

CartoAgri, accord territorial

Frais de santé des non-cadres, Lot (accord du 7 octobre 2009), Lot (46)

Accord consolidé et avenants en vigueur dans ce département

Texte	Accord du 7 octobre 2009 relatif au régime complémentaire frais de santé pour les salariés agricoles non cadres du Lot (Avenant n° 130 du 7 octobre 2009)
État	En vigueur, étendu
Départements	Lot (46)
Textes en vigueur	8
Légifrance	https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000053558542

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 : Lot (46) 8 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 : Lot (46)

Accord du 7 octobre 2009 relatif au régime complémentaire frais de santé pour les salariés agricoles non cadres du Lot (Avenant n° 130 du 7 octobre 2009)

7 octobre 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2010 [Légifrance](#)

Article 1

Un article 79 est créé et rédigé tel que suit :

« Article 79

Régime de prévoyance frais de santé

Sauf exception dans les conditions légales pour la garantie frais de santé, tous les salariés non cadres dont le contrat de travail est régi par la présente convention collective sont garantis obligatoirement par un régime adapté, souscrit par l'employeur et garantissant la prise en charge de tout ou partie des frais engagés par les salariés afin d'assurer le traitement de leurs affections médicales.

Ce régime est défini par accord spécifique annexé à cette convention de façon à permettre son évolution.

Conformément à l'article 912-1 du code de la sécurité sociale et selon ses dispositions, l'adhésion au régime de prévoyance frais de santé mis en place par la profession est obligatoire dès l'extension de l'accord, sauf dispositions contenues dans l'accord spécifique. »

Article 2

Il est créé une annexe VII à la convention collective du 6 mai 1969, rédigée comme suit :

« ANNEXE VII

Accord départemental du 7 octobre 2009 relatif à la mise en place d'un régime complémentaire frais de santé au profit des salariés agricoles non cadres des exploitations agricoles du Lot

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles du Lot ;

Le syndicat des entrepreneurs de travaux agricoles du Lot ;

La fédération départementale des coopératives agricoles d'utilisation de matériel agricole du Lot,

D'une part, et

Le syndicat général agroalimentaire CFDT du Lot ;

La fédération générale des travailleurs de l'agriculture CGT-FO du Lot ;

La fédération agroalimentaire et forestière CGT de Midi-Pyrénées ;

La fédération des syndicats chrétiens des organismes et professions de l'agriculture CFTC du Lot ;

Le syndicat national des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC du Lot,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Accord départemental du 7 octobre 2009 relatif à la mise en place d'un régime complémentaire frais de santé au profit des salariés agricoles non cadres des exploitations agricoles du Lot (Annexe VII)

Préambule

Par le présent accord, les partenaires sociaux signataires ont souhaité mettre en place, après appel d'offres, un régime collectif obligatoire de couverture des frais de santé en application des dispositions prévues par l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de frais de santé

garantissant des prestations complémentaires au régime obligatoire de la mutualité sociale agricole en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

Les partenaires sociaux signataires entendent ainsi :

- permettre aux salariés agricoles non cadres du département du Lot de bénéficier d'une couverture santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable ;
- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche ;
- conserver la maîtrise du régime collectif mutualisé au niveau local.

Le présent accord est un accord autonome de la convention collective des exploitations agricoles, des coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) et des entreprises de travaux agricoles et ruraux (ETAR) du département du Lot du 6 mai 1969.

Article 1er Champ d'application

1.1 Champ d'application professionnel

Le présent accord s'applique sur le département du Lot :

- aux salariés agricoles relevant du présent accord et non affiliés à l'AGIRC ;
- et aux employeurs des exploitations, coopératives d'utilisation de matériel agricole et entreprises agricoles définies à l'article 1er 'Champ d'application professionnel' de la convention collective de travail du 6 mai 1969 concernant les exploitations agricoles du département du Lot.

1.2 Champ d'application territorial

Le présent accord s'applique aux salariés et employeurs tels que définis à l'article 1.1 ci-dessus dont le siège de l'exploitation ou de l'entreprise se situe dans le département du Lot.

Article 2 Entrée en vigueur

Les dispositions du présent accord entreront en vigueur le 1er janvier 2010.

Le régime sera rendu obligatoire pour les employeurs entrant dans le champ d'application de l'accord au premier jour du mois civil suivant la date à laquelle l'arrêté d'extension aura été publié et au plus tôt le 1er janvier 2010.

En tout état de cause, ce régime sera applicable au sein des entreprises signataires dès le 1er janvier 2010. Les autres entreprises pourront y adhérer volontairement à cette même date.

Article 3 Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié non cadre relevant du champ d'application dudit accord, ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017.

Sont 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 et frais de santé défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

3.1. Dispenses d'affiliation

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

- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail ou de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties ;
- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail ou de mission d'une durée inférieure à 12 mois même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés et les apprentis à temps partiel et dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation salariale au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. En cas d'augmentation de la rémunération, si la cotisation salariale représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement s'affilier au régime mis en place par l'accord ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense prend

fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus l'ACS ;

- les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties.

Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

- à condition d'en justifier chaque année, les salariés (y compris étrangers) bénéficiaires par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en qualité d'ayants droit, d'une couverture collective à adhésion obligatoire mise en place dans une autre entreprise (salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire).

Cette dernière dispense d'affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de cessation de la couverture obligatoire ou à la demande du salarié.

- les salariés ayant plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord et dont un seul de ces employeurs cotise auprès de l'organisme désigné.

- les salariés bénéficiant par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective :

- , dans le cadre du régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;

- , dans le cadre du régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'État, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;

- , dans le cadre du régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;

- , dans le cadre des contrats d'assurance de groupe dits "Madelin".

Toute demande de dispense doit être notifiée, par écrit, à l'employeur au plus tard avant la fin du 1er mois qui suit l'entrée en vigueur du présent accord ou celui de la date d'embauche si elle est postérieure.

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

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

3.2. Couverture facultative

3.2.1 Salariés relevant du champ d'application du présent accord, non affiliés à l'AGIRC et ayant moins de trois mois d'ancienneté continue

Article supprimé par l'avenant n° 5 du 16 septembre 2016.

3.2.2 Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du régime

De manière facultative, le salarié peut demander le bénéfice des garanties du présent accord à son ou ses ayants droit tels que définis ci-après, moyennant le paiement, à sa charge exclusive, de l'intégralité de la cotisation définie à l'article 6.1 ci-après.

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

Les prestations sont identiques à celles pour lesquelles le salarié bénéficiaire à titre obligatoire du régime est couvert et figurent aux annexes A et B (en fonction du niveau de garantie choisi par le salarié).

Sont considérés comme ayants droit d'un salarié bénéficiaire du régime :

- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;

- le cocontractant d'un Pacs : personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité (Pacs) dans les conditions fixées aux articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;

- le concubin : personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.

La preuve du lien se fait par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

- les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin :

- , âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;

- , âgés de moins de 26 ans et poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au

régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;

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

3.2.3 Garanties optionnelles

Les salariés peuvent souscrire des prestations optionnelles additionnelles aux prestations obligatoires telles que définies à l'annexe A, détaillées à l'annexe B du présent accord. Le surplus de cotisation, tel que défini à l'article 6.1 ci-après, correspondant à ces prestations supplémentaires est entièrement financé par le salarié. L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur.

(1) Alinéa étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.

(Arrêté du 1er juin 2017 - art. 1)

Article 4 Adhésion et antériorité

4.1. Adhésion obligatoire des entreprises

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés à l'article 3 ci-dessus auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 5.

Pendant toute la durée de l'accord, aucun salarié ne peut démissionner du régime à titre individuel et de son propre fait.

L'entreprise recevra sa notification d'adhésion d'office.

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

4.2. Antériorité des régimes frais de santé d'entreprises

Les entreprises disposant déjà d'un accord au profit des salariés non cadres au jour de la signature du présent accord, comprenant une garantie complémentaire frais de santé d'un niveau supérieur à celui fixé à l'article 6, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord sous réserve de remettre à cet organisme les justificatifs de leur situation.

Est considéré comme étant plus favorable l'accord d'entreprise qui prévoit cumulativement :

- des garanties égales au minimum à l'ensemble des garanties prévues à l'article 6 du présent accord ;
- la part de cotisation à la charge du salarié doit être inférieure ou égale à celle prévue dans cet accord.

La commission mixte chargée du suivi du régime sera informée de l'état des adhésions et elle sera chargée de vérifier le caractère plus favorable des accords collectifs mis en place antérieurement dans les entreprises. Elle sera saisie en cas de litiges.

Article 5 Garanties complémentaires frais de santé

5.1 Niveau des garanties

Le présent régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le bénéficiaire.

Les garanties prises en application du présent accord sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion.

Toutes les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :

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

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

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

La nature et le montant des prestations du présent régime sont présentés dans les tableaux des annexes A et B amendés du présent accord.

5.2 Contrat "solidaire" et "responsable"

Le présent régime frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits "solidaires" et "responsables", notamment celles posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, de sa circulaire d'application n° DSS/SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015 (1) et de la lettre circulaire n° 2015-0000045 du 12 août 2015.

Ainsi, le présent dispositif frais de santé prévoit que :

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

(ancien article 6)

(1) Au premier alinéa de l'article 5.2, lire les mots « de sa circulaire d'application n° DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013.

(Arrêté du 14 octobre 2016 - art. 1)

Article 6 Cotisations

6.1. Taux de cotisations et répartition

Le présent accord relève de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale applicable au régime agricole par renvoi prévu à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime (1). 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.

Elles peuvent être revues, en fonction de l'équilibre du régime ou en cas de modification de ces textes.

Le taux global de la cotisation mensuelle du présent régime de "remboursement complémentaire de frais de santé" couvrant le seul salarié à titre obligatoire, est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est égal, pour les exercices 2016 et suivants à :

- 0,72 % du PMSS.

Il est réparti comme suit :

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

Le salarié peut affilier, facultativement, ses ayants droit, tels que définis à l'article 6.2 du présent accord, selon les options suivantes :

- faire garantir dans les conditions prévues à l'article 3.2.2 le remboursement des frais de santé engagés par la famille (conjoint et/ou le cas échéant enfant(s) à charge) du salarié moyennant un taux de cotisation spécifique de 2,13 % du PMSS ;

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles dans les conditions prévues à l'article 3.2.3 et telles que définies à l'annexe B, il doit acquitter en totalité les cotisations supplémentaires soit :

- 0,21 % du PMSS pour le salarié seul ;
- 0,47 % du PMSS pour le salarié et ses ayants droit.

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 2 mois, et après consultation des partenaires sociaux.

6.2. Appel et recouvrement

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

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

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

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

6.3. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Suspension du contrat de travail non indemnisée :

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

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

Suspension du contrat de travail indemnisée :

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du régime obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence.

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

(ancien article 7)

(1) Au premier alinéa de l'article 6.1, les mots « applicable au régime agricole par renvoi prévu à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime » sont exclus du bénéfice de l'extension au motif qu'ils contreviennent aux dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

(Arrêté du 1er juin 2017 - art. 1)

Article 7 Maintien des garanties

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

Conformément aux dispositions prévues par l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie frais de santé peut être maintenue par la souscription d'un contrat individuel proposé par l'organisme assureur désigné à l'article 4, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les ayants droit qui étaient garantis par l'intermédiaire d'un salarié décédé.

L'organisme assureur, désigné à l'article 5, procédera au recouvrement de la cotisation à la charge totale des anciens salariés et/ou des ayants droit avec une majoration maximum de 50 % par rapport à la cotisation globale des actifs (part employeur et part salarié).

Les intéressés devront en faire la demande auprès de CRIA Prévoyance 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 8.2 ci-après ou le décès du salarié.

Par extension, les anciens salariés privés d'emploi, non bénéficiaires d'un revenu de remplacement pourront également demander le maintien des garanties frais de santé et avec une majoration de 20 % par rapport à la cotisation globale

des actifs (part employeur et part salarié). Toutefois, la demande devra être effectuée auprès de l'organisme désigné dans le mois suivant la date de rupture du contrat de travail.

7.2. 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 une 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.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

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

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

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

(ancien article 8)

Article 8 Mise en œuvre du principe de solidarité

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

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

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

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent régime frais de santé doivent notamment comprendre :

- une action collective de prévention sur les troubles musculosquelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou de maladie professionnelle dans les professions agricoles ;

- une action collective de prévention pour les salariés seniors et les nouveaux retraités traitant de la transition vie professionnelle/retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole notamment en cas de handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur une exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou de leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail tel que défini à l'article 6.3 ci-avant du présent accord.

Article 9 Clause de réexamen

Conformément aux articles L. 912-1 et L. 912-2 du code de la sécurité sociale, le régime collectif obligatoire mis en oeuvre 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 partenaires sociaux signataires 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. Les partenaires procéderont également, dans le même délai, à la révision du choix de l'organisme assureur et gestionnaire désigné à l'article 5.

Article 10 Révision et dénonciation

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

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

La demande de révision, pouvant intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles se réunit alors dans le délai d'un mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision. Ce dernier, s'il est conclu, se substitue de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifie.

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

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

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles se réunit alors dans le délai d'un mois à compter de la réception de la notification afin de procéder à de nouvelles négociations et d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de trois mois. En tout état de cause, l'accord dénoncé continue de produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du préavis de trois mois.

Annexes

Annexe A

Garanties obligatoires frais de santé

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

Hospitalisation chirurgicale et médicale, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné (1))	
Honoraires, signataires CAS (2)	330 % BR
Honoraires, non signataires CAS (2)	200 % BR
Frais de séjours	100 % BR
Maternité	1/3 PMSS bénéficiaire
Chambre particulière	0,9 % PMSS/jour
Forfait hospitalier	100 % FR

Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Soins de ville (secteur conventionné et non conventionné (1))	
Consultations et visites, généralistes et spécialistes, signataires CAS (2)	100 % BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes, non signataires CAS (2)	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité, signataires CAS (2)	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité, non signataires CAS (2)	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, signataires CAS (2)	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, non signataires CAS (2)	100 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	455 % BR
Autre appareillage remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Pharmacie	
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR ou TFR
Transport	
Transport remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR
Frais dentaires	
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale ou la MSA : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR
Inlays-onlays remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR
Inlays-cores	210 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale ou la MSA : - couronnes, bridges et inter de bridges - couronnes sur implant - prothèses dentaires amovibles - réparations sur prothèses	210 % BR + 10,5 % PMSS/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	250 % BR
Frais d'optique	
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans) (3)	
Monture	125 €
Verres (par paire)	Cf. grille optique
Lentilles remboursées par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR + 100 €/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale ou la MSA (y compris jetables)	100 €/an/bénéficiaire
Prévention et autres soins	
Cure thermique remboursée par la sécurité sociale ou la MSA : honoraires et soins	100 % BR
Actes de prévention (4)	Pris en charge

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) CAS : contrat d'accès aux soins conclu entre l'assurance maladie et le médecin de secteur 2, le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et le médecin de secteur 1 disposant des titres lui permettant d'accéder au secteur 2 ; ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie.

(3) La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, période réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement par le bénéficiaire. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verre et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

(4) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale / BR : base de remboursement de la sécurité sociale / CAS : contrat d'accès aux soins / FR : frais réels / MR : montant remboursé par la sécurité sociale / PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année.

Grille Optique

Adultes (18 ans et plus), par verre

Code LPP	Désignation	Tarif TIPS	Sphère	Cylindre	Base
Verres simples					
2203240	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	2,29 €	[0-2]	0	108 €
]2-4]					
2287916	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6 à + 6				
]4-6]					
2280660	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10	4,12 €	[6-10]	0	116 €
2282793	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2265330	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10				
2263459	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2235776	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10	7,62 €	> 10	0	129 €
2295896	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10				
2259966	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6	3,66 €	[0-2]	]0-4]	114 €
2226412	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6	]2-4]			
]4-6]					
2284527	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	6,86 €	[6-20]	]0-4]	126 €
2254868	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
2212976	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6	6,25 €	]0-6]	]4-6]	124 €
2252668	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6				
2288519	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	9,45 €	6-20]	]4-6]	136 €
2299523	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
Verres multifocaux ou progressifs					
2290396	Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	7,32 €	[0-2]	0	128 €

2291183	Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	[2-4]			
2245384	Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	10,82 €	[4-8]	0	142 €
2295198	Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	[8-20]			
2227038	Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	10,37 €	[0-2]	[0-6]	140 €
	[2-4]				
2299180	Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	[4-6]			
	[6-8]				
2202239	Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8	24,54 €	[8-20]	[0-6]	195 €
2252042	Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8				

Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre, 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est <= à + 4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de, 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à + 4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries.

Enfants (moins de 18 ans), par verre

Code LPP	Désignation	Tarif TIPS	Sphère	Cylindre	Base
Verres simples					
2261874	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	12,04 €	[0-2]	0	173 €
	[2-4]				
2242457	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	[4-6]			
2243304	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10	26,68 €	[6-10]	0	258 €
2243540	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2291088	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10				
2297441	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2273854	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10	44,97 €	> 10	0	313 €
2248320	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10				
2200393	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6	14,94 €	[0-2]	[0-4]	173 €
	[2-4]				
2270413	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6	[4-6]			
2283953	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	36,28 €	[6-20]	[0-4]	295 €
2219381	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
2238941	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6	27,90 €	[0-6]	[4-6]	262 €

2268385	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6				
2245036	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	46,50 €	]6-20]	]4-6]	313 €
2206800	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
Verres multifocaux ou progressifs					
2259245	Verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	39,18 €	[0-2]	0	306 €
2264045	Verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	]2-4]			
2238792	Verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	43,30 €	]4-8]	0	313 €
2202452	Verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	]8-20]			
2240671	Verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	43,60 €	[0-2]	]0-6]	313 €
]2-4]					
2282221	Verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	]4-6]			
]6-8]					
2234239	Verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8	66,62 €	]8-20]	]0-6]	313 €
2259660	Verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8				

Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre, 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est <= à + 4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de, 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à + 4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries.

Annexe B

Garanties facultatives frais de santé, Régime optionnel

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

Hospitalisation chirurgicale et médicale, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné (1))	
Honoraires, signataires CAS (2)	530 % BR
Honoraires, non signataires CAS (2)	200 % BR
Frais de séjours	100 % BR
Maternité	1/3 PMSS bénéficiaire
Chambre particulière	1,82 % PMSS pendant 60 jours puis 0,90 % PMSS/jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	1,82 % PMSS pendant 30 jours
Forfait hospitalier	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Soins de ville (secteur conventionné et non conventionné (1))	
Consultations et visites, généralistes et spécialistes, signataires CAS (2)	200 % BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes, non signataires CAS (2)	180 % BR

Petite chirurgie et actes de spécialité, signataires CAS (2)	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité, non signataires CAS (2)	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, signataires CAS (2)	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, non signataires CAS (2)	100 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	455 % BR + 7 % PMSS/an/bénéficiaire
Autre appareillage remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	300 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Pharmacie	
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR ou TFR
Transport	
Transport remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR
Frais dentaires	
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale ou la MSA : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR
Inlays-onlays remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR
Inlays-cores	210 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale ou la MSA : - couronnes, bridges et inter de bridges - couronnes sur implant - prothèses dentaires amovibles - réparations sur prothèses	210 % BR + 12,25 % PMSS/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	250 % BR
Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	3,5 % PMSS/an/bénéficiaire
Frais d'optique	
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans) (3)	
Monture	125 €
Verres (par paire)	Cf. grille optique
Lentilles remboursées par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR + 100 €/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale ou la MSA (y compris jetables)	100 €/an/bénéficiaire
Prévention et autres soins	
Cure thermique remboursée par la sécurité sociale ou la MSA : honoraires et soins	100 % BR
Vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	40 €/an/bénéficiaire
Actes de prévention (4)	Pris en charge

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) CAS : contrat d'accès aux soins conclu entre l'assurance maladie et le médecin de secteur 2, le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et le médecin de secteur 1 disposant des titres lui permettant d'accéder au secteur 2 ; ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie.

(3) La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, période réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement par le bénéficiaire. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verre et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

(4) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale / BR : base de remboursement de la sécurité sociale / CAS : contrat d'accès aux soins / FR : frais réels / MR : montant remboursé par la sécurité sociale / PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année.

Grille Optique

Adultes (18 ans et plus), Par verre

Code LPP	Désignation	Tarif TIPS	Sphère	Cylindre	Option
Verres simples					
2203240	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	2,29 €	[0-2]	0	144 €
[2-4]					
2287916	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6 à + 6				
[4-6]					
2280660	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10	4,12 €	[6-10]	0	151 €
2282793	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2265330	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10				
2263459	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2235776	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10	7,62 €	> 10	0	164 €
2295896	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10				
2259966	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6	3,66 €	[0-2]	[0-4]	149 €
[2-4]					
2226412	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6				
[4-6]					
2284527	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	6,86 €	[6-20]	[0-4]	161 €
2254868	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
2212976	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6	6,25 €	[0-6]	[4-6]	159 €
2252668	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6				
2288519	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	9,45 €	[6-20]	[4-6]	172 €
2299523	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
Verres multifocaux ou progressifs					

2290396	Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	7,32 €	[0-2]	0	163 €
2291183	Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	]2-4]			
2245384	Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	10,82 €	]4-8]	0	177 €
2295198	Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	]8-20]			
2227038	Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	10,37 €	[0-2]	]0-6]	175 €
]2-4]					
2299180	Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	]4-6]			
]6-8]					
2202239	Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8	24,54 €	]8-20]	]0-6]	230 €
2252042	Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8				

Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre, 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est <= à + 4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de, 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à + 4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries.

Enfants (moins de 18 ans), par verres multifocaux ou progressifs

Code LPP	Désignation	Tarif TIPS	Sphère	Cylindre	Option
Verres simples					
2261874	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	12,04 €	[0-2]	0	173 €
]2-4]					
2242457	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	]4-6]			
2243304	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10	26,68 €	]6-10]	0	293 €
2243540	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2291088	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10				
2297441	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2273854	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10	44,97 €	> 10	0	313 €
2248320	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10				
2200393	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6	14,94 €	[0-2]	]0-4]	173 €
]2-4]					
2270413	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6				
]4-6]					
2283953	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	36,28 €	]6-20]	]0-4]	313 €
2219381	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				

2238941	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6	27,90 €	]0-6]	]4-6]	297 €
2268385	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6				
2245036	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	46,50 €	]6-20]	]4-6]	313 €
2206800	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
Verres multifocaux ou progressifs					
2259245	Verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	39,18 €	[0-2]	0	313 €
2264045	Verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	]2-4]			
2238792	Verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	43,30 €	]4-8]	0	313 €
2202452	Verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	]8-20]			
2240671	Verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	43,60 €	[0-2]	]0-6]	313 €
]2-4]					
2282221	Verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	]4-6]			
]6-8]					
2234239	Verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8	66,62 €	]8-20]	]0-6]	313 €
2259660	Verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8				

Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre, 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est <= à + 4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de, 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à + 4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries.

Article 3

Les parties contractantes demandent l'extension du présent avenant dont les dispositions prendront effet à compter du 1er janvier 2010.

Avenant n° 140 du 26 février 2013 à l'accord du 7 octobre 2009 relatif aux frais de santé (Lot)

26 février 2013, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2013 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2013-35](#)

Article 1er

L'annexe VII « Accord départemental du 7 octobre 2009 sur la mise en place d'un régime complémentaire frais de santé au profit des salariés agricoles non cadres des exploitations agricoles du Lot » de la convention collective du 6 mai 1969 est ainsi modifiée :

Le dernier paragraphe de l'article 7.1 intitulé « Taux de cotisation et répartition » est supprimé et remplacé comme suit :

« Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles correspondant à l'annexe B, il devra acquitter en totalité les cotisations supplémentaires, soit :

- 0,17 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le salarié ;
- 0,19 % du plafond mensuel de la sécurité sociale si les garanties optionnelles sont étendues à ses ayants droit.

Ces pourcentages sont applicables pour l'exercice 2013 (hors évolution de la réglementation sociale). Les cotisations évolueront, par la suite, annuellement le 1er janvier en fonction de l'évolution de l'indice des dépenses de santé du régime général de la sécurité sociale hors hospitalisation, considéré sur 12 mois et lissé sur 3 années, et avec l'accord des signataires, après examen des résultats techniques du régime optionnel. »

Article 2

La ligne « Frais d'optique » du tableau mis en annexe A intitulée « Garantie complémentaire de base frais de santé » de l'annexe VII de la convention est modifiée comme suit :

Frais d'optique	Remboursement régime de base	Remboursement complémentaire	Remboursement total (base + complémentaire)
Verres, montures, lentilles prises en charge par le régime de base	65 % de la BR	390 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 10 % du PMSS	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 10 % du PMSS

Article 3

Les parties contractantes demandent l'extension du présent avenant, dont les dispositions prendront effet à compter du 1er janvier 2013.

Avenant n° 1 du 9 septembre 2013 à l'accord du 7 octobre 2009 relatif aux frais de santé (Lot) (Avenant n° 143 du 9 septembre 2013)

9 septembre 2013, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2015 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2014-16](#)

Il est créé un avenant intitulé « Avenant n° 1 du 9 septembre 2013 à l'accord départemental du 7 octobre 2009 sur la mise en place d'un régime complémentaire frais de santé au profit des salariés agricoles, relevant dudit accord et non affiliés à l'AGIRC, des exploitations agricoles du Lot ».

Cet avenant modifie l'accord départemental du 7 octobre 2009 sur la mise en place d'un régime complémentaire frais de santé au profit des salariés non cadres des exploitations agricoles du Lot, mis en annexe VII à la convention collective.

Il est rédigé comme suit :

« Avenant n° 1 du 9 septembre 2013 à l'accord départemental du 7 octobre 2009 sur la mise en place d'un régime complémentaire frais de santé au profit des salariés agricoles, relevant dudit accord et non affiliés à l'AGIRC, des exploitations agricoles du Lot

Préambule

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

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

En conséquence, l'accord départemental du 7 octobre 2009 est modifié comme suit.

Article 1er

Champ d'application

Les dispositions de l'article 1er de l'accord sont modifiées comme suit :

"Article 1.1

Champ d'application professionnel

Le présent accord s'applique sur le département du Lot :

- aux salariés agricoles relevant du présent accord et non affiliés à l'AGIRC ;
- et aux employeurs des exploitations, coopératives d'utilisation de matériel agricole et entreprises agricoles définies à l'article 1er 'Champ d'application professionnel' de la convention collective de travail du 6 mai 1969 concernant les exploitations agricoles du département du Lot.

Article 1.2

Champ d'application territorial

Le présent accord s'applique aux salariés et employeurs tels que définis à l'article 1.1 ci-dessus dont le siège de l'exploitation ou de l'entreprise se situe dans le département du Lot."

Article 2

Salariés bénéficiaires et dispenses d'affiliation

Salariés bénéficiaires

1. Les cinq premiers alinéas de l'article 3 "Salariés bénéficiaires" sont remplacés par les dispositions suivantes :

"Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié ayant 6 mois d'ancienneté et plus dans l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord et non affilié à l'AGIRC.

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

2. Les dispositions du paragraphe "Salariés non cadres ayant moins de 6 mois d'ancienneté" du 3.2 "Couverture facultative" sont modifiées en conséquence et concernent les salariés non affiliés à l'AGIRC et ayant moins de 6 mois d'ancienneté.

Dispenses d'affiliation

Le 3.1 "Dispense d'affiliation" est remplacé par les dispositions suivantes :

"3.1. 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 bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure à 12 mois et ayant au moins 6 mois d'ancienneté, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel ayant au moins 6 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 ou à la demande du salarié.

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

Toute demande de dispense doit être notifiée, par écrit, à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition de 6 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

Taux de cotisations et répartition

Le 7.1 "Taux de cotisations et répartition" est remplacé par les dispositions suivantes :

"7.1. Taux de cotisations et répartition

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du présent accord. En cas de modification des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la mutualité sociale agricole (MSA) entraînant une modification de tout ou partie des engagements de l'organisme d'assurance désigné, les signataires de l'accord et l'organisme d'assurance s'engagent à réviser les cotisations et/ou les garanties, au plus tôt à la date d'application par la MSA des dispositions et/ou des bases de remboursement nouvelles.

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 0,92 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Elle est répartie comme suit :

- 17,50 % à la charge de l'employeur, dans la limite de 5,50 € ;
- 82,50 % à la charge du salarié.

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 les membres de sa famille (conjoint et enfant[s] à charge) moyennant un taux de cotisation spécifique de 1,69 % du plafond mensuel de la sécurité sociale ;
- faire garantir dans les conditions prévues à l'article 5 le remboursement des frais de santé engagés par le salarié ayant moins de 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise moyennant un taux de cotisation spécifique de 0,92 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles correspondant à l'annexe B, il devra acquitter en totalité les cotisations supplémentaires, soit :

- 0,21 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le salarié seul ;
- 0,45 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le salarié et ses ayants droit.

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 2 mois, et après consultation des partenaires sociaux."

Suspension du contrat de travail

Le 7.3 "Suspension du contrat de travail" est remplacé par les dispositions suivantes :

"7.3. 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 prévu 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 4

Portabilité

1. L'intitulé de l'article 8 devient : "Maintien de garanties".

2. Est créé un 8.1 intitulé : "Maintien de garanties au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé".

3. Les dispositions de l'article 8 sont transférées au 8.1 et demeurent inchangées, sauf le septième alinéa, modifié comme suit :

"Les intéressés devront en faire la demande auprès de CRIA Prévoyance 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 8.2 ci-après ou le décès du salarié."

4. Est créé un 8.2 rédigé comme suit :

"8.2. 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 une 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

Annexes

Les annexes A et B ci-jointes présentent les garanties complémentaires santé actualisées.

Article 6

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, le 1er juin 2014 concernant les dispositions relatives à la portabilité.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant. »

Annexes

Annexe A

« Tableau des garanties complémentaires de base frais de santé

Désignation des actes	Total remboursement MSA + CRIA (base)
Frais médicaux	
Consultations, visites de médecin ou spécialiste	100 % 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
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	450 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 10 % du PMSS
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 10,5 % du PMSS
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	100 % de la BR
Prothèses auditives	455 % de la BR
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	230 % de la BR
Chambre particulière	0,90 % du PMSS par jour
Participation forfaitaire sur les actes lourds	Prise en charge
Forfait hospitalier	100 % des frais réels
Forfaits	
Maternité :	
Frais de soins et séjour	100 % 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. BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou sécurité sociale). 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 B

« Tableau des garanties complémentaires optionnelles frais de santé

Désignation des actes	Total remboursement MSA + CRIA (base + option)
-----------------------	---

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	450 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 12,25 % du PMSS
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 12,25 % du PMSS
Parodontologie	3,50 % du PMSS 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 et par bénéficiaire égal à 7 % du PMSS
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	430 % de la BR
Chambre particulière	1,82 % du PMSS par jour pendant 60 jours puis 0,90 % du PMSS par jour
Séjour accompagnant	1,82 % du PMSS par jour pendant 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 + 1,82 % du PMSS par jour
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. BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou sécurité sociale). 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 1er septembre 2014 à l'accord du 7 octobre 2009 relatif aux frais de santé (Lot) (Avenant n° 146 du 1er septembre 2014)

1er septembre 2014, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er avril 2015 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2014-42](#)

Il est créé un avenant intitulé « Avenant n° 2 du 1er septembre 2014 à l'accord départemental du 7 octobre 2009 sur la mise en place d'un régime complémentaire frais de santé au profit des salariés agricoles, relevant dudit accord et non affiliés à l'AGIRC, des exploitations agricoles du Lot ».

Cet avenant modifie l'accord départemental du 7 octobre 2009 sur la mise en place d'un régime complémentaire frais de santé au profit des salariés non cadres des exploitations agricoles du Lot, mis en annexe VII à la convention collective.

Il est rédigé comme suit :

« Avenant n° 2 du 1er septembre 2014 à l'accord départemental du 7 octobre 2009 sur la mise en place d'un régime complémentaire frais de santé au profit des salariés agricoles, relevant dudit accord et non affiliés à l'AGIRC, des exploitations agricoles du Lot

Préambule

Au vu des résultats du régime complémentaire frais de santé, les parties se sont rapprochées afin de convenir d'une révision des cotisations.

Les organisations signataires ont décidé de diminuer les cotisations des salariés ayant 6 mois d'ancienneté et plus, affiliés à titre obligatoire.

En conséquence, l'accord départemental du 7 octobre 2009 est modifié comme suit.

Article 1er

Révision des cotisations

Les cinq premiers alinéas du paragraphe 7.1 "Taux de cotisations et répartition" de l'article 7 "Cotisations" sont remplacés par les six alinéas suivants :

"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. En cas de modification des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la mutualité sociale agricole (MSA) entraînant une modification de tout ou partie des engagements de l'organisme d'assurance, les signataires de l'accord et l'organisme d'assurance s'engagent à réviser les cotisations et/ou les garanties, au plus tôt, à la date d'application par la MSA des dispositions et/ou des bases de remboursement nouvelles.

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 2015 et suivants, à :
- 0,74 % du PMSS.

Elle est répartie comme suit :

- 17,50 % à la charge de l'employeur, dans la limite de 5,50 € ;
- 82,50 % à la charge du salarié." »

Article 2

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, le 1er janvier 2015.

Article 3

Dépôt et extension

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

Avenant n° 3 du 12 janvier 2015 à l'accord du 7 octobre 2009 relatif aux frais de santé (Lot) (Avenant n° 147 du 12 janvier 2015)

12 janvier 2015, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2015 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2015-14](#)

Préambule

Au vu des résultats du régime complémentaire frais de santé, les parties se sont rapprochées afin de convenir d'une révision des cotisations.

Les organisations signataires ont décidé d'augmenter les cotisations inhérentes à l'extension facultative des garanties aux ayants droit ainsi qu'aux garanties optionnelles correspondant à l'annexe B.

En conséquence, l'accord départemental du 7 octobre 2009 est modifié comme suit.

Article 1er Révision des cotisations

Les alinéas 7 à 12 du paragraphe 7.1 « Taux de cotisations et répartition » de l'article 7 « Cotisations » sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Le salarié peut affilier, facultativement, ses ayants droit, selon les options suivantes :

- faire garantir, dans les conditions prévues au paragraphe 3.2 "Couverture facultative" de l'article 3 "Salariés bénéficiaires", le remboursement des frais de santé engagés par les membres de sa famille (conjoint[s] et enfant[s] à charge) moyennant un taux de cotisation spécifique de 2,20 % du PMSS ;
- faire garantir, dans les conditions prévues au paragraphe 3.2 "Couverture facultative" de l'article 3 "Salariés bénéficiaires", le remboursement des frais de santé engagés par le salarié ayant moins de 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise moyennant un taux spécifique de 0,74 % du PMSS.

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles correspondant à l'annexe B, il doit acquitter en totalité les cotisations supplémentaires, soit :

- 0,22 % du PMSS pour le salarié seul ;
- 0,48 % du PMSS pour le salarié et ses ayants droit. »

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur rétroactivement au 1er janvier 2015.

Article 3 Dépôt et extension

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° 151 du 2 novembre 2015 relatif à la mise en place d'un régime complémentaire frais de santé au profit des salariés non affiliés à l'AGIRC

2 novembre 2015, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2016 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2016-51](#)

Préambule

Dans le cadre de la mise en conformité de l'accord départemental du 7 octobre 2009 modifié, à l'accord national modifié par un avenant n° 4 en date du 15 septembre 2015, les organisations professionnelles et syndicales de salariés ont décidé de réduire la condition d'ancienneté, pour bénéficier de la complémentaire santé, à trois mois de modifier les garanties, les dispenses d'affiliation ainsi que la clause relative au maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail ; de définir les ayants droit ; d'instaurer le principe de solidarité et de préciser les conditions de révision et de dénonciation du régime.

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

En conséquence, l'accord départemental du 7 octobre 2009 est modifié comme suit.

Article 1er Salariés bénéficiaires

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

« Article 3

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié non cadre relevant du champ d'application dudit accord, non affilié à l'AGIRC et ayant trois mois d'ancienneté continue et plus dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et

entrant dans le champ d'application dudit accord. (1)

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

Article 3.1

Dispenses d'affiliation

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

- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail ou de mission d'une durée au moins égale à douze mois, à condition de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties ;
- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail ou de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés et les apprentis à temps partiel et dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation salariale au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. En cas d'augmentation de la rémunération, si la cotisation salariale représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement s'affilier au régime mis en place par l'accord ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus l'ACS ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou à l'acquisition de la condition d'ancienneté si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- à condition d'en justifier chaque année, les salariés (y compris étrangers) bénéficiaires par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en qualité d'ayants droit, d'une couverture collective à adhésion obligatoire mise en place dans une autre entreprise (salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire). Cette dernière dispense d'affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de cessation de la couverture obligatoire ou à la demande du salarié. Le salarié ayant plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord et dont un seul de ces employeurs cotise auprès de l'organisme désigné. Cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié ;
- les salariés bénéficiant par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective :
- , dans le cadre du régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
- , dans le cadre du régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- , dans le cadre du régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- , dans le cadre des contrats d'assurance de groupe dits "Madelin" ;
- , dans le cadre du régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- , dans le cadre de la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Toute demande de dispense doit être notifiée, par écrit, à l'employeur au plus tard avant la fin du 1er mois qui suit l'entrée en vigueur du présent accord ou celui de la date d'embauche si elle est postérieure à l'obtention de la condition de trois mois d'ancienneté.

En cas de dispense, les cotisations correspondantes ne sont pas dues, ni par le salarié, ni par l'employeur. Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d'affiliation, il doit en informer l'employeur et doit alors obligatoirement cotiser au régime à compter du 1er jour du mois civil suivant.

Article 3.2

Couverture facultative

Article 3.2.1

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

Les salariés non affiliés à l'AGIRC et ayant moins de trois mois d'ancienneté continue dans une entreprise ou

exploitation relevant du champ d'application défini par l'accord, et ne bénéficiant pas de ce fait à titre obligatoire du régime, peuvent demander à bénéficier des garanties prévues par le présent régime à titre facultatif, moyennant le paiement de la cotisation globale définie à l'article 6.1 ci-après, étendues s'ils le souhaitent à leur famille.

La cotisation globale acquittée est entièrement et directement financée par le salarié et les prestations sont identiques à celles des annexes A et B en fonction du niveau de garanties souhaité par le salarié.

Article 3.2.2

Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du régime

De manière facultative, le salarié peut demander le bénéfice des garanties du présent accord à son ou ses ayants droit tels que définis ci-après, moyennant le paiement, à sa charge exclusive, de l'intégralité de la cotisation définie à l'article 6.1 ci-après.

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

Les prestations sont identiques à celles pour lesquelles le salarié bénéficiaire à titre obligatoire du régime est couvert et figurent aux annexes A et B (en fonction du niveau de garantie choisi par le salarié).

Sont considérés comme ayants droit d'un salarié bénéficiaire du régime :

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

La preuve du lien se fait par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

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

Article 3.2.3

Garanties optionnelles

Les salariés peuvent souscrire des prestations optionnelles additionnelles aux prestations obligatoires telles que définies à l'annexe A, détaillées à l'annexe B du présent accord. Le surplus de cotisation, tel que défini à l'article 6.1 ci-après, correspondant à ces prestations supplémentaires est entièrement financé par le salarié. L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme assureur. »

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

(Arrêté du 14 octobre 2016 - art. 1)

Article 2 Assurance et gestion du régime complémentaire frais de santé

Dans le contexte de la disparition des clauses de désignation et de la mise en conformité à l'avenant n° 4 du 15

septembre 2015 à l'accord national du 10 juin 2008 modifié, l'article 5 du présent accord est supprimé.

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

Article 3 Garanties

Les dispositions de l'article 6 de l'accord « Garanties complémentaires frais de santé », devenant l'article 5, sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 5

Garanties complémentaires frais de santé

Article 5.1

Niveau des garanties

Le présent régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le bénéficiaire.

Les garanties prises en application du présent accord sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion.

Toutes les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :

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

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

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

La nature et le montant des prestations du présent régime sont présentés dans les tableaux des annexes A et B amendés du présent accord.

Article 5.2

Contrat "solidaire" et "responsable"

Le présent régime frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits "solidaires" et "responsables", notamment celles posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, *de sa circulaire d'application n° DSS/SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015* (1) et de la lettre circulaire n° 2015-0000045 du 12 août 2015.

Ainsi, le présent dispositif frais de santé prévoit que :

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

(1) Au treizième alinéa de l'article 3, lire les mots « de sa circulaire d'application n° DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013.

(Arrêté du 14 octobre 2016 - art. 1)

Article 4 Cotisations

L'article 7.1 de l'accord « Taux de cotisations et répartition », devenant l'article 6.1, est modifié et remplacé par les dispositions suivantes :

« Le présent accord relève de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale *applicable au régime agricole par renvoi prévu à l' article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime* (1). 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. Elles peuvent être revues, en fonction de l'équilibre du régime ou en cas de modification de ces textes.

Le taux global de la cotisation mensuelle du présent régime de "remboursement complémentaire de frais de santé" couvrant le seul salarié à titre obligatoire, est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est égale, pour les exercices 2016 et suivants à :

- 0,72 % du PMSS.

Elle est répartie comme suit :

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

Le salarié peut affilier, facultativement, ses ayants droit, tels que définis à l'article 6.2 ci-avant du présent accord, selon les options suivantes :

- faire garantir dans les conditions prévues à l'article 3.2.2 le remboursement des frais de santé engagés par la famille (conjoint et/ou, le cas échéant, enfant[s] à charge) du salarié moyennant un taux de cotisation spécifique de 2,13 % du PMSS ;
- faire garantir dans les conditions prévues à l'article 3.2.1. le remboursement des frais de santé engagés par le salarié ayant moins de trois mois d'ancienneté dans l'entreprise moyennant un taux de cotisation spécifique de 0,72 % du PMSS.

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles dans les conditions prévues à l'article 3.2.3 et telles que définies à l'annexe B, il doit acquitter en totalité les cotisations supplémentaires soit :

- 0,21 % du PMSS pour le salarié seul ;
- 0,47 % du PMSS pour le salarié et ses ayants droit. »

Les autres dispositions de l'article 6.1 sont inchangées.

(1) Au deuxième alinéa de l'article 4, les mots « applicable au régime agricole par renvoi prévu à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime » sont exclus de l'extension au motif qu'ils contreviennent aux dispositions de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime.

(Arrêté du 14 octobre 2016 - art. 1)

Article 5 Maintien des garanties et suspension du contrat de travail

L'article 7.3 de l'accord « Suspension du contrat de travail », devenant l'article 6.3, est modifié et remplacé comme suit :

« Article 6.3

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Suspension du contrat de travail non indemnisée :

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

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

Suspension du contrat de travail indemnisée :

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du régime obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence.

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

Article 6 Portabilité

L'article 8.2 de l'accord « Portabilité », devenant l'article 7.2, est complété par les dispositions suivantes :

« En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

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

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

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

Article 7 Principe de solidarité

Il est inséré après l'article 8 « Maintien de garanties au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé », devenant l'article 7, un article 8 intitulé et rédigé comme suit :

« Article 8

Mise en œuvre du principe de solidarité

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

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

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

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent régime frais de santé doivent notamment comprendre :

- une action collective de prévention sur les troubles musculosquelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou de maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention pour les salariés seniors et les nouveaux retraités traitant de la transition vie professionnelle/retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole notamment en cas de handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur une exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou de leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail tel que défini à l'article 6.3 ci-avant du présent accord. »

La numérotation des articles postérieurs est modifiée en conséquence.

Article 8 Révision et dénonciation

Il est inséré après l'article 9 « Clause de réexamen », un article 10 intitulé et rédigé comme suit :

« Article 10

Révision et dénonciation

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

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

La demande de révision, pouvant intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles se réunit alors dans le délai d'un mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision. Ce dernier, s'il est conclu, se substitue de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifie.

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

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

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles se réunit alors dans le délai d'un mois à compter de la réception de la notification afin de procéder à de nouvelles négociations et d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de trois mois. En tout état de cause, l'accord dénoncé continue de produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du préavis de trois mois. »

Article 9 Annexes

Les annexes A et B de l'accord présentant les garanties complémentaires frais de santé sont modifiées et jointes au présent avenant.

Article 10 Entrée en vigueur

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

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

Article 11 Dépôt et extension

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

Annexes

Annexe A

Garanties obligatoires frais de santé

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

Hospitalisation chirurgicale et médicale, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné (1))	
Honoraires, signataires CAS (2)	330 % BR
Honoraires, non signataires CAS (2)	200 % BR

Frais de séjours	100 % BR
Maternité	1/3 PMSS bénéficiaire
Chambre particulière	0,9 % PMSS/jour
Forfait hospitalier	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Soins de ville (secteur conventionné et non conventionné (1))	
Consultations et visites, généralistes et spécialistes, signataires CAS (2)	100 % BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes, non signataires CAS (2)	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité, signataires CAS (2)	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité, non signataires CAS (2)	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, signataires CAS (2)	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, non signataires CAS (2)	100 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	455 % BR
Autre appareillage remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Pharmacie	
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR ou TFR
Transport	
Transport remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR
Frais dentaires	
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale ou la MSA : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR
Inlays-onlays remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR
Inlays-cores	210 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale ou la MSA : - couronnes, bridges et inter de bridges - couronnes sur implant - prothèses dentaires amovibles - réparations sur prothèses	210 % BR + 10,5 % PMSS/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	250 % BR
Frais d'optique	
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans) (3)	
Monture	125 €
Verres (par paire)	Cf. grille optique
Lentilles remboursées par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR + 100 €/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale ou la MSA (y compris jetables)	100 €/an/bénéficiaire
Prévention et autres soins	
Cure thermique remboursée par la sécurité sociale ou la MSA : honoraires et soins	100 % BR
Actes de prévention (4)	Pris en charge

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) CAS : contrat d'accès aux soins conclu entre l'assurance maladie et le médecin de secteur 2, le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et le médecin de secteur 1 disposant des titres lui permettant d'accéder au secteur 2 ; ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie.

(3) La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, période réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement par le bénéficiaire. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verre et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

(4) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale / BR : base de remboursement de la sécurité sociale / CAS : contrat d'accès aux soins / FR : frais réels / MR : montant remboursé par la sécurité sociale / PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année.

Grille Optique

Adultes (18 ans et plus), par verre

Code LPP	Désignation	Tarif TIPS	Sphère	Cylindre	Base
Verres simples					
2203240	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	2,29 €	[0-2]	0	108 €
[2-4]					
2287916	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6 à + 6				
[4-6]					
2280660	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10	4,12 €	[6-10]	0	116 €
2282793	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2265330	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10				
2263459	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2235776	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10	7,62 €	> 10	0	129 €
2295896	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10				
2259966	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6	3,66 €	[0-2]	[0-4]	114 €
2226412	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6	[2-4]			
[4-6]					
2284527	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	6,86 €	[6-20]	[0-4]	126 €
2254868	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
2212976	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6	6,25 €	[0-6]	[4-6]	124 €
2252668	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6				
2288519	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	9,45 €	6-20]	[4-6]	136 €
2299523	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
Verres multifocaux ou progressifs					
2290396	Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	7,32 €	[0-2]	0	128 €

2291183	Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	[2-4]			
2245384	Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	10,82 €	[4-8]	0	142 €
2295198	Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	[8-20]			
2227038	Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	10,37 €	[0-2]	[0-6]	140 €
	[2-4]				
2299180	Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	[4-6]			
	[6-8]				
2202239	Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8	24,54 €	[8-20]	[0-6]	195 €
2252042	Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8				

Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre, 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est <= à + 4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de, 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à + 4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries.

Enfants (moins de 18 ans), par verre

Code LPP	Désignation	Tarif TIPS	Sphère	Cylindre	Base
Verres simples					
2261874	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	12,04 €	[0-2]	0	173 €
	[2-4]				
2242457	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	[4-6]			
2243304	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10	26,68 €	[6-10]	0	258 €
2243540	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2291088	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10				
2297441	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2273854	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10	44,97 €	> 10	0	313 €
2248320	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10				
2200393	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6	14,94 €	[0-2]	[0-4]	173 €
	[2-4]				
2270413	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6	[4-6]			
2283953	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	36,28 €	[6-20]	[0-4]	295 €
2219381	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
2238941	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6	27,90 €	[0-6]	[4-6]	262 €

2268385	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6				
2245036	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	46,50 €	]6-20]	]4-6]	313 €
2206800	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
Verres multifocaux ou progressifs					
2259245	Verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	39,18 €	[0-2]	0	306 €
2264045	Verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	]2-4]			
2238792	Verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	43,30 €	]4-8]	0	313 €
2202452	Verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	]8-20]			
2240671	Verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	43,60 €	[0-2]	]0-6]	313 €
]2-4]					
2282221	Verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	]4-6]			
]6-8]					
2234239	Verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8	66,62 €	]8-20]	]0-6]	313 €
2259660	Verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8				

Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre, 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est <= à + 4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de, 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à + 4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries.

Annexe B

Garanties facultatives frais de santé, Régime optionnel

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

Hospitalisation chirurgicale et médicale, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné (1))	
Honoraires, signataires CAS (2)	530 % BR
Honoraires, non signataires CAS (2)	200 % BR
Frais de séjours	100 % BR
Maternité	1/3 PMSS bénéficiaire
Chambre particulière	1,82 % PMSS pendant 60 jours puis 0,90 % PMSS/jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	1,82 % PMSS pendant 30 jours
Forfait hospitalier	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Soins de ville (secteur conventionné et non conventionné (1))	
Consultations et visites, généralistes et spécialistes, signataires CAS (2)	200 % BR

Consultations et visites, généralistes et spécialistes, non signataires CAS (2)	180 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité, signataires CAS (2)	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité, non signataires CAS (2)	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, signataires CAS (2)	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, non signataires CAS (2)	100 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	455 % BR + 7 % PMSS/an/bénéficiaire
Autre appareillage remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	300 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Pharmacie	
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR ou TFR
Transport	
Transport remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR
Frais dentaires	
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale ou la MSA : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR
Inlays-onlays remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR
Inlays-cores	210 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale ou la MSA : - couronnes, bridges et inter de bridges - couronnes sur implant - prothèses dentaires amovibles - réparations sur prothèses	210 % BR + 12,25 % PMSS/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	250 % BR
Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	3,5 % PMSS/an/bénéficiaire
Frais d'optique	
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans) (3)	
Monture	125 €
Verres (par paire)	Cf. grille optique
Lentilles remboursées par la sécurité sociale ou la MSA	100 % BR + 100 €/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale ou la MSA (y compris jetables)	100 €/an/bénéficiaire
Prévention et autres soins	
Cure thermale remboursée par la sécurité sociale ou la MSA : honoraires et soins	100 % BR
Vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	40 €/an/bénéficiaire
Actes de prévention (4)	Pris en charge

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) CAS : contrat d'accès aux soins conclu entre l'assurance maladie et le médecin de secteur 2, le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et le médecin de secteur 1 disposant des titres lui permettant d'accéder au secteur 2 ; ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie.

(3) La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, période réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement par le bénéficiaire. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verre et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

(4) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale / BR : base de remboursement de la sécurité sociale / CAS : contrat d'accès aux soins / FR : frais réels / MR : montant remboursé par la sécurité sociale / PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année.

Grille Optique

Adultes (18 ans et plus), Par verre

Code LPP	Désignation	Tarif TIPS	Sphère	Cylindre	Option
Verres simples					
2203240	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	2,29 €	[0-2]	0	144 €
[2-4]					
2287916	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6 à + 6				
[4-6]					
2280660	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10	4,12 €	[6-10]	0	151 €
2282793	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2265330	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10				
2263459	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2235776	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10	7,62 €	> 10	0	164 €
2295896	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10				
2259966	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6	3,66 €	[0-2]	[0-4]	149 €
[2-4]					
2226412	verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6				
[4-6]					
2284527	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	6,86 €	[6-20]	[0-4]	161 €
2254868	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
2212976	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6	6,25 €	[0-6]	[4-6]	159 €
2252668	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6				
2288519	Verre blanc simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	9,45 €	[6-20]	[4-6]	172 €
2299523	Verre teinté simple foyer, > ou = à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
Verres multifocaux ou progressifs					

2290396	Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	7,32 €	[0-2]	0	163 €
2291183	Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	]2-4]			
2245384	Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	10,82 €	]4-8]	0	177 €
2295198	Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	]8-20]			
2227038	Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	10,37 €	[0-2]	]0-6]	175 €
]2-4]					
2299180	Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	]4-6]			
]6-8]					
2202239	Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8	24,54 €	]8-20]	]0-6]	230 €
2252042	Verre teinté multifocal ou progressif, > ou = à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8				

Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre, 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est <= à + 4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de, 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à + 4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries.

Enfants (moins de 18 ans), par verres multifocaux ou progressifs

Code LPP	Désignation	Tarif TIPS	Sphère	Cylindre	Option
Verres simples					
2261874	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	12,04 €	[0-2]	0	173 €
]2-4]					
2242457	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6 à + 6	]4-6]			
2243304	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10	26,68 €	]6-10]	0	293 €
2243540	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2291088	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de + 6,25 à + 10				
2297441	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère de, 6,25 à, 10				
2273854	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10	44,97 €	> 10	0	313 €
2248320	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, sphère HZ de, 10 à + 10				
2200393	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6	14,94 €	[0-2]	]0-4]	173 €
]2-4]					
2270413	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère de, 6 à + 6				
]4-6]					
2283953	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	36,28 €	]6-20]	]0-4]	313 €
2219381	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre < ou = à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				

2238941	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6	27,90 €	[0-6]	[4-6]	297 €
2268385	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère de, 6 à + 6				
2245036	Verre blanc simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6	46,50 €	[6-20]	[4-6]	313 €
2206800	Verre teinté simple foyer, < à 18 ans, cylindre > à + 4, sphère HZ de, 6 à + 6				
Verres multifocaux ou progressifs					
2259245	Verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	39,18 €	[0-2]	0	313 €
2264045	Verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 4 à + 4	[2-4]			
2238792	Verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	43,30 €	[4-8]	0	313 €
2202452	Verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 4 à + 4	[8-20]			
2240671	Verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	43,60 €	[0-2]	[0-6]	313 €
[2-4]					
2282221	Verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère de, 8 à + 8	[4-6]			
[6-8]					
2234239	Verre blanc multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8	66,62 €	[8-20]	[0-6]	313 €
2259660	Verre teinté multifocal ou progressif, < à 18 ans, sphère HZ de, 8 à + 8				

Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre, 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est <= à + 4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de, 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à + 4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries.

Avenant n° 5 du 16 septembre 2016 à l'accord du 7 octobre 2009 relatif aux frais de santé (Lot) (Avenant n° 1 du 16 septembre 2016)

16 septembre 2016, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er juillet 2017 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2017-17](#)

Préambule

Au vu des dernières modifications légales et réglementaires sur les régimes frais de santé, les organisations professionnelles et syndicales signataires ont décidé de supprimer la condition d'ancienneté, pour bénéficier de la complémentaire santé. En conséquence, l'accord départemental du 7 octobre 2009 sur la mise en place d'un régime complémentaire frais de santé au profit des salariés agricole, relevant dudit accord et non affiliés à l'AGIRC des exploitations agricoles du Lot, est modifié comme suit.

Article 1er Salariés bénéficiaires

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

« Article 3

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié non cadre relevant du champ d'application dudit accord, non affilié à l'AGIRC et quelle que soit leur ancienneté. (1)

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

Article 3.1

Dispenses d'affiliation

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

- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail ou de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties ;
- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail ou de mission d'une durée inférieure à 12 mois même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés et les apprentis à temps partiel et dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation salariale au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. En cas d'augmentation de la rémunération, si la cotisation salariale représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement s'affilier au régime mis en place par l'accord ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus l'ACS ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties.

Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

- à condition d'en justifier chaque année, les salariés (y compris étrangers) bénéficiaires par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en qualité d'ayants droit, d'une couverture collective à adhésion obligatoire mise en place dans une autre entreprise (salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire).

Cette dernière dispense d'affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de cessation de la couverture obligatoire ou à la demande du salarié.

- les salariés ayant plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord et dont un seul de ces employeurs cotise auprès de l'organisme désigné.
- les salariés bénéficiant par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective :
 - , dans le cadre du régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
 - , dans le cadre du régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'État, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
 - , dans le cadre du régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
 - , dans le cadre des contrats d'assurance de groupe dits "Madelin".

Toute demande de dispense doit être notifiée, par écrit, à l'employeur au plus tard avant la fin du 1er mois qui suit l'entrée en vigueur du présent accord ou celui de la date d'embauche si elle est postérieure.

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

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

Article 3.2

Couverture facultative

L'article 3.2.1 « Salariés relevant du champ d'application du présent accord, non affiliés à l'AGIRC et ayant moins de 3 mois d'ancienneté continue » est supprimé.

(1) Le troisième alinéa de l'article 1er est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.

(Arrêté du 1er juin 2017 - art. 1)

Article 2 Cotisations

L'article 6.1 de l'accord « Taux de cotisations et répartition », est modifié et remplacé par les dispositions suivantes :

« Le présent accord relève de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale *applicable au régime agricole par renvoi prévu à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime* (1). 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.

Elles peuvent être revues, en fonction de l'équilibre du régime ou en cas de modification de ces textes.

Le taux global de la cotisation mensuelle du présent régime de "remboursement complémentaire de frais de santé" couvrant le seul salarié à titre obligatoire, est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est égal, pour les exercices 2016 et suivants à :

- 0,72 % du PMSS.

Il est réparti comme suit :

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

Le salarié peut affilier, facultativement, ses ayants droit, tels que définis à l'article 6.2 du présent accord, selon les options suivantes :

- faire garantir dans les conditions prévues à l'article 3.2.2 le remboursement des frais de santé engagés par la famille (conjoint et/ou le cas échéant enfant(s) à charge) du salarié moyennant un taux de cotisation spécifique de 2,13 % du PMSS ;

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles dans les conditions prévues à l'article 3.2.3 et telles que définies à l'annexe B, il doit acquitter en totalité les cotisations supplémentaires soit :

- 0,21 % du PMSS pour le salarié seul ;
- 0,47 % du PMSS pour le salarié et ses ayants droit. »

Les autres dispositions de l'article 6.1 sont inchangées.

(1) Au deuxième alinéa de l'article 2, les mots « applicable au régime agricole par renvoi prévu à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime » sont exclus du bénéfice de l'extension au motif qu'ils contreviennent aux dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

(Arrêté du 1er juin 2017 - art. 1)

Article 3 Entrée en vigueur

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

Article 4 Dépôt et extension

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

Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant, qui sera déposé au pôle « Politique du travail » de la DIRECCTE.

Avenant n° 10 du 6 juillet 2023 à l'accord du 7 octobre 2009 relatif aux frais de santé (Lot)

6 juillet 2023, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 6 juillet 2023 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2024-3](#)

Préambule

La commission mixte paritaire de suivi de l'accord départemental exploitation et production agricole du Lot a souhaité améliorer les garanties proposées dans le cadre du régime frais de santé.

Le présent avenant prévoit l'ajout de garanties de médecine douce et complète le tableau de garantie figurant à

l'annexe V de l'accord départemental mis à jour le 2 novembre 2015, portant sur les frais de santé en agriculture pour les salariés non affiliés à l'Agirc des exploitations agricoles du lot comme suit.

Article 1er Amélioration des garanties

L'annexe V consacrée aux garanties frais de santé du régime et à la description des garanties, est complétée par la clause suivante :

Médecine additionnelle et de prévention non remboursée par la sécurité sociale ou la MSA, sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel	Régime socle	Socle + SURCOMPL
Acupuncteur, pédicure-podologue, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, étiope, homéopathe, mésothérapeute, micro-kinésithérapeute, naturopathe, nutritionniste, optométriste, ostéopathe, phytothérapeute, psychologue, psychomotricien, réflexologue, sophrologue, tabacologue	50 € [1]	50 € [1]
[1] Forfait par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire		

Article 2 Entreprises de moins de 50 salariés

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, quel que soit leur effectif.

En conséquence, le thème de négociation du présent avenant ne peut donner lieu à des stipulations différentes selon l'effectif de l'entreprise.

Ainsi, dans le cadre de la demande d'extension et conformément aux dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires indiquent expressément que l'objet du présent avenant ne justifie pas de mesure spécifique pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Article 3 Dépôt et extension

Le présent avenant sera applicable pour l'ensemble des organisations syndicales signataires à partir du 6 juillet 2023.

Les parties contractantes demandent l'extension du présent avenant dont les dispositions prendront effet à compter du 1er jour du mois civil suivant la parution au Journal officiel de l'arrêté d'extension et sera applicable à tous à cette date.

Le présent avenant fera l'objet des formalités de dépôt dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6, L. 2261-1 et D. 2231-2 du code du travail ainsi que les formalités nécessaires à son extension.