CartoAgri, accord territorial

Frais de santé des non-cadres, Normandie (accord du 10 avril 2009), Seine-Maritime (76)

Accord consolidé et avenants en vigueur dans ce département

Texte	Accord du 10 avril 2009 relatif à la mise en place d'un régime de frais de santé pour les salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Normandie
État	En vigueur, étendu
Départements	Calvados (14), Eure (27), Manche (50), Orne (61), Seine-Maritime (76)
Textes en vigueur	6
Légifrance	https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000054018909

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 : Seine-Maritime (76) 6 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 : Seine-Maritime (76)

Accord du 10 avril 2009 relatif à la mise en place d'un régime de frais de santé pour les salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Normandie

10 avril 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er octobre 2009 Légifrance PDF officiel du BO n°2009-30

Les organisations professionnelles et syndicales visées ci-dessus ont souhaité mettre en place, au sein des entreprises relevant du champ d'application du présent accord, un régime de frais de santé obligatoire ayant pour objet de garantir le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées, en complétant les prestations versées par le régime social de base.

En application de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, il est convenu ce qui suit :

Article 1er Entreprises concernées par l'accord

Sont concernées par le présent accord les entreprises entrant dans le champ d'application :
- de la convention collective des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie du 3 juillet 1970, sauf exceptions prévues au deuxième alinéa de l'article 8 ci-dessous ;
- de la convention collective des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Basse-Normandie du 19 décembre 1989.

Article 2 Bénéficiaires

Ce régime de frais de santé est de type « isolé/famille » : il couvre obligatoirement le salarié non cadre et, au choix de ce dernier, l'ensemble de ses ayants droit définis ci-dessous.

1. Les salariés

Les dispositions de l'accord collectif de travail relatif à la mise en place d'un régime frais de santé pour les salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Normandie du 10 avril 2009 s'appliquent à tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, à l'exclusion :
• Des 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 des techniciens, agents de maîtrise et cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée.

Le bénéfice de la garantie frais de santé prend effet le 1er jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint l'ancienneté de 6 mois tel que défini ci-dessus.

2. Les ayants droit du salarié

Chaque salarié bénéficiaire de la garantie peut demander l'extension de son régime frais de santé au profit de ses ayants droit.

Sont considérés comme ayants droit du salarié :
- le conjoint, résidant en France, non séparé de droit ou de fait ;
- le cocontractant d'un Pacs résidant en France ;
- le concubin du participant résidant en France, justifiant de 2 années de vie commune (la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'un enfant est né de l'union) sous réserve que le salarié soit libre au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de Pacs ;
- les enfants à charge :
-, les enfants du salarié (légitimes, adoptés ou reconnus) ;
-, les enfants recueillis par le salarié et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;
-, les enfants qui ont été élevés par le salarié pendant 9 ans au moins avant leur 16e anniversaire ;
-, les enfants dont la qualité d'ayant droit du conjoint, cocontractant d'un Pacs ou concubin du salarié, aura été reconnue par le régime de base de la sécurité sociale.
- Sont considérés comme enfants à charge :
-, tous les enfants âgés de moins de 18 ans ;
-, tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants, apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits à l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) et non indemnisés par les ASSEDIC ;

-, tous les enfants invalides au sens de la législation sociale si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21e anniversaire.

Article 3 Dispenses d'affiliation

Par exception aux dispositions de l'article 2 du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion au dispositif frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela 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 :
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (voir arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :
-, dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
-, régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
-, régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels,
-, régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
-, contrats d'assurance de groupe dits “Madelin” ;
-, régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
-, caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).
- les salariés dont le conjoint travaille dans la même entreprise, l'un des membres du couple pouvant alors être affilié en propre, l'autre en tant qu'ayant droit.

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

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

La demande de dispense doit être notifiée par écrit avant la fin du premier mois qui suit l'obtention de la condition d'ancienneté de 3 mois.

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

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. Cet employeur est celui

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

Par ailleurs, le caractère collectif et obligatoire de la couverture frais de santé ne pourra être considéré comme respecté qu'à la condition que le salarié se dispense d'adhérer, conformément aux modalités décrites 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 4 Prestations

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.

Le montant total des remboursements ne peut excéder les frais réellement engagés. »

(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_0047.pdf/BOCC

Article 5 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

5.1. 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 la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :
- le congé sans solde ;
- le congé sabbatique ;
- le congé parental d'éducation à plein temps ;
- le congé pour création d'entreprise ;
- le congé de solidarité internationale ;
- le congé de solidarité familiale ;
- le congé de formation ;
- le congé d'enseignement ou de recherche.

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

5.2. 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 par l'employeur.

Par ailleurs et s'agissant de l'extension famille facultative, les salariés ayant opté pour cette option prévue à l'article 7 du présent accord s'acquitteront de la cotisation auprès de l'organisme gestionnaire.

Article 6 Maintien des garanties au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé

Sous réserve des dispositions relatives à la portabilité des droits, les garanties cessent d'être accordées à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail du salarié.

Toutefois, dans le cadre des dispositions de l'article 4 de loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite “loi Evin”, et sous condition d'avoir bénéficié effectivement du 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 (maintien prévu à l'article 10 ci-après) ;
- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

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

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

Par extension, les anciens salariés privés d'emploi, non bénéficiaires d'un revenu de remplacement pourront également demander le maintien des garanties frais de santé. Toutefois, la demande devra être effectuée auprès du gestionnaire dans le mois suivant la date de rupture du contrat de travail.

Article 6 bis Portabilité

Les salariés bénéficient des dispositions légales sur le maintien des garanties de protection sociale complémentaire en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions définies par les textes légaux, et ce à compter de la date fixée par la loi. Ces dispositions figurent en annexe I au présent accord.

Pour bénéficier des prestations, le demandeur d'emploi bénéficiant du maintien des garanties doit fournir l'ensemble des justificatifs demandés au salarié, auxquels s'ajoute le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations demandées sont dues.

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

Article 7 Financement du dispositif frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du dispositif régional obligatoire frais de santé définies par le présent accord, 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.

En tout état de cause, si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit, il devra en assurer la totalité du financement.

Article 8 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 préventions et d'action sociale, selon les mêmes modalités que celles de l'accord national du 10 juin

2008.

Le présent accord départemental s'inscrit dans le cadre de la participation à la mutualisation du fonds de solidarité institué au niveau national. En conséquence de quoi, les entreprises couvertes par le présent accord départemental n'ont pas de dispositions particulières à conclure à leur niveau.

Article 9 Date d'effet

Sous réserve d'extension, les dispositions du présent accord entreront en vigueur le 1er octobre 2009 pour une durée indéterminée.

Article 10 Extension

Le présent accord, dont les parties signataires demandent l'extension, sera déposé au service chargé de l'enregistrement des accords au sein de la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de la Seine-Maritime.

Annexe

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

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, par la complémentaire santé bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :
1° Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.
Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
4° Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;
5° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;
6° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Avenant n° 1 du 18 janvier 2011 à l'accord du 10 avril 2009 relatif aux frais de santé des salariés non cadres (Haute-Normandie)

18 janvier 2011, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er avril 2011 Légifrance

Article 1er

Dans l'accord collectif du 10 avril 2009, l'article 3 « Dispenses d'affiliation » est annulé et remplacé par :

« Article 3
Dispenses d'affiliation

Par dérogation à l'article précédent, et sous réserve d'en apporter la preuve, des dispenses d'affiliation à la garantie frais de santé sont possibles à la demande des salariés se trouvant dans l'une des situations suivantes :
- les salariés bénéficiaires de la CMUC. Cette dispense est valable pendant toute la durée de leur prise en charge au titre de la CMUC. Dès lors que les salariés perdent le bénéfice de la CMUC, ils doivent être affiliés à la garantie frais de santé s'ils justifient de la condition d'ancienneté de 6 mois ;
- les salariés à employeurs multiples déjà couverts à titre obligatoire dans le cadre d'un autre emploi ;
- les salariés en contrat à durée déterminée ou saisonniers, dont la durée de contrat est inférieure à 12 mois ;

- les salariés en contrat à durée déterminée ou saisonniers d'une durée supérieure à 12 mois et qui bénéficient d'une complémentaire santé par ailleurs ;
- les salariés à temps très partiel et n'ayant qu'un seul employeur et les apprentis, dès lors que la cotisation à leur charge est supérieure à 10 % de leur rémunération brute ; cependant, des modalités particulières peuvent être prévues à leur égard. Ainsi, dans les systèmes cofinancés par l'employeur et le salarié, le caractère collectif n'est pas remis en cause lorsque, par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur prend en charge, pour les salariés à temps très partiel, l'intégralité de la cotisation due dès lors que la situation inverse conduirait le salarié à acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle, au moins égale à 10 % de sa rémunération ;
- les salariés dont le conjoint travaille dans la même entreprise, l'un des membres du couple pouvant alors être affilié en propre, l'autre en tant qu'ayant droit.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse de la part du salarié concerné, qui devra produire chaque année auprès de son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense. »

Article 2 Date d'effet et extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui prendra effet au 1er avril 2011.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de la convention collective des entreprises de travaux agricoles et ruraux de la région Haute-Normandie du 10 avril 2009.

Avenant n° 2 bis du 12 novembre 2014 à l'accord du 10 avril 2009 relatif aux frais de santé des salariés non cadres (Haute-Normandie)

12 novembre 2014, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er avril 2015 Légifrance PDF officiel du BO n°2015-2

Préambule

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 3 du 9 juillet 2013 à l'accord national du 10 juin 2008 concernant une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord régional du 10 avril 2009. Certaines modifications prennent en compte des dispositions de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Ainsi :
- le calcul de l'ancienneté est modifié ;
- les cotisations évoluent afin d'intégrer la portabilité ;
- les cas de dispenses d'affiliation sont mis à jour ;
- les conditions de maintien des garanties en cas de suspension de contrat de travail sont modifiées.

Par ailleurs, le tableau des garanties est mis à jour :
- mise à jour de certains taux de remboursement en raison des baisses de prise en charge par le régime de base ;
- présentation du poste dentaire en prévision de la nouvelle nomenclature.

Article 1er

Le 1 « Salariés » de l'article 2 « Bénéficiaires » est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1. Salariés

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

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

La condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint

l'ancienneté requise.

Les salariés nouvellement embauchés, ayant acquis précédemment le bénéfice de la garantie dans une autre entreprise relevant du champ d'application du présent accord, font l'objet d'une reprise d'ancienneté, dès lors que leur embauche intervient au plus tard dans les 3 mois qui suivent leur cessation d'activité. »

Article 2

L'article 3 « Dispenses d'affiliation » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 3
Dispenses d'affiliation

Par dérogation à l'article précédent, et sous réserve d'en apporter la preuve, des dispenses d'affiliation à la garantie frais de santé sont possibles à la demande des salariés se trouvant dans l'une des situations suivantes :
- le salarié bénéficiaire d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de son conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, avec un niveau de prestations au moins équivalent à celui du présent accord. Le salarié peut demander à être exclu de l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord dès lors qu'il apporte un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire. La dispense d'affiliation prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de modification des prestations à un niveau inférieur à celui fixé dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié ;
- le salarié bénéficiaire de la CMUC ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. Dès lors que les salariés perdent le bénéfice de la CMUC, ils doivent être affiliés à la garantie frais de santé s'ils justifient de la condition d'ancienneté de 6 mois ;
- le salarié bénéficiaire d'une couverture complémentaire santé obligatoire du fait d'une autre activité, hors champ d'application du présent accord, exercée simultanément ;
- le salarié à temps partiel ayant 6 mois d'ancienneté et plus dès lors que sa cotisation complémentaire santé est égale ou supérieure à 10 % de sa rémunération brute.

En cas d'augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, si la cotisation représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne (calcul sur 12 mois continus), le salarié devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé.

Le caractère collectif n'est toutefois pas remis en cause lorsque, par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur décide de prendre en charge l'intégralité de la cotisation due, dès lors que la situation inverse conduirait le salarié à acquitter une cotisation au moins égale à 10 % ;
- les salariés en contrat à durée déterminée, y compris les apprentis, ayant 6 mois d'ancienneté et moins de 12 mois d'ancienneté ;
- les salariés dont le conjoint travaille dans la même entreprise, l'un des membres du couple pouvant alors être affilié en propre, l'autre en tant qu'ayant droit.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord entre les employeurs et le salarié.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse de la part du salarié concerné, qui devra produire chaque année auprès de son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense. En cas de non-renouvellement de la demande d'exclusion et des justificatifs, le salarié cotisera obligatoirement au régime frais de santé le premier jour du mois civil suivant.

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

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

Article 3

Le tableau de l'article 4 « Prestations » est remplacé par le suivant :

	Remboursement (1) y compris régime de base	Services
Soins courants		
Honoraires de généralistes et spécialistes	300 % BR (2)	Information par téléphone sur les adresses proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
Honoraires de médecine douce : - quatre pratiques médicales : acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie	23 € par consultation dans la limite de 4 par an et par famille	
Analyses biologiques, auxiliaires médicaux, radiologie et actes techniques (3)	100 % BR	Information par téléphone sur les laboratoires et centres de radiologie proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
Pharmacie de 15 à 65 %	100 % BR	Quatre portages de médicaments à domicile en cas d'immobilisation de plus de 5 jours
Pharmacie sur prescription non prise en charge par le régime de base	40 € par an et par famille	
Vaccins non pris en charge par le régime de base	40 € par an et par famille	Information sur le calendrier des vaccins
Prothèses		
Prothèses et appareillage (dont orthopédie)		
Part obligatoire 65 % BR	465 % BR	Informations par téléphone pour trouver le matériel. Organisation de la livraison
Part obligatoire 100 % BR	500 % BR	
Prothèses auditives	455 % BR + crédit 350 € par oreille (4)	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une prothèse de remplacement en cas de perte
Optique		
Forfait montures + lentilles	60 % BR + 175 € par an	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une paire de lunettes en cas de perte Service d'analyse et de conseil sur les devis optiques
Forfait verres unifocaux	60 % BR + 182 € par paire, limité à 1 paire par an	
Forfaits verres progressifs et multifocaux	60 % BR + 350 € par paire, limité à 1 paire par an	
Forfait optique	+ 50 € la 3e année si pas de consommation les 2 années précédentes	
Dentaire		
Soins dentaires	100 % BR	Service d'analyse et de conseil sur les devis dentaires
Prothèses dentaires (hors couronnes implantoportées et inlays core)	410 % BR	
Inlays core	170 % BR	
Parondontologie	100 € par an	
Implantologie (pilier, tige, couronne)	200 € par an	
Orthodontie acceptée par le régime de base	350 % BR	
Hospitalisation médicale ou chirurgicale		
Frais de séjour	100 % BR	
Honoraires	De 480 % à 500 % BR suivant PEC RB	
Forfait journalier	FR	

Chambre particulière	78 € par jour, limité à 60 jours par an	
Frais de lit d'accompagnant	52 € par jour, limité à 30 jours par an (5)	Remboursement complémentaire d'un éventuel reliquat sur les frais de lit d'accompagnant (5 nuits supplémentaires, 60 € par nuit) et sur les frais de télévision (7 jours maximum)
Forfait confort : prise en charge des frais de télévision et de téléphone	26 € par an	Remboursement des frais de transfert du téléphone du domicile sur le téléphone de la chambre
Maternité		
Honoraires Chambre particulière	300 % BR 52 € par jour	Information par téléphone sur la santé, la vie quotidienne, la diététique, l'hygiène, les vaccins. Orientation vers les organismes spécialisés
Psychiatrie		
Frais de séjour	100 % BR	
Honoraires	300 % BR	
Forfait journalier	FR, limité à 30 jours par an	
Polyvalents		
Transport pris en charge sur prescription (sauf transport cure thermale)	FR	Communication d'adresses d'ambulanciers et organisation de la course
Forfait actes lourds 18 €	18 €	
Forfait de confort en cas d'hospitalisation à domicile accepté par le régime de base (HAD)	52 € par jour, limité à 60 jours par an + forfait prestations de services, limité à 400 € par an et par famille	Communication d'adresses de prestataires à domicile. Organisation et prise en charge de 20 jours de prestations de services dans la limite de 30 heures par an et par contrat
Cures thermales : frais balnéaires acceptés	100 % BR + 150 € par an	

NB., Les prestations des services assistance sont exprimées « à concurrence de ».
(1) Uniquement en secteurs conventionnés 1 et 2, praticiens et/ou établissements.
(2) Les dépassements sur les consultations hors parcours ne sont pas pris en charge.
(3) Y compris les actes de prévention responsables prévus par l'arrêté du 8 juin 2006.
(4) Un équipement tous les 3 ans et un réglage par an.
(5) Y compris frais de lit d'accompagnant en maison de parents ou structure hôtelière agréée par l'établissement hospitalier.
BR : base de remboursement à partir de laquelle est calculé le remboursement obligatoire.
TM : ticket modérateur ; le ticket modérateur est la part financière qui reste à votre charge après le remboursement de l'assurance maladie.
FR : frais réels.

Article 4

L'article 5 « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 5
Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

a) Suspension du contrat de travail pour un motif non lié à la maladie, l'accident ou la maternité

En cas de suspension du contrat de travail pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, le salarié bénéficie des garanties complémentaires frais de santé pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat, sans versement de cotisation. Cette période de 3 mois court à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel survient la suspension du contrat de travail.

Après cette période, et tant que dure la suspension du contrat de travail, le salarié peut demander à l'organisme assureur de continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé à titre individuel, en s'acquittant de la totalité de la cotisation globale.

L'employeur doit informer l'organisme assureur ou son délégataire dès le début de la suspension du contrat de travail, en précisant sa durée.

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

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité indemnisé par le régime de base de la sécurité sociale et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues par le présent accord sont maintenues sans versement de cotisation, pour tout mois civil complet d'absence. Si l'absence est inférieure à un mois civil complet, la cotisation est due intégralement (part patronale et part salariale). »

Article 5

Il est ajouté à l'accord un article 6 bis rédigé comme suit :

« Article 6 bis
Portabilité

Les salariés bénéficient des dispositions légales sur le maintien des garanties de protection sociale complémentaire en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions définies par les textes légaux, et ce à compter de la date fixée par la loi. Ces dispositions figurent en annexe I au présent accord.

Pour bénéficier des prestations, le demandeur d'emploi bénéficiant du maintien des garanties doit fournir l'ensemble des justificatifs demandés au salarié, auxquels s'ajoute le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations demandées sont dues.

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

Article 6

L'accord est complété par l'annexe suivante :

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

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, par la complémentaire santé bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :
1° Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.
Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
4° Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;
5° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;
6° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa. »

Article 7

L'article 7 « Cotisations » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 7
Cotisations

La garantie frais de santé est financée par une cotisation mensuelle due au titre de chaque salarié bénéficiaire défini à l'article 2 du présent accord et dont le taux est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (valeur du PMSS pour 2014 : 3 129 €).

Le montant de la cotisation, taxe CMU et financement de la portabilité inclus, est réparti à raison de 15 % à la charge de l'employeur et de 85 % à la charge du salarié.

(En pourcentage.)

Taux de cotisation en % du PMSS	Cotisation mensuelle	Part patronale	Part salariale
Tarif isolé	1,12	0,17	0,95
Tarif famille	+ 1,93	-	+ 1,93

La structure tarifaire du régime frais de santé est de type isolé/famille :
- le tarif “ isolé” est appliqué lorsque la garantie ne couvre que le salarié ;
- le tarif “famille” est appliqué lorsque le salarié a demandé l'extension de ses garanties au bénéfice de ses ayants droit. Cette cotisation “famille” couvre alors le salarié et tous ses ayants droit, tels que définis à l'article 2 du présent accord. La cotisation famille s'ajoute à la cotisation isolé.

La nature et le montant de cotisation appelée sont mentionnés sur le bulletin de paie du salarié. »

Article 8

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui prendra effet à compter du premier jour du trimestre civil suivant son arrêté d'extension, excepté pour les articles 5 et 6 qui prendront effet à l'entrée en vigueur des dispositions légales auxquelles ils font référence.

Avenant n° 3 du 5 janvier 2016 à l'accord du 10 avril 2009 relatif relatif aux frais de santé pour les salariés non cadres (Haute-Normandie)

5 janvier 2016, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2017 Légifrance PDF officiel du BO n°2016-39

Préambule

Considérant les dernières modifications légales et réglementaires apportées sur les régimes complémentaires frais de santé, les organisations professionnelles et syndicales signataires ont décidé de mettre à jour l'accord régional du 10 avril 2009.

Cet avenant tient compte également de l'évolution de l'accord national agricole du 10 juin 2008 sur la prévoyance et la santé des salariés agricoles non cadres, qui a créé par avenant n° 4 un dispositif socle national frais de santé instaurant des garanties minimales obligatoires et des options facultatives.

En conséquence, l'accord régional frais de santé du 10 avril 2009 est modifié comme suit.

Article 1er

Dans l'accord collectif du 10 avril 2009, la partie « 1. Salariés » de l'article 2 intitulé « Bénéficiaires » est abrogée et remplacée par :

« 1. Salariés

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC) et ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise et relevant du champ d'application du présent accord, à l'exclusion (1) :
- des cadres et personnels ressortissants de la convention collective du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite

complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP et bûcherons-tâcherons ressortissants d'autres dispositions conventionnelles.

Les salariés nouvellement embauchés, ayant acquis précédemment le bénéfice de la garantie dans une autre entreprise relevant du champ d'application du présent accord, font l'objet d'une reprise d'ancienneté, dès lors que leur embauche intervient au plus tard dans les trois mois qui suivent leur cessation d'activité. Dans ce cadre, les salariés doivent en faire la demande écrite formelle au nouvel employeur.

Pour les dispositions du présent accord la condition d'ancienneté est réputée acquise au 1er jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert l'ancienneté requise, ou dès la date d'embauche du salarié en cas de transfert de droits acquis précédemment pour ce même régime frais de santé. »

(1) Alinéa étendu sous réserve du respect des dispositions des articles L. 911-7 et L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 14 octobre 2016 - art. 1)

Article 2

Dans l'accord collectif du 10 avril 2009, l'article 3 intitulé « Dispenses d'affiliation » est annulé et remplacé par :

« Article 3
Dispenses d'affiliation

Par exception aux dispositions de l'article 2 du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion au dispositif frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela 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 :
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (voir arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :
-, dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
-, régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
-, régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels,
-, régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
-, contrats d'assurance de groupe dits “Madelin” ;

-, régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
-, caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).
- les salariés dont le conjoint travaille dans la même entreprise, l'un des membres du couple pouvant alors être affilié en propre, l'autre en tant qu'ayant droit.

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

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

La demande de dispense doit être notifiée par écrit avant la fin du premier mois qui suit l'obtention de la condition d'ancienneté de 3 mois.

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

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

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

Dans l'accord collectif du 10 avril 2009, l'article 4 intitulé « Prestations » est annulé et remplacé par :

« Article 4
Prestations

Article 4.1
Niveau des garanties

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

Les remboursements prévus à la colonne « remboursement total » du tableau ci-dessous comprennent les prestations du régime de base de protection sociale dont relève le salarié visé à l'article 2 du présent accord.

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent dispositif *(régime général de la sécurité sociale ou de la MSA et garanties complémentaires)* (2) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

Tableau de garanties			
Nature des frais	**Remboursement du régime de base hors Alsace-Moselle**	**Régime hors Alsace-Moselle**	**Remboursement total**
Remboursement complémentaire	**Remboursement complémentaire régime de base inclus**		
Frais médicaux			
Honoraires de praticien : généralistes, spécialistes toutes spécialités	70 % BR	30 %	100 %
Dépassement d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	200 %	200 %	

Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y.c. non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d'autorité)		100 %	100 %
Auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 % BR	40 %	100 %
Analyses, examens de laboratoire	de 60 % à 100 % BR	0 à 40 %	100 %
Radiologie (1), électroradiographie (1), imagerie médicale (1) et ostéodensitométrie (1)	70 % BR	0 à 30 %	100 %
Actes de prévention (2)	de 35 % à 70 % BR	30 à 65 %	100 %
Autres actes techniques (1)	70 % BR	0 à 30 %	100 %
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie	-	23 € par consultation limité à 4 par an par famille	23 € par consultation limité à 4 par an par famille
Pharmacie			
Médicaments à service médical rendu “majeur ou important”	65 % BR	35 %	100 %
Médicaments à service médical rendu “modéré”	30 % BR	70 %	100 %
Médicaments à service médical rendu “faible”	15 % BR	85 %	100 %
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	40 €/an/famille	40 €/an/famille
Vaccins non remboursés par le régime de base	-	40 €/an/famille	40 €/an/famille
Hospitalisation (y compris psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80 % ou 100 % BR	0 à 20 %	100 %
Honoraires	80 % ou 100 % BR	0 à 20 %	100 %
Dépassement d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	400 % (200 % en maternité)	400 % (200 % en maternité)
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y.c. non conventionnés (remboursement sur la base du tarif d'autorité)	-	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier	-	FR	FR
Chambre particulière (par jour, par an, par bénéficiaire)	-	78 € par jour limité à 60 jours puis 25 € par jour et 52 € par jour pour la maternité sans limitation	78 € par jour limité à 60 jours puis 25 € par jour et 52 € par jour pour la maternité sans limitation
Maternité	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	-	52 € par jour limité à 30 jours	52 € par jour limité à 30 jours

Nature des frais	Remboursement du régime de base hors Alsace-Moselle	Régime hors Alsace-Moselle	Remboursement total

Remboursement complémentaire	Remboursement complémentaire régime de base inclus		
Optique			
Monture, verres : Un équipement tous les 2 ans (à compter de la date d'acquisition) sauf pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue (durée réduite à 1 an). Maximum 150 € pour la monture.			
Equipement : verres unifocaux (3) + monture	60 % BR	330 €	330 €
Equipement : verres mixtes (3) + monture	60 % BR	410 €	410 €
Equipement : verres multifocaux (3) + monture	60 % BR	500 €	500 €
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % + forfait de 175 € par an	100 % + 175 € par an
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	Forfait de 175 € par an	Forfait de 175 € par an
Dentaire			
Frais de soins	70 % BR	30 %	100 %
Honoraires	70 % BR	30 %	100 %
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (y compris couronne implanto-portée)	70 % BR	340 % + 100 €	410 % + 100 €
Inlays onlays	70 % BR	100 %	170 %
Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	280 % ou 250 %	350 %
Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	200 € par an	200 € par an
Parodontologie	-	100 € par an	100 € par an
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires	60 % ou 100 %	405 ou 400 %	465 ou 500 %
Prothèses auditives remboursées par le régime de base	60 % BR	395 % + crédit 350 € par oreille (1 équipement tous les 3 ans)	455 % + crédit 350 € par oreille (1 équipement tous les 3 ans)
Cures thermales			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux (1), transport, hébergement, surveillance	65 % ou 70 % BR	30 à 35 %	100 %
Forfait thermal complémentaire	Frais balnéaires acceptés	150 € par an	150 € par an
Divers			
Transports remboursés par le régime de base	65 %	FR	FR
Forfait actes lourds (4)	-	FR	FR

(1) Pour les éventuels dépassements, se référer aux dépassements frais médicaux.
(2) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information liste annexée ci-dessous à la date du 18 novembre 2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; Dépistage de l'hépatite B ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge) ;
(3) Verres unifocaux :
- verres unifocaux simples (catégorie a) : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre, 6,00 et + 6,00 dioptries et/ou dont le cylindre est inférieur ou égal + 4,00 dioptries
- verres unifocaux complexes (catégorie c) : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de, 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
Verres mixtes : un verre simple et un verre complexe, un verre simple et un verre très complexe, un verre complexe et un verre très complexe.
Verres multifocaux :
- verres multifocaux complexes (catégorie c) et très complexes (catégorie f : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de, 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de, 4,00 à + 4,00 dioptries).
(4) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €.

Article 4.2
Contrat “solidaire” et “responsable”

Le présent dispositif frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits “solidaires” et “responsables”, notamment celles posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales et de sa circulaire d'application n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015.

Ainsi le présent dispositif frais de santé prévoit que :
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du bénéficiaire et aucune information médicale ne pourra être recueillie à cette fin ;
- les garanties respectent les conditions (notamment les planchers et plafonds de prise en charge) mentionnées à l'article L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale. »

(1) L'article 3 est étendu sous réserve du respect des dispositions des articles 6.3 et 6.3.1 de l'accord du 10 juin 2008 susvisé relatifs respectivement à la mise en œuvre du principe de solidarité et aux dispositifs de prévention et d'action sociales.
(Arrêté du 14 octobre 2016 - art. 1)

(2) Au huitième alinéa de l'article 3, en remplacement des mots « (régime général de la sécurité sociale ou de la MSA et garanties complémentaires), lire les mots « (régime de base de la sécurité sociale et garanties complémentaires) ».
(Arrêté du 14 octobre 2016 - art. 1)

Article 4

Dans l'accord collectif du 10 avril 2009, l'article 5 intitulé « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail » est annulé et remplacé par :

« Article 5
Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Article 5.1
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 la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :
- le congé sans solde ;
- le congé sabbatique ;
- le congé parental d'éducation à plein temps ;
- le congé pour création d'entreprise ;
- le congé de solidarité internationale ;
- le congé de solidarité familiale ;

- le congé de formation ;
- le congé d'enseignement ou de recherche.

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

Article 5.2
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 par l'employeur.

Par ailleurs et s'agissant de l'extension famille facultative, les salariés ayant opté pour cette option prévue à l'article 7 du présent accord s'acquitteront de la cotisation auprès de l'organisme gestionnaire. »

Article 5

Dans l'accord collectif du 10 avril 2009, l'article 6 intitulé « Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail » est annulé et remplacé par :

« Article 6
Maintien des garanties au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé

Sous réserve des dispositions relatives à la portabilité des droits, les garanties cessent d'être accordées à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail du salarié.

Toutefois, dans le cadre des dispositions de l'article 4 de loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite “loi Evin”, et sous condition d'avoir bénéficié effectivement du 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 (maintien prévu à l'article 10 ci-après) ;
- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

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

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

Par extension, les anciens salariés privés d'emploi, non bénéficiaires d'un revenu de remplacement pourront également demander le maintien des garanties frais de santé. Toutefois, la demande devra être effectuée auprès du gestionnaire dans le mois suivant la date de rupture du contrat de travail. »

Article 6

L'article 7 « Cotisations de l'accord collectif du 10 avril 2009 » est abrogé et remplacé par :

« Article 7
Financement du dispositif frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du dispositif régional obligatoire frais de santé définies par le présent accord, 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.

En tout état de cause, si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit, il devra en assurer la totalité du financement. »

Article 7

L'article 8 « Choix de l'organisme gestionnaire et réexamen du régime » est supprimé.

Article 8

Les autres clauses de l'accord demeurent inchangées.

Article 9 Date d'effet et extension

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet au 1er jour du trimestre suivant la date de parution de l'extension au Journal officiel et au plus tôt le 1er juillet 2016, à l'exception des dispositions relatives à l'ancienneté (art. 2 de l'accord intitulé « Bénéficiaires ») et au financement à 50 % par l'employeur et 50 % par le salarié de la cotisation obligatoire (art. 7 de l'accord intitulé « Financement du dispositif frais de santé ») qui entrent en application conformément aux dispositions réglementaires au 1er janvier 2016.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de la convention collective des entreprises de travaux agricoles ruraux de la région Haute-Normandie du 10 avril 2009.

Avenant n° 4 du 8 janvier 2019 à l'accord du 10 avril 2009 relatif à la mise en place d'un régime de frais de santé pour les salariés non cadres

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

Préambule

Lors de la commission du 30 octobre 2018, les partenaires sociaux des ETAR de Basse-Normandie et de Haute-Normandie ont validé le rapprochement des accords santé et prévoyance.

De plus, pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 5 du 28 septembre 2016 et l'avenant n° 6 du 17 avril 2018 à l'accord national du 10 juin 2008 concernant la protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord régional du 10 avril 2009.

Le présent avenant entérine cette décision ainsi que la modification du nom du présent accord, l'élargissement du champ d'application de l'accord santé des ETAR de Haute-Normandie aux ETAR de Basse-Normandie, ainsi que la mise à jour du tableau des garanties santé avec des améliorations de prestations.

Article 1er Modification du nom

L'accord collectif de travail du 10 avril 2009 relatif à la mise en place d'un régime frais de santé pour les salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie est renommé comme suit :

« Accord collectif de travail du 10 avril 2009 relatif à la mise en place d'un régime frais de santé pour les salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Normandie ».

Article 2 Modification du champ d'application de l'accord collectif des entreprises de travaux agricoles et ruraux du 10 avril 2009

L'article 1er « Entreprises concernées par l'accord » est abrogé et réécrit comme suit :

« Article 1er
Entreprises concernées par l'accord

Sont concernées par le présent accord les entreprises entrant dans le champ d'application :
- de la convention collective des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie du 3 juillet 1970, sauf exceptions prévues au deuxième alinéa de l'article 8 ci-dessous ;
- de la convention collective des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Basse-Normandie du 19 décembre 1989.
»

Article 3 Modification du tableau de garantie

L'article 4 « Prestations » est modifié comme suit :

« Article 4
Prestations

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

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

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

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20190015_0000_0023.pdf/BOCC

Article 4

Il est ajouté un article 8 « 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 préventions et d'action sociale, selon les mêmes modalités que celles de l'accord national du 10 juin 2008.

Le présent accord départemental s'inscrit dans le cadre de la participation à la mutualisation du fonds de solidarité institué au niveau national. En conséquence de quoi, les entreprises couvertes par le présent accord départemental n'ont pas de dispositions particulières à conclure à leur niveau. »

Il n'est pas dérogé aux autres articles et conditions de l'accord collectif de travail du 10 avril 2009 relatif à la mise en place d'un régime frais de santé pour les salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux (Haute-Normandie).

Article 5 Entrée en vigueur

Les dispositions du présent avenant prennent effet au premier jour du trimestre suivant la date de parution de

l'extension au Journal officiel et au plus tôt au 1er juillet 2019.

Article 6 Dépôt et extension

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

Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant, qui sera déposé à l'unité territoriale de Seine-Maritime de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Normandie.

Avenant n° 5 du 3 novembre 2020 à l'accord du 10 avril 2009 relatif aux frais de santé des salariés non cadres de Normandie

3 novembre 2020, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2020 Légifrance PDF officiel du BO n°2021-14

Préambule

Pour se mettre en conformité avec les dispositions de la réforme 100 % santé à compter du 1er janvier 2020, de l'avenant n° 6 du 17 avril 2018 à l'accord national du 10 juin 2008 concernant la protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, et avec les dispositions légales concernant les régimes collectifs de prévoyance (mise en œuvre du principe de solidarité), les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord collectif de travail relatif à la mise en place d'un régime frais de santé pour les salariés non-cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Normandie du 10 avril 2019.

Le présent avenant intègre la mise à jour du tableau des garanties santé avec des améliorations de prestations.

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

Article 1er Prestations santé

L'article 4 « Les prestations » est modifié comme suit :

« Les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :
- en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

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

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

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

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

Les prestations sont versées conformément au tableau ci-dessous :

(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_20210014_0000_0031.pdf/BOCC

Il n'est pas dérogé aux articles et conditions de l'accord collectif de travail relatif à la mise en place d'un régime de santé pour les salariés non-cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Normandie du 10 avril 2009.

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Les dispositions arrêtées au présent avenant ont pris effet le 1er janvier 2020.

Article 3 Dépôt et extension

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

Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant.