté dans l'entreprise moyennant un taux de cotisation spécifique de 1,13 % du PMSS.

Ces cotisations sont à la charge exclusive du salarié.

Dispositions communes aux régimes concernant l'évolution et la révision des cotisations

Les cotisations sont indexées au 1er janvier de chaque exercice sur l'écart, s'il est positif, entre le taux d'évolution annuelle de l'indice de la consommation médicale totale (CMT) hors hospitalisation, connu au 1er septembre, et le pourcentage d'augmentation du plafond mensuel de la sécurité sociale constaté entre le 1er janvier de l'exercice précédent et le 1er janvier de l'exercice concerné.

Elles peuvent également évoluer au 1er janvier de chaque année en fonction des résultats du régime, sous réserve du respect d'un préavis de 3 mois et après consultation des partenaires sociaux. »

Article 5

Il est inséré après l'article 9 « Cessation des garanties » un article 10 rédigé comme suit :

« Article 10
Portabilité

Les salariés bénéficient, à compter du 1er juin 2014, du maintien à titre gratuit des garanties du régime 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 :
- le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation de l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur ; cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- l'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;

- l'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.
Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

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

Article 6

Les articles 10 « Suspension du contrat de travail », 11,12,13,14 et 15 de l'accord deviennent respectivement les articles 11,12,13,14,15 et 16.

L'article 11 est rédigé comme suit :

« Article 11
Suspension du contrat de travail

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

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

Après cette période, le salarié peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur, à titre individuel et facultatif, à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve du paiement par ce dernier de l'intégralité de la cotisation.

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

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

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du régime obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :
- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
sans versement de cotisation pour tout mois civil d'absence.

Si la suspension est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement. »

Article 7

Le présent avenant, dont les parties signataires ont convenu de demander sans délai l'extension, entrera en vigueur le

premier jour du trimestre civil qui suit la publication au Journal officiel de son arrêté d'extension et, au plus tôt, au 1er juin 2014 concernant les dispositions relatives à la portabilité.

Article 8

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

Avenant n° 3 du 21 octobre 2015 relatif à l'accord du 16 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Tarn-et-Garonne)

21 octobre 2015, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2016 Légifrance PDF officiel du BO n°2016-46

Préambule

Dans le cadre de la mise en conformité de l'accord départemental du 16 septembre 2009 modifié à l'accord national modifié par un avenant 4 en date du 15 septembre 2015, les organisations professionnelles et syndicales de salariés ont décidé de réduire la condition d'ancienneté, pour bénéficier de la complémentaire santé, à 3 mois ; de modifier les garanties, les dispenses d'affiliation ainsi que la clause relative au maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail ; de définir les ayants droit ; d'instaurer le principe de solidarité et de préciser les conditions de révision et de dénonciation du régime.

Dans ce contexte, les organisations signataires ont également décidé de réviser les cotisations. En conséquence, l'accord départemental du 16 septembre 2009 est modifié comme suit.

Article 1er Salariés bénéficiaires

L'article 3 de l'accord « Salariés bénéficiaires » est modifié et remplacé comme suit :

« *Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié relevant du champ d'application dudit accord, non affilié à l'AGIRC et ayant 3 mois d'ancienneté et plus dans l'entreprise ou l'exploitation.* (1)

L'ancienneté est réputée acquise au 1er jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert ladite ancienneté. »

(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 22 décembre 2016 - art. 1)

Article 2 Dispenses d'affiliation

Les dispositions de l'article 4 de l'accord « Affiliation » sont modifiées et remplacées comme suit en son paragraphe « Dispenses d'affiliation » :

« Les salariés placés dans les situations ci-après peuvent demander, par écrit, à l'employeur, une dispense d'affiliation à l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord :
- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail ou de mission d'une durée au moins égale à 12 mois et ayant au moins 3 mois d'ancienneté, à condition de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties ;
- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail ou de mission d'une durée inférieure à 12 mois et ayant au moins 3 mois d'ancienneté, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés et les apprentis à temps partiel ayant au moins 3 mois d'ancienneté et dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation salariale au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. En cas d'augmentation de la rémunération, si la cotisation salariale représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement s'affilier au régime mis en place par l'accord ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus l'ACS ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou à l'acquisition de la condition d'ancienneté si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- à condition d'en justifier chaque année, les salariés (y compris étrangers) bénéficiaires par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en qualité d'ayants droit, d'une couverture collective à adhésion obligatoire mise en place dans une

autre entreprise (salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire).
Cette dernière dispense d'affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de cessation de la couverture obligatoire ou à la demande du salarié.
Le salarié ayant plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord et dont un seul de ces employeurs cotise auprès de l'organisme *désigné* (1). Cet employeur est celui auprès duquel 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 bénéficiant par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective :
-, dans le cadre du régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
-, dans le cadre du 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 ;
-, dans le cadre du 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 ;
-, dans le cadre des contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » ;
-, dans le cadre du régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
-, dans le cadre de la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Toute demande de dispense doit être notifiée, par écrit, à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit l'embauche.

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

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

(1) Au dixième alinéa de l'article 2, le mot « désigné » est exclu de l'extension.
(Arrêté du 22 décembre 2016 - art. 1)

Article 3 Garanties

Les dispositions de l'article 5 de l'accord « Garanties » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 5
Garanties

Article 5.1
Régime obligatoire

Les garanties prises en application du présent accord sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles sont revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

Toutes les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :
- en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 2 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Tous les remboursements prévus à l'annexe I du présent accord comprennent les prestations du régime de base de la sécurité sociale ou de la mutualité sociale agricole (MSA) dont relève le salarié visé à l'article 3 ci-avant.

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent régime ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

La nature et le montant des prestations du présent régime sont détaillés dans les tableaux de l'annexe I amendés du présent accord.

Article 5.2
Contrat “ solidaire ” et “ responsable ”

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

sociales, *de sa circulaire d'application n° DSS/ SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015* (1) et de la lettre circulaire n° 2015-0000045 du 12 août 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 peut être recueillie à cette fin ;
- les garanties respectent les conditions (notamment les planchers et plafonds de prise en charge) mentionnées aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Article 5.3
Garanties à adhésion facultative

5.3.1. Salariés ayant moins de 3 mois d'ancienneté, non affiliés à l'AGIRC et relevant du champ d'application du présent accord

Les salariés ayant moins de 3 mois d'ancienneté continue dans une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application du présent accord, non affiliés à l'AGIRC et ne bénéficiant pas de ce fait à titre obligatoire du régime, peuvent demander à bénéficier des garanties prévues par le présent accord à titre facultatif, moyennant le paiement, à sa charge exclusive, de la cotisation globale correspondante définie à l'article 6.1 ci-après. (2)

Les prestations sont identiques à celles figurant en annexe I amendée du présent accord.

5.3.2 Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du régime

De manière facultative, le salarié peut demander le bénéfice de l'extension des garanties pour son conjoint et ses enfants à charge tels que définis ci-après, moyennant le paiement, à sa charge exclusive, des cotisations spécifiques définies à l'article 6.1 ci-après.

Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription d'un bulletin d'adhésion détaillant les personnes demandant à être garanties.

L'organisme assureur procède à la collecte de la cotisation.

Sont considérés comme ayants droit d'un salarié bénéficiaire du régime :
- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé (e) de corps ou non divorcé (e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs : personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité (Pacs) dans les conditions fixées aux articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.

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

(1) Au premier alinéa de l'article 5.2, en remplacement des mots « de sa circulaire d'application n° DSS/SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015 », lire les mots « de sa circulaire d'application n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 ».
(Arrêté du 22 décembre 2016 - art. 1)

(2) Le premier alinéa du 5.3.1 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 22 décembre 2016 - art. 1)

Article 4 Gestion du régime

Dans le contexte de la disparition des clauses de désignation et de la mise en conformité à l'avenant 4 du 16 septembre 2015 à l'accord national du 10 juin 2008 modifié, l'article 6 du présent accord est supprimé.

En conséquence, la numérotation des articles postérieurs est modifiée et toute référence à l'organisme assureur CRIA prévoyance dans le présent accord est annulée.

Article 5 Cotisations

L'article 7.1 de l'accord « Taux de cotisations et répartition », devenant l'article 6.1, est modifié et remplacé par les dispositions suivantes :
« Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du présent accord. Les cotisations peuvent être revues sans délai en cas de changement de ces textes.

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

6.1.1. Régime obligatoire : cotisation pour le salarié bénéficiaire seul

La cotisation mensuelle du présent régime de “ remboursement complémentaire de frais de santé ” est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sera répartie comme suit :
- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié

6.1.2. Garantie optionnelle facultative

Le salarié peut affilier, facultativement, ses ayants droit, tels que définis à l'article 5.3.2 ci-avant, selon les options proposées. Ces cotisations sont à la charge exclusive du salarié. »

Les autres dispositions de l'article 7, devenant l'article 6, sont inchangées.

Article 6 Cessation des garanties et portabilité

L'article 9 de l'accord « Cessation des garanties », devenant l'article 8, est modifié et remplacé comme suit :

« Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le fie à l'employeur.

Conformément aux dispositions prévues par l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie frais de santé peut être maintenue par la souscription d'un contrat individuel proposé par l'organisme assureur, sans condition de période probatoire, ni d'examens ou questionnaires médicaux, au profit des personnes suivantes :
- les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'une allocation de préretraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les ayants droit garantis du chef d'un salarié décédé.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois qui suivent le terme de couverture au titre de la portabilité visée à l'article 9 ci-après.

L'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

Les personnes garanties du chef du salarié décédé peuvent également continuer à bénéficier des garanties santé à titre individuel, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve de formuler leur demande dans les 6 mois suivant ce dernier.

L'organisme assureur leur adresse la proposition de maintien de la couverture dans le délai de 2 mois à compter de l'événement, l'entreprise devant en informer préalablement l'organisme assureur.

Les prestations proposées sont identiques à celles prévues par le présent accord.

La garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

L'organisme assureur procède à la collecte de la cotisation avec une majoration maximum de :
- 50 % par rapport à la cotisation globale des actifs (part employeur et part salarié) pour les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'une allocation de préretraite ;
- 50 % par rapport à la cotisation globale des actifs (part employeur et part salarié) pour les autres anciens salariés et ayants droit de salarié décédé, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans le mois suivant la date de survenance de l'événement.

Les cotisations sont intégralement prises en charge par l'ancien salarié. »

L'article 10 de l'accord « Portabilité », devenant l'article 9, est complété par les dispositions suivantes :

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

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

Ce dispositif de maintien de couverture est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations des salariés en activité. »

Article 7 Maintien des garanties et suspension

L'article 11 de l'accord « Suspension du contrat de travail », devenant l'article 10, est modifié et remplacé comme suit :

« Article 10
Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Suspension du contrat de travail non indemnisée

En cas de suspension du contrat de travail pour l'un des cas prévu par les dispositions légales (notamment congé sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation à plein temps, congé pour création d'entreprise, congé de solidarité internationale, congé de solidarité familiale, congé de formation, congé d'enseignement ou de recherche) ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, le salarié, et le cas échéant ses ayants droit, bénéficie du maintien des garanties complémentaires frais de santé pendant les 3 premiers mois de la suspension et ce sans versement de cotisation.

A l'issue de cette période, le salarié peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur, à titre individuel et facultatif, à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve du paiement par ce dernier de l'intégralité de la cotisation. L'employeur doit informer l'organisme assureur compétent de la suspension du contrat et de la durée de la suspension au début de celle-ci.

Suspension du contrat de travail indemnisée

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du régime obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, et le cas échéant leurs ayants droit, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :
- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence.

Si la suspension est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement. »

Article 8 Principe de solidarité

Il est inséré après l'article 14 « Recours contre les tiers responsables », devenant l'article 13, un article 14 intitulé et rédigé comme suit :

« Article 14
Mise en œuvre du principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles doivent s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation du présent régime frais de santé est affecté au financement de ces mesures.

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

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent régime frais de santé 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 de 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 une exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou de leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail tel que défini à l'article 10 ci-avant du présent accord. »

La numérotation des articles postérieurs est modifiée en conséquence.

Article 9 Révision et dénonciation

Les dispositions de l'article 15 « Clause de réexamen., Dénonciation », sont modifiées et rédigées comme suit :

« Article 15
Clause de réexamen., Révision et dénonciation

Conformément aux articles L. 912-1 et L. 912-2 du code de la sécurité sociale, le régime d'assurance complémentaire santé mis en œuvre par le présent accord fait l'objet d'un réexamen dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date de son entrée en vigueur.

Le présent accord étant conclu pour une durée indéterminée, il peut, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue aux articles L. 2222-5, L. 2222-6 et L. 2261-7 à L. 2261-13 du code du travail.

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

La demande de révision, pouvant intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires. L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles se réunit alors dans le délai de 1 mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

Ce dernier, s'il est conclu, se substitue de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifie.

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

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

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

En tout état de cause, l'accord dénoncé continue de produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui

lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois. »

Article 10 Annexes

L'Annexe I de l'accord présentant les garanties complémentaires frais de santé est modifiée et jointe au présent avenant.

Article 11 Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tard le 1er janvier 2016.

Les parties signataires conviennent de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

Article 12 Dépôt et extension

Le présent avenant établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

Annexe

Annexe I
Garanties frais de santé

Garanties y compris les remboursements de la sécurité sociale ou de la MSA (sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale ou de la MSA)	
Hospitalisation chirurgicale et médicale, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné (1))	
Honoraires, Signataires CAS (2)	580 % BR
Honoraires, Non signataires CAS (2)	200 % BR
Frais de séjours	100 % BR
Chambre particulière	52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	52 € par jour (dans la limite de 30 jours)
Forfait hospitalier	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Soins de ville (secteur conventionné et non conventionné (1))	
Consultations et visites, généralistes et spécialistes, Signataires CAS (2)	200 % BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes, Non signataires CAS (2)	180 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité, Signataires CAS (2)	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité, Non signataires CAS (2)	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, Signataires CAS (2)	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, Non signataires CAS (2)	100 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	455 % BR + 200 € par an et par bénéficiaire
Autre appareillage remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	300 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Pharmacie	
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR ou TFR

Transport	
Transport remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR
Frais dentaires	
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale ou la MSA : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR
Inlays-onlays remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	210 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale ou la MSA : - couronnes, bridges et inter de bridges - couronnes sur implant - prothèses dentaires amovibles - réparations sur prothèses - inlays-cores	210 % BR + 350 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	250 % BR
Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	100 € par an et par bénéficiaire
Frais d'optique	
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans) (3)	
Monture	125 €
Verres (par paire)	Cf. grille optique
Lentilles remboursées par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR + 100 € par an et par bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale ou la MSA (y compris jetables)	100 € par an et par bénéficiaire
Maternité	
Allocation naissance	1/3 PMSS par bénéficiaire
Prévention et autres soins	
Cure thermale remboursée par la sécurité sociale ou la MSA : honoraires et soins	100 % BR
Vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	40 € par an et par bénéficiaire
Actes de prévention (4)	Pris en charge
(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité. (2) CAS : Contrat d'accès aux soins conclu entre l'assurance maladie et le médecin de secteur 2, le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et le médecin de secteur 1 disposant des titres lui permettant d'accéder au secteur 2 ; ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie. (3) La prise en charge est limitée à un équipement tous les 2 ans, période réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue. Le calcul de la période s'apprécie sur 24 mois glissants (ou 12 mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement par le bénéficiaire. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verre et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après. (4) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires. Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale/ BR : base de remboursement de la sécurité sociale/ CAS : contrat d'accès aux soins/ FR : frais réels/ MR : montant remboursé par la sécurité sociale/ PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année.	

Grille optique

Adultes (18 ans et plus), Par verre

Code LPP	Désignation	Tarif TIPS	Sphère	Cylindre	Base
Verres simples					
2203240	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	2,29 €	[0-2]	0	127 €
		] 2-4]			
2287916	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	] 4-6]			

2280660	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10	4,12 €	] 6-10]	0	134 €
2282793	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2265330	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10				
2263459	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2235776	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10	7,62 €	> 10	0	148 €
2295896	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10				
2259966	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6	3,66 €	[0-2]	] 0-4]	133 €
		] 2-4]			
2226412	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6	] 4-6]			
2284527	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	6,86 €	] 6-20]	] 0-4]	145 €
2254868	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
2212976	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6	6,25 €	] 0-6]	] 4-6]	143 €
2252668	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6				
2288519	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	9,45 €	] 6-20]	] 4-6]	155 €
2299523	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
Verres multifocaux ou progressifs					
2290396	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	7,32 €	[0-2]	0	147 €
2291183	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	] 2-4]			
2245384	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	10,82 €	] 4-8]	0	161 €
2295198	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	] 8-20]			
2227038	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	10,37 €	[0-2]	] 0-6]	159 €
		] 2-4]			
2299180	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	] 4-6]			
		] 6-8]			
2202239	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8	24,54 €	] 8-20]	] 0-6]	215 €
2252042	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8				

Enfants (moins de 18 ans) par verre

Code LPP	Désignation	Tarif TIPS	Sphère	Cylindre	Base
Verres simples					
2261874	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	12,04 €	[0-2]	0	173 €
		] 2-4]			
2242457	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	] 4-6]			
2243304	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10	26,68 €	] 6-10]	0	278 €
2243540	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2291088	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10				
2297441	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2273854	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10	44,97 €	> 10	0	313 €
2248320	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10				

2200393	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6	14,94 €	[0-2]	] 0-4]	173 €
		] 2-4]			
2270413	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6	] 4-6]			
2283953	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	36,28 €	] 6-20]	] 0-4]	313 €
2219381	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
2238941	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6	27,90 €	] 0-6]	] 4-6]	283 €
2268385	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6				
2245036	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	46,50 €	] 6-20]	] 4-6]	313 €
2206800	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
Verres multifocaux ou progressifs					
2259245	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	39,18 €	[0-2]	0	313 €
2264045	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	] 2-4]			
2238792	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	43,30 €	] 4-8]	0	313 €
2202452	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	] 8-20]			
2240671	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	43,60 €	[0-2]	] 0-6]	313 €
		] 2-4]			
2282221	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	] 4-6]			
		] 6-8]			
2234239	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8	66,62 €	] 8-20]	] 0-6]	313 €
2259660	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8				

Avenant n° 4 du 21 mars 2016 à l'accord du 16 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Tarn-et-Garonne)

21 mars 2016, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2016 Légifrance PDF officiel du BO n°2016-49

Préambule

Dans le cadre de la mise en conformité de l'accord départemental du 16 septembre 2009 modifié à l'accord national modifié par un avenant 4 en date du 15 septembre 2015, les organisations professionnelles et syndicales de salariés ont décidé de supprimer la condition d'ancienneté, pour bénéficier de la complémentaire santé.

En conséquence, l'accord départemental du 16 septembre 2009 est modifié comme suit.

Article 1er Salariés bénéficiaires

L'article 3 de l'accord « Salariés bénéficiaires » est modifié et remplacé comme suit :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié relevant du champ d'application dudit accord, non affilié à l'AGIRC, quelle que soit leur ancienneté.

En conséquence, toute référence à une quelconque ancienneté dans le présent accord est supprimée. »

Article 2 Dispenses d'affiliation

Les dispositions de l'article 4 de l'accord « Affiliation » sont modifiées et remplacées comme suit en son paragraphe « Dispenses d'affiliation » :

« Les salariés placés dans les situations ci-après peuvent demander, par écrit, à l'employeur, une dispense d'affiliation à l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord :

- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail ou de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties ;
- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail 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.

En cas d'augmentation de la rémunération, si la cotisation salariale représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement s'affilier au régime mis en place par l'accord ;
- les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). La dispense ne joue que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne joue que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture frais de santé servie au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un des dispositifs suivants :
a) Contrat collectif à adhésion obligatoire, en matière de frais de santé, conformément aux dispositions de l'article L. 242-1 du CSS. (1)
b) Contrat complémentaire des agents de la fonction publique d'état souscrit auprès d'un organisme référencé (décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007) ou des agents de la fonction publique territoriale souscrit auprès d'un organisme labellisé ou dans le cadre d'une convention de participation (décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011).
c) Contrat d'assurance groupes, dits Madelin (loi n° 94-126 du 11 février 1994).
d) Régime local d'assurance-maladie Alsace-Moselle (CSS, art. D. 325-6 et D. 325-7).
e) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (décret n° 46-1541 du 22 juin 1946).

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

Toute demande de dispense doit être notifiée, par écrit, à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit l'entrée en vigueur du présent accord ou celui de la date d'embauche.

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

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

(1) Le dixième alinéa de l'article 2 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 29 décembre 2016 - art. 1)

Article 3 Garanties

Les dispositions de l'article 5.3.1 de l'accord « Salariés ayant moins de 3 mois d'ancienneté, non affiliés à l'AGIRC et relevant du champ d'application du présent accord » sont abrogées.

Les dispositions de l'article 5.3.2 « Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du régime » sont renumérotées à l'article 5.3 intitulé « Garanties à adhésion facultative ».

Article 4 Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tard le 1er janvier 2016.

Les parties signataires conviennent de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

Article 5 Dépôt et extension

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

Annexe

Annexe I

Garanties frais de santé

Garanties y compris les remboursements de la sécurité sociale ou de la MSA (sauf pour les forfaits en euros ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale ou de la MSA)

Hospitalisation chirurgicale et médicale, y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné) (1)	
Honoraires, signataires CAS (2)	580 % BR
Honoraires, non signataires CAS (2)	200 % BR
Frais de séjours	100 % BR
Chambre particulière	52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	52 € par jour (dans la limite de 30 jours)
Forfait hospitalier	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Soins de ville (secteurs conventionné et non conventionné) (1)	
Consultations et visites, généralistes et spécialistes, signataires CAS (2)	200 % BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes, non signataires CAS (2)	180 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité, signataires CAS (2)	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité, non signataires CAS (2)	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, signataires CAS (2)	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, non signataires CAS (2)	100 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	455 % BR + 200 € par an et par bénéficiaire
Autre appareillage remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	300 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Pharmacie	
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR ou TFR
Transport	
Transport remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR
Frais dentaires	
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale ou la MSA : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR
Inlays-onlays remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	210 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale ou la MSA : - couronnes, bridges et inter de bridges - couronnes sur implant - prothèses dentaires amovibles - réparations sur prothèses - Inlays-cores	210 % BR + 350 €/ an/ bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	250 % BR
Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	100 €/ an/ bénéficiaire
Frais d'optique	
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans) (3)	
Monture	125 €

Verres (par paire)	Cf. grille optique
Lentilles remboursées par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR + 100 €/ an/ bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale ou la MSA (y compris jetables)	100 €/ an/ bénéficiaire
Maternité	
Allocation naissance	1/3 PMSS/ bénéficiaire
Prévention et autres soins	
Cure thermale remboursée par la sécurité sociale ou la MSA : honoraires et soins	100 % BR
Vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	40 €/ an/ bénéficiaire
Actes de prévention (4)	Pris en charge

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.
(2) CAS : contrat d'accès aux soins conclu entre l'assurance maladie et le médecin de secteur 2, le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et le médecin de secteur 1 disposant des titres lui permettant d'accéder au secteur 2 ; ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie.
(3) La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, période réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.
Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement par le bénéficiaire. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verre et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.
(4) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.
Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale/ BR : base de remboursement de la sécurité sociale/ CAS : contrat d'accès aux soins/ FR : frais réels/ MR : montant remboursé par la sécurité sociale/ PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année.

Grille Optique

Adultes (18 ans et plus), par verre

Code LPP	Désignation	Tarif TIPS	Sphère	Cylindre	Base
Verres simples					
2203240	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	2,29 €	[0-2]	0	127 €
] 2-4]					
2287916	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6 à + 6				
] 4-6]					
2280660	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10	4,12 €	] 6-10]	0	134 €
2282793	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2265330	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10				
2263459	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2235776	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10	7,62 €	> 10	0	148 €
2295896	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10				
2259966	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6	3,66 €	[0-2]	] 0-4]	133 €
] 2-4]					
2226412	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6				
] 4-6]					
2284527	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	6,86 €	] 6-20]	] 0-4]	145 €
2254868	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
2212976	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6	6,25 €	] 0-6]	] 4-6]	143 €

2252668	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6				
2288519	verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	9,45 €	] 6-20]	] 4-6]	155 €
2299523	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
Verres multifocaux ou progressifs					
2290396	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	7,32 €	[0-2]	0	147 €
2291183	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	] 2-4]			
2245384	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	10,82 €	] 4-8]	0	161 €
2295198	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	] 8-20]			
2227038	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	10,37 €	[0-2]	] 0-6]	159 €
] 2-4]					
2299180	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	] 4-6]			
] 6-8]					
2202239	verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8	24,54 €	] 8-20]	] 0-6]	215 €
2252042	verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8				

Enfants (moins de 18 ans), par verre

Code LPP	Désignation	Tarif TIPS	Sphère	Cylindre	Base
Verres simples					
2261874	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	12,04 €	[0-2]	0	173 €
] 2-4]					
2242457	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	] 4-6]			
2243304	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10	26,68 €	] 6-10]	0	278 €
2243540	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2291088	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10				
2297441	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2273854	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10	44,97 €	> 10	0	313 €
2248320	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10				
2200393	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6	14,94 €	[0-2]	] 0-4]	173 €
] 2-4]					
2270413	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6				
] 4-6]					
2283953	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	36,28 €	] 6-20]	] 0-4]	313 €
2219381	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
2238941	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6	27,90 €	] 0-6]	] 4-6]	283 €
2268385	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6				
2245036	verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	46,50 €	] 6-20]	] 4-6]	313 €
2206800	verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
Verres multifocaux ou progressifs					
2259245	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	39,18 €	[0-2]	0	313 €
2264045	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	] 2-4]			

2238792	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	43,30 €	] 4-8]	0	313 €
2202452	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	] 8-20]			
2240671	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	43,60 €	[0-2]	] 0-6]	313 €
] 2-4]					
2282221	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	] 4-6]			
] 6-8]					
2234239	verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8	66,62 €	] 8-20]	] 0-6]	313 €
2259660	verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8				

Déclinaisons territoriales

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

Tarn-et-Garonne (82) : 5 textes