CartoAgri, accord territorial

Frais de santé des non-cadres, Gers (accord du 17 septembre 2009), Gers (32)

Accord consolidé et avenants en vigueur dans ce département

Texte	Accord du 17 septembre 2009 relatif aux frais de santé des salariés agricoles non cadres du Gers
État	En vigueur, étendu
Départements	Gers (32)
Textes en vigueur	9
Légifrance	https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000053390496

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 : Gers (32) 9 textes

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

Accord et avenants en vigueur : Gers (32)

Accord du 17 septembre 2009 relatif aux frais de santé des salariés agricoles non cadres du Gers

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

Préambule

Afin de respecter les dispositions légales et conventionnelles et de recommander un nouvel organisme assureur, les organisations syndicales salariales et patronales ont réalisé une procédure de mise en concurrence transparente, dont les éléments figurent pour information en annexe III au présent accord, dans sa rédaction issue de l'avenant n° 2 du 24 février 2015.

Article 1er Champ d'application

Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable à l'ensemble des employeurs et des salariés :
- des exploitations agricoles proprement dites (polyculture-élevage) ;
- des exploitations de cultures spécialisées (viticulture, cultures maraîchères, cultures fruitières, cultures légumières) ;
- des exploitations d'élevage ;
- des coopératives de cultures en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole ;
- des entreprises du territoire ;
- des activités touristiques (agritourisme) ou de loisirs qui se situent dans le prolongement de l'activité ;
- des établissements de toute nature dirigés par le chef d'exploitation agricole en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production.

Le présent accord est applicable à ces mêmes salariés, qu'ils soient au service d'exploitants individuels, de groupements ou de sociétés.

Champ d'application territorial

Le présent accord s'applique aux salariés et aux employeurs visés précités dont le siège de l'exploitation se situe dans le département du Gers.

Article 2 Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié non cadre non affilié à l'AGIRC ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord.

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

(1) Article étendu sous réserve des dispositions de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 22 décembre 2015 - art. 1)

Article 3 Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, non affilié au régime Agirc-Arrco, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois.

Sont exclus du dispositif 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 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 ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure

ou égale à 3 mois.

Pour ces deux dernières catégories de salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé est assurée par le dispositif versement santé tel que défini à l'article 4 bis créé ci-après.

(1) Article étendu sous réserve de l'application des stipulations de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 instituant le régime AGIRC-ARRCO de retraite complémentaire et de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres, étendus par arrêtés du 24 avril et du 27 juillet 2018.
(Arrêté du 21 mai 2025 - art. 1)

Article 4 Affiliation

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent couvrir les salariés bénéficiaires visés à l'article 2 et proposer l'ensemble des garanties visées à l'article 4 auprès de l'organisme assureur recommandé ou l'organisme assureur de leur choix.

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

Dispenses d'affiliation

Par exception aux dispositions de l'article 2 du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion au dispositif frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

(Cf. le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire tel qu'il a été modifié en dernier lieu par le décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014, la circulaire n° DSS. SD5B. 2013.344 du 25 septembre 2013 relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire, la lettre circulaire Questions/ Réponses de l'ACOSS du 4 février 2014 et la lettre circulaire ACOSS du 12 août 2015.)

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

complémentaire de leurs agents ;
-, contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » ;
-, régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
-, caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

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

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

Article 4 bis Dispositif versement santé

Dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi n° 2013-504 du 14 juin 2013 généralisant la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé au plus tard au 1er janvier 2016, et du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, les partenaires sociaux décident de mettre en place le dispositif versement santé pour les salariés titulaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires et pour ceux titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, dans les conditions définies ci-après.

Objet

Le dispositif versement santé permet à l'employeur de remplir son obligation de couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée hebdomadaire inférieure à 15 heures, d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Bénéficiaires

Ce dispositif s'applique exclusivement aux salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois ou d'un contrat à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires.

Conditions

Pour bénéficier du versement santé les salariés doivent justifier auprès de leur employeur du bénéfice d'une couverture individuelle par un contrat de complémentaire santé responsable tel que défini à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et portant sur la période concernée.

Le salarié doit fournir à l'employeur un justificatif (attestation de l'organisme assureur, déclaration sur l'honneur …)

Le salarié ne peut pas cumuler le versement santé avec l'un des dispositifs suivants :
- la couverture maladie universelle, complémentaire (CMU-C) ;
- l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé (ACS) ;
- une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit ;
- ou une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Modalités

Lors de la conclusion du contrat de travail à temps partiel, à durée déterminée ou du contrat de mission, le salarié doit être informé par l'employeur :
- de l'existence du dispositif versement santé ;
- des justificatifs à fournir et du délai de présentation à l'employeur.

Lors de la conclusion du contrat de travail, le salarié doit remettre à l'employeur l'attestation de l'adhésion à une complémentaire santé responsable.

À défaut d'attestation d'adhésion, le salarié doit remettre à l'employeur une copie de l'attestation de la carte de tiers payant santé (ou similaire) et s'engager à transmettre sous 21 jours (ou dans la limite de la date de fin du contrat de travail pour les contrats plus courts) l'attestation de l'assureur de l'adhésion à une complémentaire santé.

Le salarié ne justifiant pas du bénéfice d'un contrat responsable ne pourra pas prétendre au versement santé et ne sera pas couvert au titre de la couverture collective obligatoire.

Calcul du versement santé

Lorsque les conditions du bénéfice du dispositif du versement santé sont remplies, l'employeur doit verser mensuellement au salarié une participation patronale visant à l'aider à financer sa complémentaire santé individuelle, le

temps de la durée du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission.

Cette participation patronale correspond à un montant mensuel équivalant à la contribution patronale de la couverture collective et obligatoire de frais de santé majorée de 25 %. En tout état de cause, en application de l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale, le montant de référence ne peut être inférieur à 15 €.

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures travaillées au cours du mois.

La participation patronale est exonérée de cotisations sociales dans les limites prévues par le code de la sécurité sociale mais entre dans l'assiette CSG-CRDS.

Article 5 Règlement des prestations et tiers payant

L'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) procède au versement des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature ou, le plus souvent, grâce à la télétransmission établie avec les caisses de la MSA, 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.

(ancien article 8)

Article 6 Maintien des garanties

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

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 lie à l'entreprise adhérente.

En outre, les salariés cessant leur activité ont la possibilité de demander auprès de l'organisme assureur le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve qu'ils en fassent la demande au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture de leur 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 9.2 ci-après ou le décès du participant.

Dans ce cadre, l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) procédera à la collecte de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés.

La cotisation des anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'une allocation de préretraite ne pourra dépasser de plus de 50 % la cotisation des actifs.

Les salariés visés sont ceux prévus à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin), à savoir :
- les anciens salariés préretraités et retraités ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiant d'un revenu de remplacement ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente incapacité ou invalidité ;
- les ayants droit qui étaient garantis par l'intermédiaire d'un salarié décédé.

6.2 Portabilité

Les salariés peuvent bénéficier, à leur demande, 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.

(ancien article 9)

Article 7 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 du 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

Les garanties prévues par le contrat sont maintenues au participant pendant la période de suspension de son contrat de travail, ainsi qu'à ses ayants droit inscrits au contrat lorsque :
- le participant est indemnisé au titre de l'incapacité temporaire et permanente de travail pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base des assurances sociales.
Dans cette situation, l'employeur et le participant sont exonérés du versement des cotisations pour tout mois civil entier d'arrêt de travail et tant que le participant ne reprend pas une activité ;
- le participant bénéficie d'un revenu de remplacement versé par son employeur notamment, en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée ou en cas de congé de reclassement ou de congé de mobilité.
Dans ces situations, le versement des cotisations santé doit être effectué par l'employeur et le participant pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Si la suspension est inférieure à un mois, la cotisation forfaitaire est due intégralement.

(ancien article 10)

Article 8 Dénonciation

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

(ancien article 11)

Article 9 Haut degré de solidarité

Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, une quote-part de 1 % des cotisations frais de santé (hors taxes) est affectée au financement de prestations revêtant un *degré élevé de solidarité* (1). Ce financement alimente un fonds de solidarité faisant l'objet d'une comptabilité spécifique et dont les modalités de fonctionnement sont définies au sein d'un règlement spécifique.

La commission paritaire décide annuellement des actions de solidarité qu'elle définit comme prioritaires au niveau de l'accord collectif départemental.

(1) Les termes « haut degré de solidarité » et « degré élevé de solidarité » sont exclus de l'extension en tant qu'ils contreviennent aux dispositions de l'article R. 912-1 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 4 septembre 2024 - art. 1)

(ancien article 12)

Annexes

Annexe I

Annexe I
Garanties complémentaires de base

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

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

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

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

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

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

(*Tableau non reproduit* (1), consultables en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 99 à 101**.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20260029_0000_0019.pdf/BOCC

(1) Le tableau de garanties est étendu sous réserve du cahier des charges des contrats responsables prévu à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, en ce qui concerne la prise en charge de certaines prothèses capillaires et de certains véhicules pour personnes en situation de handicap mentionnés à l'article L. 165-3 du même code.
(Arrêté du 4 août 2026 - art. 1)

Annexe II

Annexe II
Garanties complémentaires de base + garanties optionnelles

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

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

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

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

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

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, sauf exceptions prévues par la

réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au présent tableau de garanties.

(*Tableau non reproduit* (1), consultables en ligne sur le site Légifrance, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives, **pages 102 à 104**.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20260029_0000_0019.pdf/BOCC

(1) Le tableau de garanties est étendu sous réserve du cahier des charges des contrats responsables prévu à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, en ce qui concerne la prise en charge de certaines prothèses capillaires et de certains véhicules pour personnes en situation de handicap mentionnés à l'article L. 165-3 du même code.
(Arrêté du 4 août 2026 - art. 1)

Annexe III

Annexe III
Mise en concurrence

Compte tenu du nouveau cadre légal relatif aux clauses de recommandation, les organisations syndicales et patronales représentatives au plan départemental ont lancé, le 12 mai 2014, une procédure de mise en concurrence transparente afin de maintenir le régime frais de santé des salariés non cadres non affiliés à l'AGIRC des exploitations et entreprises agricoles, des entreprises de travaux agricoles et ruraux et des coopératives d'utilisation de matériel agricole du Gers créé par l'accord du 17 septembre 2009.

Ainsi, sur la base d'un cahier des charges définissant les conditions tant de recevabilité d'éligibilité que de planification des étapes, quatre organismes assureurs ont répondu à ce dernier.

Le 1er juillet 2014 s'est tenue une réunion d'ouverture des plis et de recevabilité des offres à l'issue de laquelle des précisions complémentaires techniques ont été demandées.

Le 22 juillet 2014, en application des critères et du système de notation y afférent, le comité paritaire ad hoc créé dans le cadre de cette procédure a recommandé Agri-Prévoyance à l'unanimité pour assurer la gestion du régime frais de santé précité.

Avenant n° 1 du 12 novembre 2013 à l'accord du 17 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Gers)

12 novembre 2013, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er avril 2014 Légifrance PDF officiel du BO n°2014-5

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 les organisations syndicales de salariés ont décidé de mettre en conformité la catégorie objective assurée, 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 Champ d'application

L'article 1er est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 1er
Champ d'application

Champ d'application professionnel

Le présent accord s'applique sur le département du Gers aux salariés agricoles, non affiliés à l'AGIRC et justifiant d'une ancienneté continue minimale de 3 mois, et aux employeurs des exploitations agricoles proprement dites, des exploitations de cultures spécialisées (viticulture, cultures maraîchères, cultures fruitières), des entreprises de battage, de moissonnage-battage, de motoculture, des entreprises de travaux agricoles et ruraux, des coopératives de culture en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole.

Champ d'application territorial

Le présent accord s'applique aux salariés et employeurs précités dont le siège de l'exploitation se situe dans le

département du Gers. »

Article 2 Salariés bénéficiaires et affiliation

Salariés bénéficiaires

L'article 3 « Salariés bénéficiaires » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 3
Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié ayant 3 mois d'ancienneté continue 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. »

Il est précisé qu'aux termes du présent avenant les dispositions du 1er alinéa du paragraphe « Garanties à adhésion individuelle et facultative », « Salariés non cadres ayant moins de 3 mois d'ancienneté » de l'article 5 s'appliquent donc aux salariés non affiliés à l'AGIRC et ayant moins de 3 mois d'ancienneté continue.

Dispenses d'affiliation

L'article 4 « Affiliation » est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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 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.

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 à temps partiel et les apprentis 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 ;
- 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 la diminution du niveau de prestations à un niveau inférieur à celles fixées 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 ses employeurs cotisent 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 3 mois d'ancienneté.

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 3 Cotisations

Le 1 « Taux et répartition » de l'article 7 « Cotisations » est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1. Taux et répartition

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

maritime et, à ce titre, les cotisations patronales sont exonérées.

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 en 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 1,27 % du PMSS.

Elle est répartie comme suit :
- 15 % à la charge de l'employeur, dans la limite de 5 € par mois ;
- 85 % à la charge du salarié.

Garanties facultatives

Le salarié pourra affilier, facultativement, ses ayants droit selon les options suivantes :
- faire garantir dans les conditions prévues à l'article 5 le remboursement des frais de santé engagés par le salarié ayant moins de 3 mois d'ancienneté continus dans l'entreprise moyennant un taux de cotisation spécifique de 1,27 % du PMSS ;
- faire garantir dans les conditions prévues à l'article 5 le remboursement des frais de santé engagés par les membres de sa famille (conjoint et enfant (s) à charge) moyennant un taux de cotisation spécifique de 2,29 % du PMSS ;
- faire garantir dans les conditions prévues à l'article 5 le remboursement des frais de santé complémentaires engagés par lui-même ou par lui-même et les membres de sa famille moyennant un taux de cotisation spécifique de :
-, 1,49 % du PMSS pour le salarié bénéficiaire seul ;
-, 2,76 % du PMSS pour le salarié et sa famille.

Ces cotisations sont à la charge exclusive du salarié. L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur désigné à l'article 6.

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 4 Portabilité

L'intitulé de l'article 9 « Cessation des garanties » est remplacé par l'intitulé : « Maintien des garanties ».

Est ajouté un paragraphe 9.1 intitulé : « Maintien des garanties au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé ».

Les dispositions de l'article 9 sont transférées au 9.1 et demeurent inchangées, sauf le 2e alinéa qui est modifié comme suit :
« En outre, les salariés cessant leur activité ont la possibilité de demander auprès de l'organisme assureur le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve qu'ils en fassent la demande au plus tard 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 au 9.2 ci-après ou le décès du participant. »

Il est inséré un paragraphe 9.2 rédigé comme suit :

« 2. 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 de 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 lesquelles les prestations sont dues. »

Article 5 Suspension du contrat de travail

L'article 10 « Suspension du contrat de travail » est remplacé par les dispositions suivantes.

« Article 10
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 6 Annexes

Les annexes I et II présentant les garanties complémentaires santé sont actualisées et jointes au présent avenant.

Article 7 Entrée en vigueur

Le présent avenant 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 Dépôt et extension

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

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

Annexes

Annexe I
Tableau des garanties complémentaires frais de santé de base

Désignation des actes	Total remboursement MSA + CRIA
Frais médicaux	
Consultations, visites de médecin ou spécialiste	200 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massage, pédicure, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	100 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	100 % de la BR
Participation forfaitaire sur les actes médicaux lourds	Prise en charge
Cures thermales prises en charge par le régime de base	100 % de la BR
Vaccins prescrits	40 € par an et par famille
Actes de prévention responsables	100 % de la BR
Pharmacie	
Pharmacie prise en charge par le régime de base	100 % de la BR
Frais d'optique	
Verres, montures, lentilles, pris en charge par le régime de base	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €
Frais dentaires	
Soins et honoraires	100 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base	210 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €
Parodontologie	100 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par le régime de base (enfants de moins de 16 ans)	250 % de la BR
Appareillage	
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	300 % de la BR
Prothèses auditives	455 % de la BR + forfait annuel égal à 200 €
Hospitalisation (hors maternité, séjour en maison de repos, frais de placement en long séjour ou en cure médicale), y compris psychiatrie (secteur conventionné ou non)	
Frais de soins et séjour	100 % de la BR
Dépassements d'honoraires	480 à 500 % de la BR
Chambre particulière	52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour
Séjour accompagnant	52 € par jour dans la limite de 30 jours
Participation forfaitaire sur les actes lourds	Prise en charge
Forfait hospitalier	100 % des frais réels
Forfaits	
Maternité :	
- frais de soins et séjour	300 % de la BR
- dépassements d'honoraires et chambre particulière	Crédit de 1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité
Frais de transport pris en charge par le régime de base	100 % de la BR

Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale (SS). BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou SS). PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale au 1er janvier de l'année.

Actes de prévention :

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, l'institution a choisi de prendre en charge les actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale figurant sur la liste prévue à cet effet par l'arrêté du 8 juin 2006.

Annexe II

Tableau des garanties complémentaires frais de santé optionnelles

Désignation des actes	**Total remboursement MSA + CRIA**
Frais médicaux	
Consultations, visites de médecin ou spécialiste	300 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massage, pédicure, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	100 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	100 % de la BR
Participation forfaitaire sur les actes médicaux lourds	Prise en charge
Cures thermales prises en charge par le régime de base	100 % de la BR
Ostéopathie	Forfait égal à 22 € par séance dans la limite de 4 séances par an et par famille
Vaccins prescrits	40 € par an et par famille
Actes de prévention responsables	100 % de la BR
Pharmacie	
Pharmacie prise en charge par le régime de base	100 % de la BR
Pharmacie prescrite non prise en charge par le régime de base	40 € par an et par famille
Frais d'optique	
Verres, montures, lentilles, pris en charge par le régime de base	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 475 €
Frais dentaires	
Soins et honoraires	100 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base	210 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 475 €
Parodontologie	100 € par an et par bénéficiaire
Implantologie	200 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par le régime de base (enfants de moins de 16 ans)	350 % de la BR
Appareillage	
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	500 % de la BR
Prothèses auditives	455 % de la BR + forfait annuel égal à 350 €
Hospitalisation (hors maternité, séjour en maison de repos, frais de placement en long séjour ou en cure médicale), y compris psychiatrie (secteur conventionné ou non)	
Frais de soins et séjour	100 % de la BR
Dépassements d'honoraires	480 à 500 % de la BR
Chambre particulière	52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour
Séjour accompagnant	52 € par jour dans la limite de 30 jours

Participation forfaitaire sur les actes lourds	Prise en charge
Forfait hospitalier	100 % des frais réels
Forfaits	
Maternité :	
- frais de soins et séjour	300 % de la BR
- dépassements d'honoraires et chambre particulière	Crédit de 1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité
Frais de transport pris en charge par le régime de base	100 % de la BR
Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale (SS). BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou SS). PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale au 1er janvier de l'année.	

Actes de prévention :

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, l'institution a choisi de prendre en charge les actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale figurant sur la liste prévue à cet effet par l'arrêté du 8 juin 2006.

Avenant n° 2 du 24 février 2015 à l'accord du 17 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Gers)

24 février 2015, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2015 Légifrance PDF officiel du BO n°2015-18

Article 1er Objet

Le présent avenant modifie l'ensemble des dispositions de l'accord départemental du 17 septembre 2009 relatif à l'assurance complémentaire frais de santé des salariés agricoles non cadres du Gers ainsi qu'il suit :

« Préambule

Afin de respecter les dispositions légales et conventionnelles et de recommander un nouvel organisme assureur, les organisations syndicales salariales et patronales ont réalisé une procédure de mise en concurrence transparente, dont les éléments figurent pour information en annexe III au présent accord, dans sa rédaction issue de l'avenant n° 2 du 24 février 2015.

Article 1er
Champ d'application

Champ d'application professionnel

Le présent accord s'applique, sur le département du Gers :
- aux salariés agricoles relevant du présent accord, non affiliés à l'AGIRC et justifiant d'une ancienneté continue minimale de 4 mois ;
- et aux employeurs des exploitations agricoles proprement dites, des exploitations de cultures spécialisées (viticulture, cultures maraîchères, cultures fruitières), des entreprises de battage, de moissonnage-battage, de motoculture, des entreprises de travaux agricoles et ruraux, des coopératives de culture en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole.

Champ d'application territorial

Le présent accord s'applique aux salariés et aux employeurs visés précités dont le siège de l'exploitation se situe dans le département du Gers.

Article 2
Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié non cadre non affilié à l'AGIRC ayant 4 mois d'ancienneté continue et plus dans l'entreprise relevant de son champ d'application.

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

Article 3
Affiliation

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent couvrir les salariés bénéficiaires visés à l'article 2 et proposer l'ensemble des garanties visées à l'article 4 auprès de l'organisme assureur recommandé ou l'organisme assureur de leur choix.

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

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 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 être affilié au régime mis en place par le présent 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 la 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 ses employeurs cotisent auprès d'un seul organisme assureur. 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.

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
Garanties

A., Régime obligatoire

Ce régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le salarié bénéficiaire défini à l'article 2, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime social de base, dans la limite des frais réels. La nature et le montant de ces prestations sont présentés dans le tableau de l'annexe I au présent accord.

Il ne couvre à titre obligatoire que le salarié seul.

Il s'inscrit dans le cadre du dispositif légal relatif aux contrats dits"responsables"défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application.

En conséquence :
- sont prises en charge les prestations de prévention figurant dans l'arrêté du 8 juin 2006 pris en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ;
- le présent régime ne rembourse ni les pénalités mises à la charge de l'assuré, notamment en cas de non-respect du parcours de soins, ni la participation forfaitaire et la franchise respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

En tout état de cause, les garanties du présent régime seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits"responsables", dans les délais prévus dans les textes.

B., Garanties à adhésion individuelle et facultative

Salariés non cadres non affiliés à l'AGIRC ayant moins de 4 mois d'ancienneté

Les salariés non cadres non affiliés à l'AGIRC 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 au paragraphe A de l'article 7.

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

Extension famille

De manière facultative, le salarié pourra demander le bénéfice de l'extension des garanties pour son conjoint, concubin ou cocontractant d'un Pacs et ses enfants moyennant le paiement d'une cotisation définie au paragraphe B de 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 ou son délégataire de gestion procédera à la collecte de la cotisation.

Garanties optionnelles

Les salariés pourront souscrire des prestations optionnelles additionnelles aux prestations obligatoires. Ces prestations supplémentaires sont définies dans l'annexe II. Le surplus de cotisation correspondant à ces prestations supplémentaires sera à la charge du salarié.

L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) choisi par l'entreprise.

Article 5
Organisme assureur recommandé

1. Recommandation

Pour assurer la gestion de leur régime complémentaire obligatoire frais de santé et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires conviennent de recommander l'organisme suivant :

Agri-Prévoyance, 21, rue de la Bienfaisance, 75382 Paris Cedex 08,
institution de prévoyance régie par le code rural et de la pêche maritime

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans la convention conclue entre l'organisme recommandé et les partenaires sociaux signataires.

Les modalités d'organisation de la mutualisation du régime seront régulièrement réexaminées par les partenaires sociaux.

Cette recommandation est établie après avoir satisfait aux dispositions fixées à l'alinéa 1 du II de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, modifié par la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013.

La recommandation a été faite pour permettre une meilleure mutualisation et permettre aux salariés concernés de bénéficier des actions de solidarité de l'assureur recommandé.

Les organisations syndicales salariales et patronales s'engagent à respecter les dispositions réglementaires en la matière, et notamment en termes de financement.

L'organisme recommandé ne peut refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application du présent accord. Il est tenu d'appliquer le tarif unique dans les conditions et modalités fixées à l'article 7 du présent accord en offrant les garanties fixées dans le présent texte.

2. Réexamen du régime et du choix de l'organisme assureur recommandé

Les conditions et les modalités de la mutualisation des risques ainsi que le choix de l'organisme assureur recommandé sont réexaminés par les signataires du présent accord selon une périodicité qui ne peut excéder 5 ans, conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Article 6
Convention de gestion spécifique

Les modalités de mise en œuvre pratique des garanties prévues par le présent accord font l'objet d'une convention de gestion distincte entre l'organisme recommandé 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 assureur recommandé, afin notamment :

- de faire le point des entreprises et des salariés relevant du présent accord ;
- de dresser un bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime 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 7
Cotisations

7.1. Taux 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 de l'avenant n° 2 du 24 février 2015 au présent accord. Les cotisations pourront être revues annuellement lors de la présentation des comptes du régime.

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

A., 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 1,07 % du PMSS.

La cotisation obligatoire est répartie comme suit :
- 15 % à la charge de l'employeur, dans la limite d'un montant de 5,50 € par mois ;
- 85 % à la charge du salarié.

B., Garanties facultatives

1. Adhésion d'un salarié ayant 4 mois d'ancienneté ou plus

Extension famille

+ 1,94 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Garanties optionnelles prévues à l'annexe II

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles correspondant à l'annexe II, il devra acquitter en totalité, selon le cas, l'une des cotisations supplémentaires suivantes, soit :
+ 0,17 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le salarié ;
ou
+ 0,44 % du plafond mensuel de la sécurité sociale si les garanties concernent la famille.

2. Adhésion d'un salarié ayant moins de 4 mois d'ancienneté

1,22 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Extension famille

+ 1,79 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Garanties optionnelles prévues à l'annexe II

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles correspondant à l'annexe II, il devra acquitter en totalité, selon le cas, l'une des cotisations supplémentaires suivantes, soit :
+ 0,20 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le salarié ;
ou
+ 0,44 % du plafond mensuel de la sécurité sociale si les garanties concernent la famille.

Les cotisations des garanties facultatives sont à la charge exclusive du salarié. L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) choisi par l'entreprise.

7.2. 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 8
Règlement des prestations et tiers payant

L'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) procède au versement des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature ou, le plus souvent, grâce à la télétransmission établie avec les caisses de la MSA, 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.

Article 9
Maintien des garanties

Article 9.1
Maintien des garanties au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé

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 lie à l'entreprise adhérente.

En outre, les salariés cessant leur activité ont la possibilité de demander auprès de l'organisme assureur le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve qu'ils en fassent la demande au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture de leur 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 9.2 ci-après ou le décès du participant.

Dans ce cadre, l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) procédera à la collecte de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés.

La cotisation des anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'une allocation de préretraite ne pourra dépasser de plus de 50 % la cotisation des actifs.

Les salariés visés sont ceux prévus à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin), à savoir :
- les anciens salariés préretraités et retraités ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiant d'un revenu de remplacement ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente incapacité ou invalidité ;
- les ayants droit qui étaient garantis par l'intermédiaire d'un salarié décédé.

Article 9.2
Portabilité

Les salariés peuvent bénéficier, à leur demande, 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 10
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 du 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 11
Dénonciation

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

Annexe I
Garanties complémentaires de base

Nature des risques	**Remboursement régime de base en pourcentage de la base de remboursement du régime de base**	**Remboursement complémentaire en pourcentage de la base de remboursement du régime de base**	**Remboursement total, régime de base plus régime complémentaire, en pourcentage de la base de remboursement du régime de base**
Frais médicaux			
Consultations, visites médecin ou spécialiste	70 % de la BR	130 % de la BR	200 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicure, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Participation forfaitaire sur les actes lourds (18 €)		100 % des frais réels	100 % des frais réels
Cures thermales acceptées	65 % de la BR	35 % de la BR	100 % de la BR
Vaccins prescrits		40 € par an et par famille	40 € par an et par famille
Actes de prévention responsables : deux prévus par l'arrêté du 8 juin 2006	De 35 % à 70 % de la BR	De 30 % à 65 % de la BR sur la totalité des actes prévus dans l'arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR sur la totalité des actes prévus dans l'arrêté du 8 juin 2006
Pharmacie			

Pharmacie prise en charge	De 15 % à 65 % de la BR	TM	100 % de la BR
Frais d'optique			
Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée par le régime de base	60 % de la BR	395 % de la BR + forfait de 350 € par an et par bénéficiaire	455 % de la BR + forfait de 350 € par année civile et par bénéficiaire
Frais dentaires			
Prothèses dentaires acceptées par le régime de base	70 % de la BR	140 % de la BR + forfait de 350 € par an et par bénéficiaire	210 % de la BR + forfait de 350 € par année civile et par bénéficiaire
Soins et honoraires	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Parodontologie		100 € par an et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie acceptée (enfants de moins de 16 ans)	100 % de la BR	150 % de la BR	250 % de la BR
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	De 60 % à 100 % de la BR	De 200 % à 240 % de la BR	300 % de la BR
Prothèses auditives	60 % de la BR	395 % de la BR + 200 € par an	455 % de la BR + 200 € par an
Hospitalisation et psychiatrie (secteur conventionné ou non)			
Frais de séjour	De 80 % à 100 % de la BR	De 0 à 20 % de la BR	100 % de la BR
Honoraires	De 80 % à 100 % de la BR	De 400 % à 420 % de la BR	De 480 % à 500 % de la BR
Chambre particulière		52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour	52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour
Séjour accompagnant		52 € par jour pendant 30 jours	52 € par jour pendant 30 jours
Forfait journalier hospitalier		100 % des frais réels	100 % des frais réels
Maternité (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	100 % de la BR	200 % de la BR	300 % de la BR
Dépassement d'honoraires et chambre particulière		52 € par jour	52 € par jour
Transport	65 % de la BR	35 % de la BR	100 % de la BR
Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale (SS). BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou SS). PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale au 1er janvier de l'année.			

Actes de prévention :

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, l'institution a choisi de prendre en charge les actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale figurant sur la liste prévue à cet effet par l'arrêté du 8 juin 2006.

Annexe II
Garanties complémentaires de base + garanties optionnelles

Nature des risques	Remboursement régime de base en pourcentage de la base de remboursement du régime de base	Remboursement complémentaire en pourcentage de la base de remboursement du régime de base	Remboursement total, régime de base plus régime complémentaire, en pourcentage de la base de remboursement du régime de base
Frais médicaux			
Consultations, visites médecin ou spécialiste	70 % de la BR	230 % de la BR	300 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicure, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Participation forfaitaire sur les actes lourds (18 €)		100 % des frais réels	100 % des frais réels
Cures thermales acceptées	65 % de la BR	35 % de la BR	100 % de la BR
Ostéopathie		22 € × 4, par an et par famille	22 € × 4, par an et par famille
Vaccins prescrits		40 € par an et par famille	40 € par an et par famille
Actes de prévention responsables : deux prévus par l'arrêté du 8 juin 2006	De 35 % à 70 % de la BR	De 30 % à 65 % de la BR sur la totalité des actes prévus dans l'arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR sur la totalité des actes prévus dans l'arrêté du 8 juin 2006
Pharmacie			
Pharmacie prise en charge	De 15 % à 65 % de la BR	TM	100 % de la BR
Pharmacie - vignette bleue - vignette blanche - vignette orange	65 % de la BR 30 % de la BR 15 % de la BR	35 % BR 70 % BR 85 % de la BR	100 % de la BR 100 % de la BR 100 % de la BR
Frais d'optique			
Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée par le régime de base	60 % de la BR	395 % de la BR + forfait de 475 € par an et par bénéficiaire	455 % de la BR + forfait de 475 € par année civile et par bénéficiaire
Frais dentaires			
Prothèses dentaires acceptées par le régime de base	70 % de la BR	140 % de la BR + forfait de 475 € par an et par bénéficiaire	210 % de la BR + forfait de 475 € par année civile et par bénéficiaire
Soins et honoraires	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Implantologie		200 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire
Parodontologie		100 € par an et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie acceptée (enfants de moins de 16 ans)	100 % de la BR	250 % de la BR	350 % de la BR
Appareillage et divers			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	De 60 % à 100 % de la BR	De 400 % à 440 % de la BR	500 % de la BR

Pharmacie sur prescription non remboursée		40 € par an et par famille	40 € par an et par famille
Prothèses auditives	60 % de la BR	395 % de la BR + 350 € par an	455 % de la BR + 350 € par an
Hospitalisation et psychiatrie (secteur conventionné ou non)			
Frais de séjour	De 80 % à 100 % de la BR	De 0 à 20 % de la BR	100 % de la BR
Honoraires	De 80 % à 100 % de la BR	De 400 % à 420 % de la BR	De 480 % à 500 % de la BR
Chambre particulière		52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour	52 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour
Séjour accompagnant		52 € par jour pendant 30 jours	52 € par jour pendant 30 jours
Forfait journalier hospitalier		100 % des frais réels	100 % des frais réels
Maternité (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	100 % de la BR	200 % de la BR	300 % de la BR
Dépassement d'honoraires et chambre particulière		52 € par jour	52 € par jour
Transport	65 % de la BR	35 % de la BR	100 % de la BR
Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale (SS). BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou SS). PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale au 1er janvier de l'année.			

Actes de prévention :

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, l'institution a choisi de prendre en charge les actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale figurant sur la liste prévue à cet effet par l'arrêté du 8 juin 2006.

Annexe III
Mise en concurrence

Compte tenu du nouveau cadre légal relatif aux clauses de recommandation, les organisations syndicales et patronales représentatives au plan départemental ont lancé, le 12 mai 2014, une procédure de mise en concurrence transparente afin de maintenir le régime frais de santé des salariés non cadres non affiliés à l'AGIRC des exploitations et entreprises agricoles, des entreprises de travaux agricoles et ruraux et des coopératives d'utilisation de matériel agricole du Gers créé par l'accord du 17 septembre 2009.

Ainsi, sur la base d'un cahier des charges définissant les conditions tant de recevabilité d'éligibilité que de planification des étapes, quatre organismes assureurs ont répondu à ce dernier.

Le 1er juillet 2014 s'est tenue une réunion d'ouverture des plis et de recevabilité des offres à l'issue de laquelle des précisions complémentaires techniques ont été demandées.

Le 22 juillet 2014, en application des critères et du système de notation y afférent, le comité paritaire ad hoc créé dans le cadre de cette procédure a recommandé Agri-Prévoyance à l'unanimité pour assurer la gestion du régime frais de santé précité. »

Article 2 Entrée en vigueur., Durée

Le présent avenant entrera en vigueur pour l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application à compter du 1er janvier 2015.

Les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu de l'accord départemental du 17 septembre 2009 si les circonstances en démontrent l'utilité.

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

Article 3 Formalités administratives

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

Avenant n° 3 du 30 septembre 2015 à l'accord du 17 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Gers)

30 septembre 2015, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2016 Légifrance PDF officiel du BO n°2015-44

Article 1er Objet

Pour se mettre en conformité avec le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, il a été procédé à l'aménagement des tableaux des garanties conformément aux dispositions réglementaires, respectant ainsi l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables et aux obligations résultant de l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015 à l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance.

Le présent avenant intègre ces dispositions dans les tableaux frais de santé ainsi que leur impact sur les taux de cotisations.

Article 2 Salariés bénéficiaires

L'article 2 « Salariés bénéficiaires » est modifié comme suit :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié non cadre non affilié à l'AGIRC ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord.

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

(1) Article étendu sous réserve des dispositions de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 22 décembre 2015 - art. 1)

Article 3 Affiliation

Le paragraphe « Dispenses d'affiliation » de l'article 3 « Affiliation » est modifié comme suit :

« Dispenses d'affiliation

Par exception aux dispositions de l'article 2 du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion au dispositif frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

(Cf. le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire tel qu'il a été modifié en dernier lieu par le décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014, la circulaire n° DSS. SD5B. 2013.344 du 25 septembre 2013 relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire, la lettre circulaire Questions/ Réponses de l'ACOSS du 4 février 2014 et la lettre circulaire ACOSS du 12 août 2015.)

Cette possibilité de dispense d'adhésion concernera les salariés qui relèvent de l'une des situations définies ci-après et qui en font la demande expresse écrite auprès de l'employeur en apportant, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;

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

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

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

Article 4 Cotisations

Le paragraphe 7.1 « Taux et répartition » de l'article 7 « Cotisations » 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 de l'avenant n° 3 du 30 septembre 2015 au présent accord. Les cotisations pourront être revues annuellement lors de la présentation des comptes du régime.

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

A., 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 1,07 % du PMSS.

La cotisation obligatoire est répartie à raison de :
- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié.

B., Garanties facultatives

1. Adhésion d'un salarié ayant 3 mois d'ancienneté ou plus

Extension famille

+ 1,91 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Garanties optionnelles prévues à l'annexe II

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles correspondant à l'annexe II, il devra acquitter en totalité, selon le cas, l'une des cotisations supplémentaires suivantes, soit :

+ 0,16 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le salarié ;
ou

+ 0,44 % du plafond mensuel de la sécurité sociale si les garanties concernent la famille.

2. Adhésion d'un salarié ayant moins de 3 mois d'ancienneté

1,22 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Extension famille

+ 1,76 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Garanties optionnelles prévues à l'annexe II

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles correspondant à l'annexe II, il devra acquitter en totalité, selon le cas, l'une des cotisations supplémentaires suivantes, soit :
+ 0,19 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le salarié ;
ou
+ 0,44 % du plafond mensuel de la sécurité sociale si les garanties concernent la famille.

Les cotisations des garanties facultatives sont à la charge exclusive du salarié. L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) choisi par l'entreprise. »

Article 5 Tableaux des garanties

Les annexes I et II sont remplacées par les suivantes :

« Annexe I
Garantie complémentaire de base frais de santé

Niveau 1 base	Remboursement sécurité sociale	Remboursement garanties de base (hors sécurité sociale)	Remboursement total
Frais médicaux			
Honoraires praticiens : généralistes, spécialistes, sages-femmes	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	-	100 % BR	100 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y compris non conventionné (1)	-	80 % BR	80 % BR
Analyses et examens de laboratoire	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Radiologie, imagerie, électroradiographie et ostéodensitométrie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention (3)	De 35 % à 70 % BR	De 65 % à 30 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Pharmacie			
Médicaments à service médical rendu “ majeur ou important ”	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu “ modéré ”	30 % BR	70 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu “ faible ”	15 % BR	85 % BR	100 % BR
Vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale	-	40 € par an et par bénéficiaire	40 € par an et par bénéficiaire
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60 % ou 100 % BR	200 % ou 240 % BR	300 % BR
Prothèses auditives remboursées par la sécurité sociale	60 % BR	395 % BR plus 200 € par an	455 % BR plus 200 € par an

Hospitalisation (conventionnée ou non, y compris psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80 % ou 100 % BR	20 % ou 0 % BR	100 % BR
Honoraires	80 % ou 100 % BR	20 % ou 0 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	-	400 % BR	400 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés (1)	-	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier (2)	-	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	-	52 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour	52 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour
Frais de lit d'accompagnement (enfant, 16 ans) (limité à 30 jours par an)	-	52 € par jour	52 € par jour
Maternité (conventionnée ou non)			
Frais de soins et de séjour	100 % BR	-	100 % BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	-	200 % BR	200 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés (1)	-	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière	-	52 € par jour	52 € par jour
Divers			
Cures thermales : frais balnéaires remboursés par la sécurité sociale (honoraires médicaux, transport, hébergement, surveillance)	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Transports remboursés par la sécurité sociale	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait actes lourds (4)	-	100 % FR	100 % FR
Optique			
Equipement verres + monture (5)		Plafond maximum de monture 150 €	Plafond maximum de monture 150 €
Equipement monture + 2 verres simples (6)	60 % BR	370 €	60 % + 370 €
Equipement monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou 1 verre très complexe (6)	60 % BR	510 €	60 % + 510 €
Equipement monture + 2 verres complexes ou 2 verres très complexes, ou 1 verre complexe et 1 verre très complexe (6)	60 % BR	650 €	60 % + 650 €
Lentilles remboursées par le régime de base (par an)	60 % BR	395 % BR + 350 €	455 % BR + 350 €
Dentaire			
Soins dentaires	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale (hors couronne implanto-portée ; hors inlays cores et inlays/ onlays)	70 % BR	140 % BR plus 350 € par an et par bénéficiaire	210 % BR plus 350 € par an et par bénéficiaire
Actes inlays, onlays	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Couronne implanto-portée	70 % BR	55 % BR	125 % BR
Parodontologie (7)	-	100 € par an et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	70 % ou 100 % BR	150 % BR	220 % BR ou 250 % BR

(1) Pour le secteur non conventionné, remboursement sur la base du tarif d'autorité.
(2) A l'exclusion des établissements médico-sociaux.
(3) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information à la date du 18 novembre 2014) :
- détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ;
- ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ;
- scellement des sillons avant 14 ans ;
- dépistage hépatite B ;
- bilan du langage avant 14 ans ;
- dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ;
- vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).
(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est donc dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur à 60).
(5) La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue.
(6) Verres simples : sphère comprise entre, 6 + 6 dioptries ou/ et cylindre < = 4 dioptries.
Verres complexes :
- verres simple foyer sphère hors zone >, 6 ou + 6 dioptries ou cylindre > + 4 dioptries ;
- verres multifocaux ;
- verres progressifs.
Verres très complexes :
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries.
(7) Pour les garanties non remboursées par le régime de base, le remboursement complémentaire se limite au forfait en euros.
BR : base de remboursement du régime de base de sécurité sociale.
FR : frais réels.
TM : ticket modérateur : partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement du régime de base de sécurité sociale (hors dépassements d'honoraires). »

« Annexe II

Garanties complémentaires de base + garanties optionnelles

Niveau 2 option	**Remboursement sécurité sociale**	**Remboursement garanties de base (hors sécurité sociale)**	**Remboursement total**
Frais médicaux			
Honoraires praticiens : généralistes, spécialistes, sages-femmes	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	-	200 % BR	200 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés (1)	-	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Radiologie, imagerie, électroradiographie et ostéodensitométrie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention (3)	De 35 % à 70 % BR	De 65 % à 30 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie	-	22 € par an et par bénéficiaire, limité à 4 séances par an	22 € par an et par bénéficiaire, limité à 4 séances par an
Pharmacie			
Médicaments à service médical rendu “ majeur ou important ”	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu “ modéré ”	30 % BR	70 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu “ faible ”	15 % BR	85 % BR	100 % BR
Vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale	-	40 € par an et par bénéficiaire	40 € par an et par bénéficiaire
Médicaments prescrits non remboursés par la sécurité sociale	-	40 € par an et par bénéficiaire	40 € par an et par bénéficiaire

Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60 % ou 100 % BR	400 % ou 440 % BR	500 % BR
Prothèses auditives remboursées par la sécurité sociale	60 % BR	395 % BR + 350 € par an	455 % BR + 350 € par an
Hospitalisation (conventionnée ou non, y compris psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80 % ou 100 % BR	20 % ou 0 % BR	100 % BR
Honoraires	80 % ou 100 % BR	20 % ou 0 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	-	400 % BR	400 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés (1)	-	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier (2)	-	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	-	52 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour	52 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour
Frais de lit d'accompagnement (enfant, 16 ans) (limité à 30 jours par an)	-	52 € par jour	52 € par jour
Maternité (conventionnée ou non)			
Frais de soins et de séjour	100 % BR	-	100 % BR
Dépassements d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins	-	200 % BR	200 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés (1)	-	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière		52 € par jour	52 € par jour
Divers			
Cures thermales : frais balnéaires remboursés par la sécurité sociale (honoraires médicaux, transports, hébergements, surveillance)	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Transports remboursés par la sécurité sociale	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait actes lourds (4)	-	100 % FR	100 % FR

(1) Pour le secteur non conventionné, remboursement sur la base du tarif d'autorité.
(2) A l'exclusion des établissements médico-sociaux.
(3) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information à la date du 18 novembre 2014) :
- détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ;
- ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ;
- scellement des sillons avant 14 ans ;
- dépistage Hépatite B ;
- bilan du langage avant 14 ans ;
- dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ;
- vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).
(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est donc dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur à 60).
(5) La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue.
(6) Verres simples : sphère comprise entre, 6 + 6 dioptries ou/ et cylindre < = 4 dioptries.
Verres complexes :
- verres simple foyer sphère hors zone >, 6 ou + 6 dioptries ou cylindre > + 4 dioptries ;
- verres multifocaux ;
- verres progressifs.
Verres très complexes :
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries.
(7) Pour les garanties non remboursées par le régime de base, le remboursement complémentaire se limite au forfait en euros.
BR : base de remboursement du régime de base de sécurité sociale.
FR : frais réels.
TM : ticket modérateur : partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement du régime de base de sécurité sociale (hors dépassements d'honoraires). »

Article 6 Durée., Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur pour l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application à compter du 1er janvier 2016.

Article 7 Formalités administratives

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

Avenant n° 4 du 31 janvier 2017 à l'accord du 17 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Gers)

31 janvier 2017, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2018 Légifrance PDF officiel du BO n°2017-50

Préambule

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

Comme l'ont fait les partenaires sociaux nationaux dans l'avenant n° 5 du 28 septembre 2016 à l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, les partenaires sociaux du Gers ont donc voulu rendre applicable le régime collectif obligatoire aux salariés bénéficiaires d'un CDI et d'un CDD d'une durée de plus de 3 mois, dès leur premier jour de contrat.

Pour les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure ou égale à 3 mois et ceux bénéficiaires d'un contrat à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires, les partenaires sociaux ont décidé de les faire bénéficier du dispositif versement santé, tel que prévu par la loi (décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016).

Les organisations syndicales et professionnelles agricoles s'engagent à solliciter l'organisme assureur afin qu'il propose

à titre facultatif la couverture santé individuelle aux salariés en contrats de travail de courte durée et aux salariés à temps partiel prévue dans cet accord.

Autres modifications :
- mise à jour des tarifs du fait de la suppression des tarifs en cas de demande d'affiliation avant l'ancienneté précédemment requise ;
- aménagement des tableaux des garanties conformément aux dispositions réglementaires respectant ainsi l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

Article 1er Modifications apportées à l'article 1 « Champ d'application »

Le premier paragraphe « Champ d'application professionnel » est modifié comme suit :

« Le présent accord s'applique sur le département du Gers aux :
Salariés agricoles relevant du présent accord, non affiliés à l'AGIRC.
Et aux employeurs des exploitations agricoles proprement dites, des exploitations de cultures spécialisées (viticulture, cultures maraîchères, cultures fruitières), des entreprises de battage, de moissonnage-battage, de motoculture, des entreprises du territoire, des CUMA. »

Article 2 Modifications apportées à l'article 3 « Salariés bénéficiaires »

L'article 3 est modifié comme suit :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés non cadres, non affiliés à l'AGIRC, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois.

Sont exclus du dispositif frais de santé :
- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Pour ces deux dernières catégories de salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé est assurée par le dispositif versement santé tel que défini à l'article 4 bis créé ci-après. »

Article 3 Modification de l'article 4 « Affiliation »

Le paragraphe relatif aux dispenses d'affiliation est complété comme suit :

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

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

Article 4 Création d'un article 4 bis « Dispositif versement santé »

Il est créé un article 4 bis « Dispositif versement santé » rédigé comme suit :

« Dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi n° 2013-504 du 14 juin 2013 généralisant la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé au plus tard au 1er janvier 2016, et du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, les partenaires sociaux décident de mettre en place le dispositif versement santé pour les salariés titulaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires et pour ceux titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, dans les conditions définies ci-après.

Objet

Le dispositif versement santé permet à l'employeur de remplir son obligation de couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à temps partiel d'une durée hebdomadaire inférieure à 15 heures, d'un contrat de

travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Bénéficiaires

Ce dispositif s'applique exclusivement aux salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois ou d'un contrat à temps partiel d'une durée inférieure à 15 heures hebdomadaires.

Conditions

Pour bénéficier du versement santé les salariés doivent justifier auprès de leur employeur du bénéfice d'une couverture individuelle par un contrat de complémentaire santé responsable tel que défini à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et portant sur la période concernée.

Le salarié doit fournir à l'employeur un justificatif (attestation de l'organisme assureur, déclaration sur l'honneur …)

Le salarié ne peut pas cumuler le versement santé avec l'un des dispositifs suivants :
- la couverture maladie universelle, complémentaire (CMU-C) ;
- l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé (ACS) ;
- une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit ;
- ou une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Modalités

Lors de la conclusion du contrat de travail à temps partiel, à durée déterminée ou du contrat de mission, le salarié doit être informé par l'employeur :
- de l'existence du dispositif versement santé ;
- des justificatifs à fournir et du délai de présentation à l'employeur.

Lors de la conclusion du contrat de travail, le salarié doit remettre à l'employeur l'attestation de l'adhésion à une complémentaire santé responsable.

À défaut d'attestation d'adhésion, le salarié doit remettre à l'employeur une copie de l'attestation de la carte de tiers payant santé (ou similaire) et s'engager à transmettre sous 21 jours (ou dans la limite de la date de fin du contrat de travail pour les contrats plus courts) l'attestation de l'assureur de l'adhésion à une complémentaire santé.

Le salarié ne justifiant pas du bénéfice d'un contrat responsable ne pourra pas prétendre au versement santé et ne sera pas couvert au titre de la couverture collective obligatoire.

Calcul du versement santé

Lorsque les conditions du bénéfice du dispositif du versement santé sont remplies, l'employeur doit verser mensuellement au salarié une participation patronale visant à l'aider à financer sa complémentaire santé individuelle, le temps de la durée du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission.

Cette participation patronale correspond à un montant mensuel équivalant à la contribution patronale de la couverture collective et obligatoire de frais de santé majorée de 25 %. En tout état de cause, en application de l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale, le montant de référence ne peut être inférieur à 15 €.

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures travaillées au cours du mois.

La participation patronale est exonérée de cotisations sociales dans les limites prévues par le code de la sécurité sociale mais entre dans l'assiette CSG-CRDS. »

Article 5 Modification de l'article 7 « Cotisations »

Le paragraphe 1 « Taux et répartition » est inchangé.

La partie « A., Régime obligatoire : cotisation pour le salarié bénéficiaire seul » est inchangée :

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 égale à 1,07 % du PMSS.
La cotisation obligatoire est répartie à raison de :
- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié.

La partie « B., Garanties facultatives » est modifiée ainsi :

« Extension famille :
+ 1,91 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Garanties optionnelles prévues à l'annexe II

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles correspondant à l'annexe II, il devra acquitter, selon le cas, la ou les cotisations supplémentaires suivantes, soit :
+ 0,16 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le salarié seul ;
+ 0,28 % du plafond mensuel de la sécurité sociale si les garanties concernent la famille du salarié.

Toutes les cotisations des garanties facultatives sont à la charge exclusive du salarié. Elles s'ajoutent aux cotisations obligatoires.

L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) choisi par l'entreprise. »

Article 6 Mise à jour des tableaux des garanties

Les annexes I et II sont annulées et remplacées par :

(Tableaux non reproduits, consultables en ligne sur le site www.legifrance.gouv.fr, rubrique Bulletins officiels des conventions collectives.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20170050_0000_0020.pdf/BOCC

Article 7 Modification de l'article 14 « Clause de réexamen, 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 fera l'objet d'un réexamen, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date de son entrée en vigueur, pour permettre aux organisations syndicales de salariés et professionnelles signataires ou adhérentes et représentatif (jusqu'à la fin du cycle électoral au cours duquel cet accord a été conclu) d'en revoir, au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les conditions tant en matière de garanties que de financement et de choix de l'organisme *désigné* (1). À l'issue du cycle électoral au cours duquel cet accord a été conclu, une ou plusieurs organisations syndicales de salariés et professionnelles représentatives sont habilitées à engager la procédure de révision conformément à l'article L. 2261-7 du code du travail.

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

(1) A la fin de la première phrase du premier alinéa de l'article 7, le mot « désigné » est exclu de l'extension en tant qu'il contrevient à la liberté contractuelle et à la liberté d'entreprendre telles qu'interprétées par le Conseil constitutionnel dans la décision n° 2013-672 du 13 juin 2013.
(Arrêté du 14 décembre 2017 - art. 1)

Article 8 Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur pour l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application à compter du 1er janvier 2016 concernant les tableaux de garanties et à compter du 1er juillet 2016 concernant la suppression de l'ancienneté.

Les autres modifications entreront en vigueur à compter du 1er jour du trimestre civil suivant la date de parution de l'extension au Journal officiel, et au plus tôt le 1er avril 2017.

Article 9 Dépôt et extension

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

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

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

Avenant n° 5 du 9 février 2018 à l'accord départemental du 17 septembre 2009 relatif à la mise en place d'un régime d'assurance complémentaire frais de santé des salariés agricoles non cadres affiliés à l'AGIRC (Gers)

9 février 2018, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er juillet 2018 Légifrance

Préambule

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015 et l'avenant n° 5 du 28 septembre 2016 à l'accord national du 10 juin 2008 concernant la protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, et avec les dispositions légales concernant les régimes collectifs de prévoyance, les parties se sont accordées pour procéder à des aménagements de l'accord santé du Gers du 17 septembre 2009.

Mise à jour des structures tarifaires et des tarifs, des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, et intégration du principe de solidarité.

Article 1er Modification de l'article 7, cotisations

L'article 7 « Cotisations » est réécrit ainsi :

« Le contrat d'assurance complémentaire santé se compose d'un socle obligatoire appelé « Garanties complémentaires de base » et d'une option appelée « Garanties optionnelles ».

Les structures tarifaires de la garantie santé sont les suivantes, au choix de l'entreprise :
Structure tarifaire 1 : Adulte/ Enfant
Structure tarifaire 2 : Isolé/ Famille

Le financement du contrat d'assurance complémentaire frais de santé souscrit par l'employeur est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

1. Garanties complémentaires de base (salarié seul)

Cotisation « Adulte » ou cotisation « Isolé »

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

2. Garanties facultatives (elles s'ajoutent aux garanties de base du salarié)

2.1. Garanties de base

Cotisation « Adulte » (conjoint), cotisation « Enfant »
Cotisation « Famille ».

2.2. Garanties optionnelles

Cotisation « Adulte » (salarié, conjoint), cotisation « Enfant »
Cotisation « Isolé », cotisation « Famille ».

Toutes les cotisations des garanties facultatives sont à la charge exclusive du salarié. Elles s'ajoutent à la cotisation obligatoire.

3. Tarifs

Formule Adulte/ Enfant :

Garanties de base	Total par mois	Part patronale	Part salariale
Cotisation mensuelle obligatoire toutes taxes comprises			
Adulte (salarié seul)	1,07 %, soit 35 €	0,535 %, soit 17,50 €	0,535 %, soit 17,50 €
Cotisations mensuelles facultatives toutes taxes comprises			
Cotisation adulte (conjoint)	+ 1,07 %, soit 35 €	-	+ 1,07 %, soit 35 €
Cotisation enfant (enfant à charge)	+ 0,63 %, soit 21 €	-	+ 0,63 %, soit 21 €

Garanties optionnelles	Total par mois	Part patronale	Part salariale
Cotisations mensuelles facultatives toutes taxes comprises			

Cotisation adulte (conjoint)	+ 0,16 %, soit 5 €	-	+ 0,16 %, soit 5 €
Cotisation enfant (enfant à charge) *	+ 0,09 %, soit 3 €	-	+ 0,09 %, soit 3 €
* Gratuité à partir du 3e enfant.			

Formule Isolé/ famille :

Garanties de base	Total par mois	Part patronale	Part salariale
Cotisation mensuelle obligatoire toutes taxes comprises			
Isolé (Salarié seul)	1,07 %, soit 35 €	0,535 %, soit 17,50 €	0,535 %, soit 17,50 €
Cotisations mensuelles facultatives toutes taxes comprises			
Famille (conjoint et enfants à charge) **	+ 1,91 %, soit 63 €	-	+ 1,91 %, soit 63 €

Garanties optionnelles	Total par mois	Part patronale	Part salariale
Cotisations mensuelles facultatives toutes taxes comprises			
Isolé (salarié seul)	+ 0,16 %, soit 5 €	-	+ 0,16 %, soit 5 €
Famille (conjoint et enfants à charge) **	+ 0,28 %, soit 9 €	-	+ 0,28 %, soit 9 €
** Ne comprend pas la cotisation salarié.			

Les montants en euros de l'exercice 2018 sont indiqués à titre informatif. Ces montants évoluent tous les ans en fonction du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

PMSS 2018 = 3 311 €.

L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) choisi par l'entreprise. »

Article 2

Le renvoi (1) des tableaux de garanties des annexes I et II est modifié ainsi :

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

Article 3

L'article suivant est ajouté :

« Article 12. Haut degré de solidarité

Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, une quote-part de 2 % des cotisations frais de santé (hors taxe) est affectée au financement de prestations revêtant un degré élevé de solidarité. Ce financement alimente un fonds de solidarité faisant l'objet d'une comptabilité spécifique et dont les modalités de fonctionnement sont définies au sein d'un règlement spécifique.

La commission paritaire décide annuellement des actions de solidarité qu'elle définit comme prioritaires au niveau de l'accord collectif départemental. (1)

L'institution AGRI PRÉVOYANCE est choisie comme gestionnaire du fonds de solidarité.

(1) Alinéa étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article 6.3.1 de l'accord du 10 juin 2008 étendu par l'arrêté du 3 décembre 2008.
(Arrêté du 24 mai 2018 - art. 1)

Article 4

Les dispositions du présent avenant entreront en vigueur à compter du premier jour du trimestre civil suivant la date de parution de l'extension au Journal officiel, et au plus tôt le 1er Juillet 2018.

Article 5

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

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

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

Avenant n° 6 du 5 octobre 2018 à l'accord départemental du 17 septembre 2009 relatif à la mise en place d'un régime d'assurance complémentaire frais de santé des salariés agricoles non cadres non affiliés à l'AGIRC (Gers)

5 octobre 2018, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2019 Légifrance

Préambule

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 6 du 17 avril 2018 à l'accord national du 10 juin 2008 concernant la protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord départemental sur la mise en place d'un régime d'assurance complémentaire frais de santé des salariés agricoles non cadres non affiliés à l'AGIRC des exploitations agricoles, des entrepreneurs du territoire et des CUMA du Gers du 17 septembre 2009, relatifs à l'amélioration de prestations du tableau de garanties et l'évolution des taux de cotisations.

Article 1er Mise à jour des taux de cotisations

Le point 3 « Tarifs » de l'article 7 « Cotisations » est modifié comme suit :

« Formule Adulte/ Enfant :

Garanties de base	Total par mois	Part patronale	Part salariale
Cotisation mensuelle obligatoire toutes taxes comprises			
Adulte (salarié seul)	1,14 %, soit 37,74 €	0,570 %, soit 18,87 €	0,570 %, soit 18,87 €
Cotisations mensuelles facultatives toutes taxes comprises			
Cotisation adulte (conjoint)	+ 1,14 %, soit 37,74 €	-	+ 1,14 %, soit 37,74 €
Cotisation enfant (enfant à charge)	+ 0,65 %, soit 21,52 €	-	+ 0,65 %, soit 21,52 €

Garanties optionnelles	Total par mois	Part patronale	Part salariale
Cotisations mensuelles facultatives toutes taxes comprises			
Cotisation adulte (conjoint)	+ 0,19 %, soit 6,29 €	-	+ 0,19 %, soit 6,29 €
Cotisation enfant (enfant à charge) (*)	+ 0,09 %, soit 2,98 €	-	+ 0,09 %, soit 2,98 €
(*) Gratuité à partir du 3e enfant.			

Formule Isolé/ Famille :

Garanties de base	Total par mois	Part patronale	Part salariale
Cotisation mensuelle obligatoire toutes taxes comprises			
Isolé (salarié seul)	1,14 %, soit 37,74 €	0,570 %, soit 18,87 €	0,570 %, soit 18,87 €
Cotisations mensuelles facultatives toutes taxes comprises			
Famille (conjoint et enfants à charge) (**)	+ 2,03 %, soit 67,21 €	-	+ 2,03 %, soit 67,21 €

Garanties optionnelles	Total par mois	Part patronale	Part salariale
Cotisations mensuelles facultatives toutes taxes comprises			
Isolé (salarié seul)	+ 0,19 %, soit 6,29 €	-	+ 0,19 %, soit 6,29 €
Famille (conjoint et enfants à charge) (**)	+ 0,32 %, soit 10,60 €	-	+ 0,32 %, soit 10,60 €
(**) Ne comprend pas la cotisation salarié.			

Les tarifs sont indiqués en % du PMSS (plafond mensuel de la sécurité sociale). Les montants en euros sont indiqués à titre informatif et sont relatifs à l'exercice 2018. Ces montants évoluent tous les ans en fonction du PMSS.

PMSS 2018 = 3 311 €.

L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) choisi par l'entreprise. »

Article 2

Mise à jour des tableaux des garanties.

Les tableaux de garanties de l'annexe 1 et de l'annexe 2 sont modifiés comme suit :

« Annexe 1
Garanties complémentaires de base frais de santé

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

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

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

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20180049_0000_0012.pdf/BOCC

Annexe 2
Garanties complémentaires de base + garanties optionnelles

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

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

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

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20180049_0000_0012.pdf/BOCC

Article 3

Les dispositions du présent avenant entreront en vigueur à compter du premier jour du mois civil suivant la date de parution de l'extension au Journal officiel.

Article 4

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

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

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

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de l'accord du 17 juin 2009.

Avenant n° 7 du 16 septembre 2019 à l'accord du 17 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Gers)

16 septembre 2019, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 16 septembre 2019 Légifrance

Préambule

Pour se mettre en conformité avec la nouvelle réglementation relative aux contrats responsables à la suite des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements des tableaux de garanties.

En outre, le champ d'application professionnel du présent accord est mis à jour.

Par ailleurs, en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent avenant ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, les entreprises de la branche sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de 50 salariés. Aussi, les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les entreprises de la branche, y compris les TPE de moins de 50 salariés, et ce afin de ne pas remettre en cause le régime social et fiscal de faveur attaché au présent régime.

Article 1er Mise à jour du champ d'application professionnel

La partie « Champ d'application professionnel » de l'accord du 17 septembre 2009 est rédigée ainsi :

« Article 1er
Champ d'application.

Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable à l'ensemble des employeurs et des salariés :
- des exploitations agricoles proprement dites (polyculture-élevage) ;
- des exploitations de cultures spécialisées (viticulture, cultures maraîchères, cultures fruitières, cultures légumières) ;
- des exploitations d'élevage ;
- des coopératives de cultures en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole ;
- des entreprises du territoire ;
- des activités touristiques (agritourisme) ou de loisirs qui se situent dans le prolongement de l'activité ;
- des établissements de toute nature dirigés par le chef d'exploitation agricole en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production.

Le présent accord est applicable à ces mêmes salariés, qu'ils soient au service d'exploitants individuels, de groupements ou de sociétés. »

Article 2 Mise à jour des tableaux des garanties

Les tableaux de garanties de l'annexe 1 et de l'annexe 2 sont modifiés comme suit :

« Annexe 1.
Garanties complémentaires de base frais de santé

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

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

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

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

conventions collectives.)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20200005_0000_0016.pdf/BOCC

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est réduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

Annexe 2.
Garanties complémentaires de base + garanties optionnelles

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables. Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

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

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20200005_0000_0016.pdf/BOCC

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est réduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé. »

Article 3

Les dispositions de l'article 1er du présent avenant prennent effet immédiatement, et celles de l'article 2 entreront en vigueur à compter du 1er janvier 2020.

Article 4

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

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

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

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de l'accord du 17 juin 2009.

Avenant n° 8 du 15 novembre 2020 à l'accord du 17 septembre 2009 relatif aux frais de santé (Gers)

15 novembre 2020, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er avril 2021 Légifrance PDF officiel du BO n°2021-3

Préambule

Afin de maintenir l'équilibre du régime frais de santé, les partenaires sociaux ont décidé de faire évoluer les taux de cotisations sur une durée de 2 ans.

Article 1er Mise à jour des taux de cotisations

Le paragraphe 3 intitulé « Tarifs » de l'article 7 « Cotisations » est annulé et remplacé par :

« 3. Tarifs »

À compter de la prise d'effet du présent avenant, les taux de cotisations sont les suivants :

Formule adulte/ enfant :

Garanties de base	Total	Part patronale	Part salariale
	Cotisation obligatoire mensuelle toutes taxes comprises		
Adulte (salarié seule)	1,41 % PMSS	0,705 % PMSS	0,705 % PMSS
	Cotisation facultative mensuelle toutes taxes comprises		
Adulte (conjoint)	+ 1,41 % PMSS		+ 1,41 % PMSS
Enfant (enfant à charge)	+ 0,80 % PMSS		+ 0,80 % PMSS

Garanties optionnelles	Total	Part patronale	Part salariale
	Cotisation facultative mensuelle toutes taxes comprises		
Adulte (conjoint)	+ 0,24 % PMSS		+ 0,24 % PMSS
Enfant (enfant à charge) [1]	+ 0,11 % PMSS		+ 0,11 % PMSS

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

[1] Gratuité à partir du 3e enfant.

Formule isolé/ famille :

Garanties de base	Total	Part patronale	Part salariale
	Cotisation obligatoire mensuelle toutes taxes comprises		
Isolé (salarié seule)	1,41 % PMSS	0,705 % PMSS	0,705 % PMSS
	Cotisation facultative mensuelle toutes taxes comprises		
Famille (conjoint, enfant à charge) [1]	+ 2,51 % PMSS		+ 2,51 % PMSS

Garanties optionnelles	Total	Part patronale	Part salariale
	Cotisation facultative mensuelle toutes taxes comprises		
Isolé (salarié seul)	+ 0,24 % PMSS		+ 0,24 % PMSS
Famille (conjoint, enfant à charge) [1]	+ 0,40 % PMSS		+ 0,40 % PMSS

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

[1] Ne comprend pas la cotisation salarié.

À partir de la 2e année, les taux de cotisations seront les suivants :

Les taux de cotisations seront confirmés en fonction de l'équilibre du régime et en concertation avec les partenaires sociaux.

Formule adulte/ enfant :

Garanties de base	Total	Part Patronale	Part Salariale
	Cotisation obligatoire mensuelle toutes taxes comprises		
Adulte (salarié seule)	1,51 % PMSS	0,755 % PMSS	0,755 % PMSS
	Cotisation facultative mensuelle toutes taxes comprises		

Adulte (conjoint)	+ 1,51 % PMSS		+ 1,51 % PMSS
Enfant (enfant à charge)	+ 0,86 % PMSS		+ 0,86 % PMSS

Garanties optionnelles	Total	Part patronale	Part salariale
	Cotisation facultative mensuelle toutes taxes comprises		
Adulte (conjoint)	+ 0,25 % PMSS		+ 0,25 % PMSS
Enfant (enfant à charge) [1]	+ 0,12 % PMSS		+ 0,12 % PMSS

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

[1] Gratuité à partir du 3e enfant.

Formule isolé/ famille :

Garanties de base	Total	Part patronale	Part salariale
	Cotisation obligatoire mensuelle toutes taxes comprises		
Isolé (salarié seule)	1,51 % PMSS	0,755 % PMSS	0,755 % PMSS
	Cotisation facultative mensuelle toutes taxes comprises		
Famille (conjoint, enfant à charge) [1]	+ 2,68 % PMSS		+ 2,68 % PMSS

Garanties optionnelles	Total	Part patronale	Part salariale
	Cotisation facultative mensuelle toutes taxes comprises		
Isolé (salarié seul)	+ 0,25 % PMSS		+ 0,25 % PMSS
Famille (conjoint, enfant à charge) [1]	+ 0,42 % PMSS		+ 0,42 % PMSS

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

[1] Ne comprend pas la cotisation salarié.

L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur (ou son délégataire de gestion) choisi par l'entreprise. »

Article 2 Entrée en vigueur

Les dispositions du présent avenant prennent effet au premier jour du trimestre qui suit la parution de l'arrêté d'extension au Journal officiel et au plus tôt le 1er avril 2021.

Article 3 Formalité de dépôt

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

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

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

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de l'accord du 17 septembre 2009.