CartoAgri, accord territorial

Frais de santé et prévoyance des non-cadres, Bouches-du-Rhône (accord du 4 décembre 2015), Bouches-du-Rhône (13)

Accord consolidé et avenants en vigueur dans ce département

Texte	Accord du 4 décembre 2015 instituant une assurance complémentaire frais de santé et un régime de prévoyance pour les salariés agricoles non cadres des Bouches-du-Rhône
État	En vigueur, étendu
Départements	Bouches-du-Rhône (13)
Textes en vigueur	5
Légifrance	https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000053615470

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 : Bouches-du-Rhône (13) 5 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 : Bouches-du-Rhône (13)

Accord du 4 décembre 2015 instituant une assurance complémentaire frais de santé et un régime de prévoyance pour les salariés agricoles non cadres des Bouches-du-Rhône

4 décembre 2015, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2016 Légifrance

Préambule

Le présent accord a pour objet de mettre en place un régime d'assurance complémentaire santé et prévoyance individuel et obligatoire au bénéfice des salariés relevant de son champ d'application.

Les partenaires sociaux signataires entendent ainsi :
- permettre aux salariés des entreprises et exploitations agricoles et des coopératives d'utilisation du matériel agricole des Bouches-du-Rhône de bénéficier d'une couverture santé et prévoyance offrant un niveau de garantie supérieur aux garanties minimum obligatoires de l'accord national du 10 juin 2008 révisé par l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015 (« socle national minimum obligatoire ») ;
- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche professionnelle ;
- conserver la maîtrise du régime de protection sociale au niveau départemental.

Article 1er Champ d'application

Le présent accord est applicable à l'ensemble des salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 des exploitations agricoles, relevant des activités de la production agricole, et des coopératives d'utilisation du matériel agricole du département des Bouches-du-Rhône.

Champ d'application professionnel :

Sont concernés tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, y compris les apprentis, de nationalité française ou étrangère :
- des exploitations agricoles de culture et d'élevage de quelque nature qu'elles soient, à l'exception des activités d'accouvage, d'aquaculture, de conchyliculture ;
- des établissements de toute nature, dirigés par l'exploitant agricole, en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles, lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production, ou des structures d'accueil touristique, situées sur l'exploitation ou dans les locaux de celle-ci, notamment d'hébergement et de restauration ;
- des coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA).

Champ d'application territorial :

Sont concernés tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et apprentis des entreprises dont le siège social est situé sur le département des Bouches-du-Rhône. Sont également concernés les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et apprentis des établissements autonomes situés dans ce département.

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur pour l'ensemble des entreprises et salariés compris dans son champ d'application à compter du 1er janvier 2016 si son arrêté d'extension est publié avant cette date.

En tout état de cause, il s'imposera à compter du 1er janvier 2016 aux salariés ressortissant d'entreprises adhérentes aux organisations signataires.

Dans le cas où cet accord serait étendu postérieurement au 1er janvier 2016, les entreprises non adhérentes aux organisations signataires pourront également appliquer le présent accord de manière volontaire pour leurs salariés dès le 1er janvier 2016. En tout état de cause, il s'appliquera à ces entreprises à compter du premier jour du mois civil suivant la publication de l'arrêté d'extension au Journal officiel s'il est publié après le 1er janvier 2016.

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

Dès son entrée en vigueur ou son application à titre volontaire, et en tout de cause au 1er janvier 2016 pour les salariés ressortissant d'entreprises adhérentes aux organisations signataires, il s'appliquera en lieu et place des dispositions de l'accord départemental du 6 octobre 2009 instituant une assurance complémentaire frais de santé pour les salariés agricoles non cadres des Bouches-du-Rhône et de l'accord départemental du 6 octobre 2009 pour un régime de prévoyance des salariés non cadres des exploitations agricoles des Bouches-du-Rhône, dénoncés par la fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles des Bouches-du-Rhône et la fédération départementale des coopératives d'utilisation du matériel agricole des Bouches-du-Rhône, et dont l'application devait cesser au plus tard le 20 mars 2016.

Article 3 Dispositif frais de santé

Article 3.1 Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord relevant du dispositif versement de santé s'appliquent à tous les salariés relevant du présent accord titulaires d'un contrat à durée indéterminée ou d'un contrat à durée déterminée de plus de 3 mois ou à terme imprécis quelle que soit la durée de la période minimale dans une entreprise ou une exploitation agricole entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont exclus du dispositif versement 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, cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les VRP ressortissants d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission à terme précis d'une durée inférieure ou égale à 3 mois. Pour ces salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé est assurée par le dispositif versement santé tel que défini dans l'article 3.8 du présent accord.

Toutefois l'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole pourra, conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, étendre facultativement ou obligatoirement le dispositif versement de santé, détaillé ci-après, aux ayants droit du salarié.

Article 3.2 Définition des ayants droit

Dans l'hypothèse où le système de garanties collectives frais de santé applicable à l'exploitation ou à l'entreprise agricole met en place une couverture facultative ou obligatoire au bénéfice des ayants droit du salarié bénéficiaire du dispositif frais de santé, les définitions des ayants droit ci-dessous leur sont applicables :
- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparée de corps et non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins doivent n'être ni l'un ni l'autre par ailleurs mariés ou liés par un Pacs. La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;
- les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire de Pacs ou de son concubin :
-, âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du salarié, de son conjoint, partenaire de pacs ou concubin ;
-, âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
-, âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
-, quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adultes handicapés (AAH) (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de

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

Article 3.3 Cas de dispense d'adhésion du dispositif frais de santé

Par exception aux dispositions de l'article 3 du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

Cette possibilité de dispense d'adhésion concernera les salariés qui relèvent de l'une des situations définies ci-après et qui en font la demande expresse écrite auprès de l'employeur en apportant, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :

1. Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission à condition de le justifier par écrit et de produire tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ; c'est l'organisme assureur qui vérifie la conformité de la demande de dispense ; en cas de recours du salarié, c'est la commission paritaire de suivi définie à l'article 6 qui tranche le litige (1) ;

2. Les salariés ou apprentis à temps partiel dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ; c'est l'organisme assureur qui vérifie la conformité de la demande de dispense ; en cas de recours du salarié, c'est la commission paritaire de suivi définie à l'article 6 qui tranche le litige (1) ;

3. Les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

4. Les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;

5. Les salariés bénéficiant par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après à condition de le justifier chaque année :
- dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif obligatoire (la dispense d'adhésion ne peut donc jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
- régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
- régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » ;
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

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

L'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Le salarié devra, pour continuer à bénéficier de la dispense, produire chaque année auprès de son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense. En cas de non fourniture de ces justificatifs à la date anniversaire de la dispense initiale, le salarié cotisera obligatoirement au régime frais de santé objet du présent accord le premier jour du mois civil suivant cette date anniversaire.

(1) Les 1 et 2 de l'article 3-3 sont étendus sous réserve de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale.

(Arrêté du 7 mars 2016 - art. 1)

Article 3.4 Garanties

Le présent régime couvre le salarié seul.

Il a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime social de base, dans la limite des frais réels.

Il s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits « responsables » définis par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004. Ainsi, le présent régime ne rembourse ni les pénalités mises à la charge de l'assuré, notamment en cas de non-respect du parcours de soins, ni la participation forfaitaire et la franchise prévues par les II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

La nature et le montant des prestations sont présentés dans le tableau en annexe I du présent accord.

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 4.1 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Article 3.5 Contrat « solidaire » et « responsable »

Le présent régime s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits “responsables”, institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures. En cas de modifications législatives et/ou réglementaires, les garanties seront automatiquement révisées dans les conditions et délais fixés par les textes.

À ce titre, il répond à l'ensemble des conditions de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L. 911-7 et D. 911-1 de ce même code.

Les remboursements garantis par le présent contrat s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux, dans la limite des frais réellement engagés.

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

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, c'est-à-dire du 1er janvier au 31 décembre, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au tableau de garanties.

(1) Article étendu sous réserve des dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 21 mai 2025 - art. 1)

Article 3.6 Portabilité « loi Evin »

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « loi Evin », et sous condition d'avoir effectivement déclenché les droits au dispositif frais de santé du présent accord, l'organisme assureur maintient cette couverture à titre individuel avec des garanties identiques à celles des salariés actifs, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit :
- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit ;
- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

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

globaux applicables aux salariés actifs.

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

Article 3.7 Financement du dispositif

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

Si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit ou s'il souhaite souscrire des garanties facultatives optionnelles, il devra effectuer les démarches nécessaires directement auprès de l'assureur et en assurer la totalité du financement.

En revanche, si l'employeur, dans le cadre des dispositions de l'acte juridique défini à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale instituant ou modifiant les garanties collectives applicables à ses salariés, choisit :
- d'étendre obligatoirement la couverture frais de santé aux ayants droit de ces derniers ;
- ou de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du présent accord,
ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre.

Pour le mois embauche d'un salarié, la cotisation est proratisée au nombre de jours calendaires de présence dans l'entreprise au cours de ce mois.

Article 3.8 Dispositif versement santé

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

Objet :

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

Bénéficiaires :

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

Conditions :

Pour bénéficier du versement santé les salariés doivent justifier auprès de leur employeur du bénéfice d'une couverture individuelle par un contrat de complémentaire santé responsable tel que défini à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et portant sur la période concernée. Le salarié doit fournir à l'employeur un justificatif (attestation de l'organisme assureur, déclaration sur l'honneur…). Le salarié ne peut pas cumuler le versement santé avec l'un des dispositifs suivants :
- la couverture maladie universelle, complémentaire (CMU-C) ;
- l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé (ACS) ;
- une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit ;
- ou une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Modalités :

Lors de la conclusion du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission, le salarié doit être informé par l'employeur :
- de l'existence du dispositif versement santé ;

- des justificatifs à fournir et du délai de présentation à l'employeur.

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

À défaut d'attestation d'adhésion, le salarié doit remettre à l'employeur une copie de l'attestation de la carte de tiers payant santé (ou similaire) et s'engager à transmettre sous 21 jours (ou dans la limite de la date de fin du contrat de travail pour les contrats plus courts) l'attestation de l'assureur de l'adhésion à une complémentaire santé. Le salarié ne justifiant pas du bénéfice d'un contrat responsable ne pourra pas prétendre au versement santé et ne sera pas couvert au titre de la couverture collective obligatoire.

Calcul du versement santé :

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

Cette participation patronale correspond à un montant mensuel équivalant à la contribution patronale de la couverture collective et obligatoire de frais de santé majorée de 25 %. En tout état de cause, en application de l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale, le montant de référence ne peut être inférieur à 15 €. (1)

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures mensuelles pour les salariés à temps partiel.

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

(1) Le montant mentionné à l'alinéa 21 de l'article 2.2 est étendu sous réserve de l'arrêté du 20 avril 2017 susvisé qui a revalorisé, pour 2017, à 15,26 € le versement mentionné à l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 25 janvier 2018 - art. 1)

Article 4 Dispositif prévoyance

Article 4.1 Bénéficiaires

Les dispositions du présent accord au titre des garanties prévoyance s'appliquent à tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 ayant au moins 6 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont donc exclus du dispositif de prévoyance :
- 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, cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP ressortissants d'autres dispositions conventionnelles.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au 1er jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 6 mois d'ancienneté.

Article 4.2 Définition des ayants droit

Pour l'application des dispositions du présent dispositif prévoyance, il faut entendre par ayants droit :
- le conjoint : personne liée au salarié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparée de corps et non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le salarié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins doivent n'être ni l'un ni l'autre par ailleurs mariés ou liés par un Pacs. La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

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

Article 4.3 Assiette de calcul des cotisations

Le salaire de référence servant de base au calcul des cotisations est égal aux rémunérations brutes des salariés, entrant dans l'assiette des cotisations de la sécurité sociale, telles que définies par l'article L. 242-1 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, dans la limite de 4 fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale (tranches A et B).

Article 4.4 Assiette de calcul des prestations

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal aux rémunérations brutes des salariés entrant dans l'assiette des cotisations de la sécurité sociale telles que définies par l'article L. 242-1 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, dans la limite de 4 fois le montant du plafond de la sécurité sociale (tranches A et B), déclarées soit au cours des 12 mois précédant l'événement, soit en se rapportant à la période de référence retenue par la sécurité sociale pour déterminer le salaire journalier ou mensuel de référence servant au calcul de ses prestations.

Lorsque la période de référence des 12 derniers mois précédant l'événement n'est pas complète, le salaire annuel servant de base au calcul des prestations est reconstitué pro rata temporis.

Si une période de maladie a précédé le décès, le salaire de référence est revalorisé au minimum en fonction de l'évolution du point AGIRC-ARRCO intervenue entre la date d'arrêt de travail (l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'incapacité, temporaire ou permanente, professionnelle), l'invalidité ou le décès. L'organisme assureur devra cependant comparer le salaire de référence ainsi revalorisé avec le salaire de référence résultant de l'application de l'article 5.8 de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance. Si le salaire de référence résultant de l'application de l'accord national est supérieur au salaire de référence revalorisé par l'assureur en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO, l'assureur devra appliquer le salaire de référence résultant de l'application de l'accord national.

Si une période d'incapacité temporaire, professionnelle ou non, a précédé l'état d'incapacité permanente professionnelle ou d'invalidité, le salaire de référence est revalorisé au minimum compte tenu de l'évolution du point AGIRC-ARRCO intervenue entre la date d'arrêt de travail et la reconnaissance de l'incapacité permanente professionnelle ou de l'invalidité. L'organisme assureur devra cependant comparer le salaire de référence ainsi revalorisé avec le salaire de référence résultant de l'application de l'article 5.8 de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance. Si le salaire de référence résultant de l'application de l'accord national est supérieur au salaire de référence revalorisé par l'assureur en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO, l'assureur devra appliquer le salaire de référence résultant de l'application de l'accord national.

Article 4.5 Niveau des garanties du dispositif prévoyance

Les organisations signataires précisent que cet accord a pour objectif de mettre en place un régime de prévoyance garantissant à tous les bénéficiaires les prestations définies ci-dessous.

La nature et le montant des prestations sont présentés dans le tableau en annexe II du présent accord.

4.5.1 Garanties en cas de décès

En cas de décès du salarié quelle qu'en soit l'origine, il est versé un capital dont le montant est égal à 100 % du salaire annuel de référence au(x) bénéficiaire(s) qu'il a désigné(s) ou, en l'absence de désignation expresse de bénéficiaire, à ses ayants droit ou à défaut ses héritiers conformément à la législation et à la réglementation applicables.

Par ailleurs, en cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) *(1)* , le salarié peut percevoir à sa demande, par anticipation, le capital prévu ci-dessus. En tout état de cause, ce versement anticipé met fin à la garantie en cas de décès.

Le capital décès sera majoré de 25 % du salaire annuel de référence par enfant à charge.

Les frais d'obsèques seront remboursés dans la double limite des frais réels et de 100 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

4.5.2 Garanties en cas d'incapacité temporaire de travail (ITT)

Les prestations susceptibles d'être servies pour une incapacité temporaire sont des indemnités journalières complémentaires à celles dues par la Mutualité sociale agricole, au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles. Elles sont égales à 17 % du salaire journalier de référence.

L'indemnisation de l'organisme assureur intervient en relais des obligations de mensualisation. Plus précisément, lorsque le salarié perçoit des prestations en espèces de la Mutualité sociale agricole, l'organisme assureur lui verse une indemnité journalière complémentaire, à compter de l'expiration de la totalité des durées d'indemnisation prévues en application des dispositions légales, ou conventionnelles si ces dernières sont plus favorables que les obligations légales, relatives à la mensualisation. La mensualisation légale est applicable au titre des dispositions des articles L. 1226-1 et D. 1226-1 à D. 1226-8 du code du travail.

Lorsqu'un nouvel arrêt de travail intervient alors que le salarié en arrêt de travail a déjà bénéficié, dans les 12 mois précédents, du nombre maximal de jours donnant lieu à compléments de salaire par l'employeur au titre des obligations légales ou conventionnelles sur la mensualisation, le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient :
- à compter du premier jour d'absence *(2)* , si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion de l'accident de trajet ;
- à compter du quatrième jour d'arrêt de travail dans tous les autres cas.
Le salarié ayant 6 mois d'ancienneté ou plus et n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier des compléments de salaire à la charge de l'employeur en application des obligations légales ou conventionnelles sur la mensualisation bénéficie de l'indemnité journalière complémentaire :
- à compter du 61e jour d'absence, si celle-ci est consécutive à un accident de travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion de l'accident de trajet ;
- à compter du 71e jour d'absence dans tous les autres cas.

L'indemnité journalière complémentaire versée par l'organisme assureur est maintenue tant que les indemnités journalières sont servies par la Mutualité sociale agricole. Elle cesse en tout état de cause à la date du décès du salarié et au plus tard au 1 095e jour d'arrêt de travail.

4.5.3 Garanties en cas d'incapacité permanente professionnelle (IPP)

Cette garantie est conçue sous la forme d'une rente versée mensuellement, suite à la reconnaissance, par le régime de base de la Mutualité sociale agricole, de la stabilisation d'un état d'incapacité permanente. Elle est égale à 30 % du salaire mensuel de référence.

L'attribution de la rente est conditionnée au versement d'une rente AT/MP par la Mutualité sociale agricole pour une incapacité permanente d'origine professionnelle entraînant une impossibilité d'exercer une activité professionnelle et correspondant à un taux égal ou supérieur à 30 %. L'attribution de la rente complémentaire cesse si le taux d'incapacité devient inférieur à 30 %.

Cette rente ne peut pas se cumuler avec les indemnités journalières perçues par le salarié avant la décision de la Mutualité sociale agricole au titre de l'incapacité temporaire éventuellement prévue.

La rente d'invalidité est maintenue à l'intéressé aussi longtemps qu'il perçoit une pension de la Mutualité sociale agricole et est suspendue si la Mutualité sociale agricole suspend le versement de sa propre pension. Elle cesse définitivement au décès du salarié ou à la date de liquidation de sa pension de vieillesse du régime de base, et au plus tard à la date à laquelle il peut bénéficier de la liquidation de sa pension de vieillesse à taux plein.

4.5.4 Garanties en cas d'invalidité de 2e ou 3e catégorie

Les salariés bénéficient d'une pension d'invalidité de 2e ou 3e catégorie (garantie incapacité permanente de travail d'origine privée) en complément de celle versée par la Mutualité sociale agricole (telle que définie aux articles L. 341-1 et suivants du code de la sécurité sociale) égale à 10 % du salaire mensuel de référence.

La rente est versée dès que la MSA commence le versement de la pension d'invalidité et est maintenue à l'intéressé aussi longtemps qu'est versée ladite pension. La rente est suspendue si la MSA suspend le versement de sa propre pension.

Le salaire de référence servant au calcul des prestations est le salaire annuel brut tranches A et B, soumis à cotisations sociales au cours des 12 mois civils ayant précédé l'interruption de travail, revalorisé selon l'évolution de la valeur du point ARRCO, entre la date de l'arrêt de travail et celle du classement en invalidité. Si le salarié ne compte pas 12 mois de présence à la date de l'événement couvert, le salaire brut est reconstitué à partir de la moyenne mensuelle des salaires déclarés. Le cas échéant, les éléments variables de la rémunération sont intégrés dans le calcul de la moyenne mensuelle sur la base de 1/12 de leur montant.

Le versement de la prestation cesse définitivement au décès du salarié ou à la date de liquidation de sa pension de vieillesse du régime de base.

(1) La PTIA, nommée aussi IAD (invalidité absolue et définitive), correspond à une invalidité de 3e catégorie de la sécurité sociale ou à une incapacité permanente professionnelle consécutive à un AT/MP au taux de 66,66 %.

(2) Le premier jour d'absence, en cas d'accident du travail, s'entend comme le jour suivant le jour de l'accident, le jour de l'accident du travail devant être intégralement rémunéré par l'employeur quelle que soit l'heure de l'accident.

Article 4.6 Règle de cumul des prestations prévoyance

En aucun cas les prestations versées en application du présent accord ne pourront, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature servies par la Mutualité sociale agricole et par tout autre organisme assureur, à toute rémunération notamment en cas de reprise d'activité à temps partiel, ou prestation de l'assurance chômage, permettre au salarié de disposer de ressources supérieures à la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait continué son activité normalement au même poste de travail et pendant la période considérée.

Si tel est le cas, les prestations versées en application du présent accord seront déduites à concurrence du dépassement constaté.

Article 4.7 Exclusions des garanties prévoyance

Sont garantis en application du dispositif prévoyance du présent accord tous les risques de décès, y compris le suicide du salarié, à l'exclusion de ceux résultant :
- de la guerre civile ou étrangère ;
- du fait volontaire du bénéficiaire du capital décès.

Les autres garanties du dispositif prévoyance (incapacité temporaire, incapacité permanente professionnelle, invalidité) ne voient s'appliquer aucune cause d'exclusion.

Article 4.8 Revalorisation annuelle des prestations du dispositif prévoyance

Les prestations prévoyance, en cours de service, au titre du présent accord, feront l'objet d'une revalorisation en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO. L'organisme assureur devra cependant comparer le niveau de prestations prévoyance résultant de cette revalorisation avec le niveau de prestations prévoyance résultant de l'application de l'article 5.8 de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance. Si le niveau de prestations résultant de l'application de l'accord national est supérieur au niveau de prestations revalorisées par l'assureur en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO, l'assureur devra appliquer le niveau de prestations revalorisées de l'accord national.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat collectif, le service des prestations est maintenu, conformément aux dispositions de l'article 5.4 du présent accord, par l'assureur auprès duquel l'exploitation ou l'entreprise agricole avait fait le choix de s'assurer, au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation jusqu'à la survenance d'un événement contractuellement prévu mettant fin à la garantie (reprise d'activité, retraite, décès…).

En cas de décès faisant suite à un arrêt de travail indemnisé, le salaire de référence au titre de la présente garantie est revalorisé en fonction de la valeur du point AGIRC-ARRCO. L'organisme assureur devra cependant comparer le salaire de référence ainsi revalorisé avec le salaire de référence résultant de l'application de l'article 5.8 de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance. Si le salaire de référence résultant de l'application de l'accord national est supérieur au salaire de référence revalorisé par l'assureur en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO, l'assureur devra appliquer le salaire de référence résultant de l'application de l'accord national.

Article 4.9 Reprise du passif des garanties prévoyance

Conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale , en cas de changement d'organisme assureur par l'employeur, les prestations en cours de service à la date de ce changement continueront à être revalorisées selon les modalités prévues à l'article 4.8 ci-avant.

Lors du changement d'organisme assureur, l'employeur devra organiser la prise en charge des obligations ci-dessus définies soit par l'organisme dont le contrat a été résilié, soit par le nouvel organisme assureur.

Article 4.10 Financement du dispositif prévoyance

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur afin de couvrir les garanties collectives complémentaires prévoyance définies par le présent accord est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :
- 50 % minimum à la charge de l'employeur ;
- 50 % maximum à la charge du salarié.

La garantie incapacité temporaire de travail (ITT) définie à l'article 4.5.2 du présent accord est financée exclusivement par les cotisations salariales, en raison du principe selon lequel les indemnités journalières complémentaires versées au salarié directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un organisme assureur demeurent, en application des articles L. 136-2, L. 242-1 et R. 242-1 du code de la sécurité sociale, soumises aux cotisations de la sécurité sociale, à la CSG et à la CRDS au prorata du financement patronal *(1)* .

En tout état de cause, si des options sont mises en place obligatoirement au sein d'une entreprise ou d'une exploitation agricole, la répartition du financement de ces garanties entre l'employeur et le salarié est laissée à la discrétion des signataires de l'accord ou de l'employeur en cas de décision unilatérale de sa part.

(1) Conformément aux dispositions du n° 1.3 de la circulaire ACOSS, 2007-30 du 8 février 2007.

(a) L'article 4-10 est étendu sous réserve de l'article 49 de la loi du 30 décembre 1988 susvisée concernant l'application de la mensualisation.
(Arrêté du 7 mars 2016 - art. 1)

Article 5 Dispositions communes aux dispositifs frais de santé et prévoyance

Article 5.1 Salarié à employeurs multiples

Le cas particulier d'un salarié travaillant régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord est régi comme suit : pour les garanties collectives complémentaires frais de santé, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. Les signataires décident que cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties collectives du présent accord, sauf accord exprès écrit entre les employeurs et le salarié.

Par ailleurs, le caractère collectif et obligatoire de la couverture frais de santé ne pourra être considéré comme respecté qu'à la condition que le salarié se dispense d'adhérer, conformément aux modalités décrites à l'article 3.3 ci-dessus, à la couverture collective mise en place auprès du ou des autres employeurs à compter de l'acquisition de la condition d'ancienneté requise pour le bénéfice du dispositif.

Article 5.2 Mise en œuvre du principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies à l'article 5.2.1 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation de la couverture frais de santé et prévoyance en application du présent accord sera affectée au financement de ces mesures.

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

5.2.1 Dispositifs de prévention et d'action sociale

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent dispositif frais de santé et prévoyance, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, doivent notamment comprendre :
- une action collective de prévention visant à l'octroi d'une aide en faveur des salariés aidants visant notamment à faciliter leurs recours aux prestations et aux dispositifs de répit proposés par les associations et/ou la MSA ;
- une action collective de prévention sur les troubles musculo-squelettiques 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, au sommeil ou à la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole, notamment en cas de handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini aux articles 5.2.2 et 5.2.3.

5.2.2 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant, à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien de salaire total ou partiel par l'employeur, notamment pour un des congés ci-dessous :
- congé sans solde ;
- congé sabbatique ;
- congé parental d'éducation à temps plein ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé de solidarité internationale ;
- congé de solidarité familiale ;
- congé de formation ;
- congé d'enseignement ou de recherche.

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

5.2.3 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement, le cas échéant, à la couverture frais de santé et prévoyance est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le dispositif de protection sociale complémentaire.

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement, et la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ou complément de salaire versé(s) par l'employeur pour le mois durant lequel l'absence est intervenue.

Article 5.3 Portabilité

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés des employeurs des exploitations et entreprises agricoles entrant dans le champ d'application du présent accord et couverts collectivement par les garanties frais de santé et prévoyance bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, dans les conditions suivantes :

5.3.1 Durée et limites

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.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :
- à la date à laquelle l'ancien salarié reprend une activité professionnelle, qu'il bénéficie ou non d'une couverture dans le cadre de ce nouvel emploi ;
- 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 qu'il 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 retraite/chômage ;
- en cas de décès de l'ancien salarié.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, quel qu'en soit le motif, est sans incidence sur la durée de maintien des garanties, qui n'est pas prolongée d'autant.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires, en application du dispositif frais de santé et prévoyance prévu par le présent accord, aient été ouverts chez le dernier employeur.

5.3.2 Garanties maintenues

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'exploitation ou l'entreprise agricole. Quant aux garanties collectives concernées, il peut s'agir des garanties obligatoires ou facultatives, étant précisé que s'il s'agit de garanties facultatives prévues par l'un des actes mentionnés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, le salarié doit avoir demandé à en bénéficier avant la rupture de son contrat de travail pour que la portabilité soit assurée pour cette couverture optionnelle.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité sont modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

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

La portabilité s'applique dans les mêmes conditions le cas échéant aux ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail de l'intéressé (notamment dans le cadre des systèmes de garanties dans l'entreprise ou l'exploitation agricole plus favorables sur ce point, c'est-à-dire prévoyant l'extension de la couverture aux ayants droit du salarié).

5.3.3 Formalités de déclaration

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur qui met en œuvre la couverture dont il bénéficiait, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article 5.3, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après.

L'employeur signale la possibilité de maintien des garanties dans le certificat de travail du salarié et il informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail de celui-ci.

Pour bénéficier du maintien, l'ancien salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par

l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties (notamment les justificatifs de versement des allocations chômage de chaque mois pour lequel les prestations sont dues).

En outre, l'ancien salarié doit informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, quel qu'en soit le motif, est sans incidence sur le calcul de la durée du maintien de couverture, qui ne sera donc pas prolongée d'autant.

5.3.4 Cotisations

La portabilité du présent article est financée par un système de mutualisation intégré aux cotisations ; ainsi, les anciens salariés en bénéficient sans contrepartie de cotisation. Le coût lié à ce dispositif est intégré à la cotisation des salariés en activité.

Article 5.4 Maintien des garanties

Conformément aux dispositions de l'article 7 de la loi Evin du 31 décembre 1989, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat collectif d'assurance que l'employeur a souscrit afin de couvrir les garanties prévoyance du présent accord est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées qui sont acquises ou nées pendant son exécution.

Par ailleurs, conformément aux dispositions de l'article 7.1 de la loi Evin du 31 décembre 1989, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat collectif d'assurance que l'employeur a souscrit afin de couvrir les garanties prévoyance du présent accord est sans effet sur les prestations à naître au titre du maintien de garantie en cas de survenance du décès avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité, telle que définie par le présent accord.

Article 5.5 Maintien de la couverture

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi Evin du 31 décembre 1989, les clauses des contrats collectifs d'assurance, permettant à l'employeur de couvrir ses obligations au titre du présent accord, devront prévoir les modalités et les conditions tarifaires selon lesquelles le ou les organismes assureurs maintiendront cette couverture, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit des salariés concernés, sous réserve qu'ils en fassent la demande, avant la fin du délai de préavis, en cas de résiliation ou de non-renouvellement desdits contrats collectifs.

Dès lors, si ledit contrat collectif d'assurance prend fin, quelle que soit la partie qui en a pris l'initiative, il devra prévoir la possibilité pour l'assuré de souscrire individuellement un contrat frais de santé ou prévoyance auprès de l'assureur qui avait pris en charge l'assurance de groupe, qui a été résiliée ou non renouvelée.

Article 5.6 Information des assurés

Les parties signataires rappellent que les employeurs des exploitations et entreprises agricoles sont tenus de remettre à leurs salariés un exemplaire de la notice d'information qui leur sera remise par l'organisme assureur auprès duquel ils auront souscrit les garanties au titre du présent accord.

Cette notice définit notamment lesdites garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir, les exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Les salariés seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

Article 6 Commission paritaire de suivi

Une commission paritaire de suivi, constituée des organisations professionnelles signataires, se réunira au moins une fois par an afin notamment d'examiner les aménagements à apporter aux dispositions du présent accord qui s'avéreraient nécessaires.

Cette commission paritaire de suivi pourra ainsi faire des propositions aux partenaires sociaux de la commission mixte,

celle-ci restant seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

Article 7 Dépôt et publicité

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties selon les modalités définies dans l'article L. 2261-9 du code du travail.

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

Les parties signataires demandent l'extension du présent accord.

Annexes

Annexe I

Tableau des garanties frais de santé

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

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

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

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

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

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

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20250014_0000_0059.pdf/BOCC

Annexe II
Dispositif prévoyance

Fait générateur	Prestation(s)
Décès toute cause du salarié	Capital décès : 100 % du salaire annuel brut TA + TB Majoration du capital décès : 25 % du salaire annuel brut par enfant à charge Frais d'obsèques : 100 % du PMSS dans la limite des frais réels
Incapacité temporaire de travail	17 % du salaire journalier TA + TB en relais des prestations brutes de la MSA
Incapacité permanente d'origine professionnelle (IPP) si taux d'IPP <= 30 %	30 % du salaire mensuel brut TA + TB en complément des prestations brutes de la MSA

Garantie invalidité catégories 2 et 3	10 % du salaire mensuel brut TA + TB en complément des prestations brutes de la MSA

La tranche A (TA) est égale à la rémunération brute soumise à cotisations limitée au plafond de la sécurité sociale. Ce plafond est de 3 170 € pour 2015. Il est revalorisé chaque année.

La tranche B (TB) est égale au salaire brut soumis à cotisations, déduction faite de la tranche A et limité à 3 fois le plafond de la sécurité sociale.

Avenant n° 1 du 1er juin 2017 à l'accord du 4 décembre 2015 relatif aux frais de santé et à la prévoyance (Bouches-du-Rhône)

1er juin 2017, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er juin 2017 Légifrance PDF officiel du BO n°2017-52

Préambule

Le 4 décembre 2015, les parties ont mis en place un accord départemental instituant une assurance complémentaire frais de santé et un régime de prévoyance pour les salariés agricoles non cadres des Bouches-du-Rhône.

Cet accord a été rendu obligatoire par arrêté en date du 7 mars 2016 pour tous les employeurs et tous les salariés compris dans son champ d'application professionnel et territorial, avec une réserve sur le respect des dispositions légales à compter du 1er janvier 2016 (rappel de l'obligation légale de l'employeur d'affilier tous ses salariés dès le premier jour).

Les parties constatent que l'affiliation de l'ensemble des salariés dès l'embauche quelle que soit la durée de leur contrat pose des difficultés pratiques aux différents organismes assureurs. Elles relèvent qu'en raison de ces obstacles techniques, les employeurs sont trop souvent mis face à des situations juridiques complexes qu'ils peinent à gérer et que les salariés titulaires de contrats courts se trouvent pénalisés.

Les parties considèrent qu'il serait irresponsable de maintenir les employeurs et les salariés dans une incertitude juridique nuisible aux uns comme aux autres.

Le présent avenant a pour objectif de simplifier les affiliations en rendant applicable le régime collectif obligatoire uniquement aux salariés bénéficiaires d'un CDI et d'un CDD d'une durée de plus de 3 mois ou à terme imprécis, et ce dès leur premier jour de contrat.

Pour les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, les partenaires sociaux ont décidé de leur faire bénéficier du dispositif versement santé, tel que prévu par la loi.

Les dispositions du présent avenant ne font pas obstacle aux dispositions des articles D. 911-2 et suivants du code de la sécurité sociale relatives aux cas de dispense créés par la loi pouvant sous certaines conditions donner lieu au versement santé de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.

Les parties se réservent le droit de renégocier à l'initiative de la plus diligente d'entre elles dès lors que l'affiliation de l'ensemble des salariés dès l'embauche deviendrait techniquement réalisable par les organismes assureurs et les divers opérateurs auxquels ils font appel.

Article 1er Champ d'application

Le présent accord est applicable à l'ensemble des salariés non affiliés à l'AGIRC des exploitations agricoles, relevant des activités de la production agricole, et des salariés des coopératives d'utilisation du matériel agricole du département des Bouches-du-Rhône.

Champ d'application professionnelle :

Sont concernés tous les salariés non affiliés à l'AGIRC y compris les apprentis de nationalité française ou étrangère :
- des exploitations agricoles de culture et d'élevage de quelque nature qu'elles soient, à l'exception des activités d'accouvage, d'aquaculture, de conchyliculture ;
- des établissements de toute nature, dirigés par l'exploitant agricole, en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles, lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production, ou des structures d'accueil touristique, situées sur l'exploitation ou dans les locaux de celle-ci, notamment

d'hébergement et de restauration ;
- des coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA).

Champ d'application territoriale :

Sont concernés tous les salariés non affiliés à l'AGIRC et apprentis des entreprises dont le siège social est situé sur le département des Bouches-du-Rhône. Sont également concernés les salariés et apprentis d'établissements autonomes situés dans le département.

Article 2 Modifications apportées

Article 2.1

L'article 3.1 « Salariés bénéficiaires » est modifié comme suit :

« Article 3.1
Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord relevant du dispositif frais de santé s'appliquent à tous les salariés relevant du présent accord titulaires d'un contrat à durée indéterminée ou d'un contrat à durée déterminée dans une entreprise ou une exploitation agricole entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont exclus du dispositif frais de santé :

Les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire cadres en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée.

Les VRP ressortissants d'autres dispositions conventionnelles.

Les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois. Pour ces salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé est assurée par le dispositif versement santé tel que défini dans l'article 2.2 du présent accord.

Toutefois l'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole pourra, conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, étendre facultativement ou obligatoirement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, aux ayants droit du salarié ».

Article 2.2

L'article 3.8 est ajouté après l'article 3.7 « Financement du dispositif » :

« Article 3.8
Dispositif versement santé

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

Objet :

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

Bénéficiaires :

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

Conditions :

Pour bénéficier du versement santé les salariés doivent justifier auprès de leur employeur du bénéfice d'une couverture individuelle par un contrat de complémentaire santé responsable tel que défini à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et portant sur la période concernée. Le salarié doit fournir à l'employeur un justificatif (attestation de l'organisme assureur, déclaration sur l'honneur…). Le salarié ne peut pas cumuler le versement santé avec l'un des dispositifs suivants :
- la couverture maladie universelle, complémentaire (CMU-C) ;
- l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé (ACS) ;
- une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit ;
- ou une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Modalités :

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

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

À défaut d'attestation d'adhésion, le salarié doit remettre à l'employeur une copie de l'attestation de la carte de tiers payant santé (ou similaire) et s'engager à transmettre sous 21 jours (ou dans la limite de la date de fin du contrat de travail pour les contrats plus courts) l'attestation de l'assureur de l'adhésion à une complémentaire santé. Le salarié ne justifiant pas du bénéfice d'un contrat responsable ne pourra pas prétendre au versement santé et ne sera pas couvert au titre de la couverture collective obligatoire.

Calcul du versement santé :

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

Cette participation patronale correspond à un montant mensuel équivalant à la contribution patronale de la couverture collective et obligatoire de frais de santé majorée de 25 %. En tout état de cause, en application de l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale, le montant de référence ne peut être inférieur à 15 €. (1)

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures mensuelles pour les salariés à temps partiel.

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

(1) Le montant mentionné à l'alinéa 21 de l'article 2.2 est étendu sous réserve de l'arrêté du 20 avril 2017 susvisé qui a revalorisé, pour 2017, à 15,26 € le versement mentionné à l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 25 janvier 2018 - art. 1)

Article 3 Modification de l'article 4

Au premier alinéa de l'article 4.4, la référence à « l'article L. 424-1 du code de la sécurité sociale » est remplacée par la référence à « l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ».

Au premier alinéa de l'article 4.9, la référence à « l'article 912-3 du code de la sécurité sociale » est remplacée par la référence à « l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale ».

Article 4 Entrée en vigueur et durée

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Les parties s'engagent à en renégocier le contenu tous les ans.

Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties selon les modalités définies dans l'article L. 2261-9 du code du travail.

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

Les parties signataires sont convenues de demander l'extension du présent accord. Il entrera en vigueur le jour de sa signature.

Avenant n° 2 du 18 octobre 2018 à l'accord du 4 décembre 2015 relatif aux frais de santé et à la prévoyance (Bouches-du-Rhône)

18 octobre 2018, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er avril 2019 Légifrance PDF officiel du BO n°2019-4

Préambule

Par avenant n° 6 du 17 avril 2018 à l'accord national concernant la protection sociale complémentaire en agriculture (10 juin 2008), les partenaires sociaux ont souhaité apporter des améliorations aux garanties frais de santé.

Le présent avenant a pour but d'améliorer les garanties existantes de l'accord départemental, de manière à rester pour chaque prestation au moins aussi favorable que l'accord national. À cette fin, les prestations de l'accord départemental qui étaient déjà aussi favorables ou plus favorables que celles de l'accord national ne sont pas modifiées, les prestations qui deviennent moins favorables que l'accord national à l'entrée en vigueur de l'avenant n° 6 sont augmentées à hauteur de celles dudit accord.

Par ailleurs, il est convenu que la cotisation complémentaire santé sera désormais proratisée pour le mois d'embauche au nombre de jours calendaires de présence dans l'entreprise, tant pour la part salariale que pour la part patronale.

Article 1er Modifications apportées à l'accord

« Article 3.4
Garanties

Dans l'annexe 1, le tableau des garanties est remplacé par le tableau ci-après, en annexe 1 du présent avenant.

Article 3.7
Financement du dispositif

Il est ajouté un alinéa in fine à l'article 3.7 :

“Pour le mois embauche d'un salarié, la cotisation est proratisée au nombre de jours calendaires de présence dans l'entreprise au cours de ce mois.”

Article 4.8
Revalorisation annuelle des prestations du dispositif prévoyance

L'article est ainsi modifié :

“Les prestations prévoyance, en cours de service, au titre du présent accord, feront l'objet d'une revalorisation en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO. L'organisme assureur devra cependant comparer le niveau de prestations prévoyance résultant de cette revalorisation avec le niveau de prestations prévoyance résultant de l'application de l'article 5.8 de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance. Si le niveau de prestations résultant de l'application de l'accord national est supérieur au niveau de prestations revalorisées par l'assureur en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO, l'assureur devra appliquer le niveau de prestations revalorisées de l'accord national.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat collectif, le service des prestations est maintenu, conformément aux dispositions de l'article 5.4 du présent accord, par l'assureur auprès duquel l'exploitation ou l'entreprise agricole avait fait le choix de s'assurer, au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation jusqu'à la survenance d'un événement contractuellement prévu mettant fin à la garantie (reprise d'activité, retraite, décès…).

En cas de décès faisant suite à un arrêt de travail indemnisé, le salaire de référence au titre de la présente garantie est revalorisé en fonction de la valeur du point AGIRC-ARRCO. L'organisme assureur devra cependant comparer le salaire de référence ainsi revalorisé avec le salaire de référence résultant de l'application de l'article 5.8 de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance. Si le salaire de référence résultant de l'application de l'accord national est supérieur au salaire de référence revalorisé par l'assureur en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO, l'assureur devra appliquer le salaire de référence résultant de l'application de l'accord national.”

Article 4.4
Assiette de calcul des prestations

Les paragraphes 3 et 4 sont ainsi modifiés :

“Si une période de maladie a précédé le décès, le salaire de référence est revalorisé au minimum en fonction de l'évolution du point AGIRC-ARRCO intervenue entre la date d'arrêt de travail (l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'incapacité, temporaire ou permanente, professionnelle), l'invalidité ou le décès. L'organisme assureur devra cependant comparer le salaire de référence ainsi revalorisé avec le salaire de référence résultant de l'application de l'article 5.8 de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance. Si le salaire de référence résultant de l'application de l'accord national est supérieur au salaire de référence revalorisé par l'assureur en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO, l'assureur devra appliquer le salaire de référence résultant de l'application de l'accord national.

Si une période d'incapacité temporaire, professionnelle ou non, a précédé l'état d'incapacité permanente professionnelle ou d'invalidité, le salaire de référence est revalorisé au minimum compte tenu de l'évolution du point AGIRC-ARRCO intervenue entre la date d'arrêt de travail et la reconnaissance de l'incapacité permanente professionnelle ou de l'invalidité. L'organisme assureur devra cependant comparer le salaire de référence ainsi revalorisé avec le salaire de référence résultant de l'application de l'article 5.8 de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance. Si le salaire de référence résultant de l'application de l'accord national est supérieur au salaire de référence revalorisé par l'assureur en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO, l'assureur devra appliquer le salaire de référence résultant de l'application de l'accord national.” »

Article 2 Entrée en vigueur et durée

Le présent avenant entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant celui de la publication de son arrêté d'extension.

Article 3 Dépôt et extension

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

Annexe

Annexe 1

Dispositif frais de santé

Nature des risques	Remboursement du régime de base	
	MSA hors Alsace-Moselle	Accord local BDR
Frais médicaux		
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes	70 %	200 % BR (DPTM) 180 % BR (non DPTM)
Honoraires et dépassement d'honoraires des spécialistes (y compris actes techniques)	70 %	100 % BR
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM…) (1)	70 %	100 % BR
Sages-femmes	70 %	100 % BR
Auxiliaires médicaux	60 %	100 % BR
Analyses médicales	60 % ou 100 %	100 % BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	30 €/1 séance/an/ bénéficiaire
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 €/an/bénéficiaire	0 € à 150 €/an/bénéficiaire
Actes de prévention (2)	35 % à 70 %	100 % BR
Pharmacie		

Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »		65 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »		30 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »		15 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base		-	Non
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base		-	40 €/an/bénéficiaire
Hospitalisation (conventionné ou non)			
Frais de séjour		80 % à 100 %	100 % BR
Honoraire médical et chirurgical		80 % à 100 %	100 % BR
Dépassements d'honoraires		-	100 % BR (non DPTM) (1) 155 % BR (DPTM)
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)		-	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient >= 60 ou d'un tarif >= 120 €)		-	100 % FR
Chambre particulière	Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	-	78 €/jour pdt 60 jours maximum/an puis 25 € par jour
Maternité	-	25 €/jour	
Psychiatrie	-	25 €/jour	
Frais accompagnant (moins de 16 ans)		-	52 €/jour/limité 30j
Maternité (3)		-	1/3 PMSS
Frais de transport		65 %	100 % BR
Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)		65 % à 70 %	100 % BR
Dentaire			
Soins dentaires		70 %	100 % BR
Inlays et onlays (acceptés par le régime de base)		70 %	170 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base)		70 %	280 % BR + 300 €/an/bénéficiaire (y compris prothèses implantoportées)
Prothèses dentaires (refusées par le régime de base) [y compris implantologie pour les options 1, 2 et 3]		-	Non
Orthodontie (acceptée par le régime de base)		70 % à 100 %	220 % BR ou 250 % BR
Optique			
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) (4)			Tous les 2 ans
Monture seule		60 %	60 % BR + 150 €
2 verres simples classe (a) (5)		60 %	60 % BR + 250 €
2 verres complexes classe (b) (5)		60 %	60 % BR + 350 €
2 verres très complexes classe (c) (5)		60 %	60 % BR + 350 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) (5)		60 %	60 % BR + 275 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) (5)		60 %	60 % BR + 275 €
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) (5)		60 %	60 % BR + 350 €
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)		0 % à 60 %	100 % BR + 300 €/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)		-	Non
Prothèse hors dentaire			
Prothèse auditive (hors entretien)		60 %	455 % BR + 200 €/an/bénéficiaire
Autres prothèses et petit appareillage		60 %	100 % BR

Gros appareillage	100 %	100 % BR
Fourniture médicale et pansement	60 %	100 % BR

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

(a) Le troisième alinéa de la légende relatif à la convention d'accès aux soins (CAS) ainsi que la légende des notes référencées (1) et (2) sont étendus sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 14 mars 2019 - art. 1)

Avenant n° 3 du 20 avril 2022 à l'accord du 4 décembre 2015 relatif aux frais de santé et à la prévoyance (Bouches-du-Rhône)

20 avril 2022, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 25 janvier 2023 Légifrance PDF officiel du BO n°2022-38

Préambule

Le cahier des charges du contrat responsable, auquel doit satisfaire tout contrat collectif frais de santé a été modifié par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

Le présent avenant a pour objet de mettre en conformité l'accord santé et prévoyance des Bouches-du-Rhône avec cette réforme dite du « 100 % santé », afin de sécuriser juridiquement les employeurs et les salariés agricoles des Bouches-du-Rhône, étant précisé que les partenaires sociaux avaient veillé à ce que les garanties appliquées en pratique par les prestataires référencés soient en conformité avec cette réforme.

Dans la mesure où le présent avenant a vocation à s'appliquer essentiellement auprès de très petites entreprises, les partenaires sociaux estiment que les dispositions leur sont particulièrement applicables et qu'ainsi ils répondent à l'obligation issue de l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

Article 1er Modifications apportées à l'accord

1. Annexe 1 « Tableau des garanties du dispositif frais de santé »

Le tableau des garanties figurant en annexe 1 et annoncé par l'article 3.4 de l'accord est remplacé par le tableau suivant qui intègre les modifications liées au 100 % santé et améliore la garantie médecine douce.

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20220038_0000_0048.pdf/BOCC

2. Autres dispositions de l'accord

Les autres dispositions de l'accord ne sont pas modifiées par le présent avenant.

Article 2 Entrée en vigueur, dépôt et extension

Le présent avenant sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension conformément aux dispositions légales.

Il entrera en vigueur le lendemain de la parution de l'arrêté d'extension.

Avenant n° 4 du 29 octobre 2024 à l'accord du 4 décembre 2015 relatif aux frais de santé et à la prévoyance (Bouches-du-Rhône)

29 octobre 2024, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2025 Légifrance PDF officiel du BO n°2025-14

Préambule

Le 1er janvier 2019, les deux régimes de retraite complémentaire des salariés, AGIRC et ARRCO, ont fusionné sonnant la fin de la distinction entre cadres et non-cadres au regard de la retraite.

Actuellement, l'accord départemental détermine les salariés bénéficiaires des régimes de prévoyance et de santé qu'il met en place par référence à l'AGIRC, les salariés couverts étant ceux qui n'y sont pas affiliés. Or, cette référence est devenue obsolète depuis la fusion au 1er janvier 2019 des régimes Agirc-Arrco.

Le présent avenant a pour objet de mettre en conformité l'accord santé et prévoyance des Bouches-du-Rhône avec cette réforme ainsi que le prévoit le décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021 relatif aux critères objectifs de définition des catégories de salariés bénéficiaires d'une couverture de protection sociale complémentaire collective.

De plus, le tableau des garanties santé est mis à jour par le présent avenant conformément à la réglementation, sans changement sur le niveau des garanties.

Dans la mesure où le présent avenant a vocation à s'appliquer essentiellement auprès de très petites entreprises, les partenaires sociaux estiment que les dispositions leur sont particulièrement applicables et qu'ainsi ils répondent à l'obligation issue de l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

Article 1er Modifications apportées à l'accord

1. Modification des articles 1er « Champ d'application », 3.1 « Salariés bénéficiaires » et 4.1 « Bénéficiaires »

L'article 1er « Champ d'application » est remplacé intégralement par la rédaction suivante :

« Article 1er
Champ d'application

Le présent accord est applicable à l'ensemble des salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 des exploitations agricoles, relevant des activités de la production agricole, et des coopératives d'utilisation du matériel agricole du département des Bouches-du-Rhône.

Champ d'application professionnel :

Sont concernés tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, y compris les apprentis, de nationalité française ou étrangère :
- des exploitations agricoles de culture et d'élevage de quelque nature qu'elles soient, à l'exception des activités d'accouvage, d'aquaculture, de conchyliculture ;
- des établissements de toute nature, dirigés par l'exploitant agricole, en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles, lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production, ou des structures d'accueil touristique, situées sur l'exploitation ou dans les locaux de celle-ci, notamment d'hébergement et de restauration ;
- des coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA).

Champ d'application territorial :

Sont concernés tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et apprentis des entreprises dont le siège social est situé sur le département des Bouches-du-Rhône. Sont également concernés les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et apprentis des établissements autonomes situés dans ce département. »

L'article 3.1 « Salariés bénéficiaires » est intégralement remplacé par la rédaction suivante :

« Article 3.1
Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord relevant du dispositif versement de santé s'appliquent à tous les salariés relevant du présent accord titulaires d'un contrat à durée indéterminée ou d'un contrat à durée déterminée de plus de 3 mois ou à terme imprécis quelle que soit la durée de la période minimale dans une entreprise ou une exploitation agricole entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont exclus du dispositif versement 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, cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les VRP ressortissants d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission à terme précis d'une durée inférieure ou égale à 3 mois. Pour ces salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé est assurée par le dispositif versement santé tel que défini dans l'article 3.8 du présent accord.

Toutefois l'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole pourra, conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, étendre facultativement ou obligatoirement le dispositif versement de santé, détaillé ci-après, aux ayants droit du salarié ».

L'article 4.1 « Bénéficiaires » est remplacé intégralement par la rédaction suivante :

« Article 4.1
Bénéficiaires

Les dispositions du présent accord au titre des garanties prévoyance s'appliquent à tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 ayant au moins 6 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont donc exclus du dispositif de prévoyance :
- 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, cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP ressortissants d'autres dispositions conventionnelles.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au 1er jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 6 mois d'ancienneté. »

2. Modification de l'article 3.5 « Contrat “solidaire” et “responsable“ »

L'article 3.5 « Contrat “solidaire” et “responsable“ » est remplacé intégralement par la rédaction suivante :

« *Article 3.5*
Contrat “solidaire” et “responsable” (1)

Le présent régime s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits “responsables”, institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures. En cas de modifications législatives et/ou réglementaires, les garanties seront automatiquement révisées dans les conditions et délais fixés par les textes.

À ce titre, il répond à l'ensemble des conditions de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L. 911-7 et D. 911-1 de ce même code.

Les remboursements garantis par le présent contrat s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux, dans la limite des frais réellement engagés.

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

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, c'est-à-dire du 1er janvier au 31 décembre, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au tableau de garanties. »

3. Modifications de l'article 5.2.1 « Dispositifs de prévention et d'action sociale »

L'article 5.2.1 « Dispositifs de prévention et d'action sociale » est complété par l'ajout d'un tiret au début de la liste rédigé comme suit :

«, une action collective de prévention visant à l'octroi d'une aide en faveur des salariés aidants visant notamment à faciliter leurs recours aux prestations et aux dispositifs de répit proposés par les associations et/ou la MSA ; »

4. Modifications de l'annexe 1 « Tableau de garanties frais de santé »

Le tableau des garanties figurant en annexe 1 et annoncé par l'article 3.4 de l'accord est remplacé par le tableau suivant qui intègre notamment les évolutions liées au dispositif MonPsy et au forfait patient urgences :

« Tableau des garanties frais de santé

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

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

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

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

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

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

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20250014_0000_0059.pdf/BOCC

5. Autres dispositions de l'accord

Les autres dispositions de l'accord ne sont pas modifiées par le présent avenant.

(1) L'article 3-5 relatif aux contrats « solidaires » et « responsables » est étendu sous réserve des dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 21 mai 2025 - art. 1)

Article 2 Entrée en vigueur, dépôt et extension

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.
Les dispositions arrêtées au présent avenant prendront effet le premier jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tard le 1er janvier 2025.
Le présent avenant sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension conformément aux dispositions légales.