

Manche (50)

Accords territoriaux en vigueur : production agricole, CUMA, travaux agricoles et forestiers, prévoyance et frais de santé

Département	Manche (50)
Textes territoriaux	28
Conventions concernées	Production agricole et CUMA, Entreprises de travaux et services agricoles, ruraux et forestiers (ETARF), Frais de santé des non-cadres, Manche (accord du 28 juillet 2009), Frais de santé des non-cadres, Normandie (accord du 10 avril 2009), Prévoyance des non-cadres, Manche (accord du 28 juillet 2009), Prévoyance des non-cadres, Normandie (accord du 27 janvier 2009)
Sur la carte	https://www.cartoagri.fr/#dep=50

Sommaire

Production agricole et CUMA (IDCC 7024) 4 textes

Entreprises de travaux et services agricoles, ruraux et forestiers (ETARF) (IDCC 7025) 5 textes

Frais de santé des non-cadres, Manche (accord du 28 juillet 2009) 8 textes

Frais de santé des non-cadres, Normandie (accord du 10 avril 2009) 3 textes

Prévoyance des non-cadres, Manche (accord du 28 juillet 2009) 6 textes

Prévoyance des non-cadres, Normandie (accord du 27 janvier 2009) 2 textes

Mutuelle et prévoyance : documents des organismes 13 documents

Ces accords complètent les conventions nationales, à lire avec elles. Pour chaque convention, CartoAgri propose aussi un PDF réunissant le texte national et les accords de ce département.

Production agricole et CUMA (IDCC 7024)

[Convention nationale avec ces accords, en un seul PDF](#)

Normandie Accord du 3 mars 2026 relatif à l'amélioration du régime de retraite supplémentaire des salariés non cadres

3 mars 2026, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2027 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2026-29](#)

Aucun article en vigueur n'est publié pour ce texte dans la base KALI.

Normandie Accord de substitution du 3 mars 2026 après négociations d'anciens accords territoriaux

3 mars 2026, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2027 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2026-29](#)

Aucun article en vigueur n'est publié pour ce texte dans la base KALI.

Manche Avenant n° 91 du 3 mars 2026 relatif à l'abrogation de l'accord territorial du 28 septembre 1970

3 mars 2026, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2027 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2026-29](#)

Aucun article en vigueur n'est publié pour ce texte dans la base KALI.

Manche Avenant n° 56 du 3 mars 2026 relatif à l'abrogation de l'accord territorial du 30 juin 1982

3 mars 2026, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2027 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2026-29](#)

Aucun article en vigueur n'est publié pour ce texte dans la base KALI.

Entreprises de travaux et services agricoles, ruraux et forestiers (ETARF) (IDCC 7025)

Convention nationale avec ces accords, en un seul PDF

Basse-Normandie (ex-IDCC 8252) Avenant n° 70 du 9 novembre 2021

9 novembre 2021, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 9 novembre 2021 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2022-1](#)

Préambule

Les partenaires sociaux constatent la nécessité d'actualiser les dispositions de la convention collective des Entreprises de travaux agricoles et ruraux de Basse-Normandie du 19 décembre 1989, afin de les mettre en conformité avec les évolutions législatives, réglementaires et conventionnelles.

À ce titre, il convient de prendre en compte la convention collective nationale de travail concernant les entreprises de travaux et services agricoles, les entreprises de travaux et services ruraux et les entreprises de travaux et services forestiers du 8 octobre 2020, étendue par arrêté du 18 décembre 2020 publié au Journal officiel du 16 février 2021.

Comme stipulé dans le préambule de la convention collective nationale, la présente convention collective régionale devient un accord collectif étendu, conformément à l'article L. 2232-5-2 du code du travail.

Les partenaires sociaux régionaux conviennent d'actualiser, les classifications professionnelles telles que prévues à la convention collective nationale susvisée.

Une nouvelle grille pour la rémunération y est également appliquée.

Le présent avenant vise à répondre à ces objectifs.

La branche professionnelle étant constituée principalement de petites et moyennes entreprises, les stipulations de la convention collective et accords liés répondent aux contingences visées à l'article L. 2261-23-1 du code du travail concernant les entreprises de moins de 50 salariés.

Article 1er Grille de classification

Les stipulations de l'article 19 « Calcul des salaires » et l'annexe I « Classification des emplois » de la convention régionale, devenue accord collectif étendu, des ETAR de Basse-Normandie sont annulées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 19 Les classifications

Dans le cadre de la convention collective nationale des ETARF, " Les partenaires sociaux ont construit un dispositif de classification qui appréhende toutes les composantes actuelles des emplois des ETARF nécessaires au maintien permanent de la compétitivité des entreprises du secteur tout en permettant une évolution professionnelle de l'ensemble des salariés. Ainsi en clarifiant, en harmonisant la structure et les critères de classifications sur le territoire national, les partenaires sociaux veulent favoriser le développement des parcours professionnels.

Pour l'application de la présente classification, il convient de prendre en compte les principes suivants :

- c'est l'emploi réellement tenu qui détermine le niveau de classification. La référence aux diplômes ne sert qu'à déterminer le niveau de connaissances requises pour tenir l'emploi.

Ces connaissances peuvent avoir été acquises par l'expérience ;

- les descriptions d'emplois ont vocation à décrire de manière générale chaque niveau et échelon. Compte tenu de la diversité existant dans la réalité des entreprises en termes d'organisation, de travaux et service, d'emplois et de compétences, ces définitions n'empêchent pas que des différences puissent être constatées entre la classification d'un salarié et ses activités réelles, dès lors que ces différences demeurent marginales par rapport aux caractéristiques principales de son emploi. Cette nouvelle classification ne remplace pas pour autant des fiches de poste. "

Ainsi, pour les salariés rémunérés au temps, Il est appliqué les classifications et les définitions des emplois définies à l'article 1.1, 1.2, 5.1 et 5.2 de l'annexe I de la convention nationale ETARF du 8 octobre 2020) ».

En conséquence, pour les salariés rémunérés au temps, l'annexe I « Classification des Emplois » de la convention régionale, devenue accord collectif étendu, des ETAR de Basse-Normandie est abrogée et remplacée par les grilles de classification visées à l'article 1.1, 1.2, 5.1 et 5.2 de l'annexe I de la convention nationale du 8 octobre 2020.

Cette substitution s'effectue pour le présent et pour l'avenir en cas de modifications ultérieures des articles 1.1, 1.2, 5.1

et 5.2 de la grille de classification de l'annexe I de la convention collective nationale de travail étendue (ETARF) du 8 octobre 2020.

Article 2 Rémunérations

Pour les salariés rémunérés au temps, l'article 18 de la convention régionale, devenue accord collectif étendu, des ETAR de Basse-Normandie et l'annexe II « Barème des salaires minima » de la convention régionale, devenue accord collectif étendu, des ETAR de Basse-Normandie sont annulées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 18

Salaires minimaux conventionnels

Pour les emplois rémunérés au temps, les salariés sont rémunérés sur la base du salaire minimum fixé en fonction de la grille de classification conventionnelle.

Un accord collectif territorial ou sectoriel peut définir, pour tous ou certains emplois, des rémunérations minimales d'un montant supérieur au montant ressortant des grilles de rémunération visées à l'article 1.1/1.2, 5.1/5.2 de l'annexe II de la convention collective nationale de travail étendue ETARF du 8 octobre 2020. Dans ce cas, il sera fait application pour les emplois concernés de la rémunération minimale fixée par ledit accord collectif régional. »

Par ce présent accord, la grille de rémunération locale applicable en Normandie est fixée à l'annexe II du présent accord.

En conséquence, l'annexe II « Barème des salaires minima » de la convention régionale, devenue accord collectif étendu, des ETAR de Basse-Normandie est abrogée et remplacée par la grille de rémunérations de l'annexe II du présent accord.

Annexe I Grille de classification

Pour les salariés rémunérés au temps, il est appliqué les classifications et les définitions des emplois définies à l'article 1.1, 1.2, 5.1 et 5.2 de l'annexe I de la convention nationale du 8 octobre 2020.

Annexe II Grille de rémunérations

(En euros.)

Classification	Échelon	Salaire horaire
1.1. Rémunérations concernant le personnel d'exécution des entreprises de travaux et services agricoles et ruraux		
Emplois exécutants	1	10,48
	2	10,61
Emplois spécialisés	1	10,85
	2	11,11
Emplois qualifiés	1	11,38
	2	11,79
Emplois hautement qualifiés	1	12,00
	2	12,35
1.2. Rémunérations concernant le personnel bénéficiant du statut de technicien, agent de maîtrise et cadre en entreprises de travaux et services agricoles et ruraux		
Technicien agent de maîtrise (TAM 1)	1	13,39
	2	13,95
Technicien agent de maîtrise (TAM 2)	1	14,44
	2	14,97
Cadre I		16,72
Cadre II		19,82
2.1. Rémunérations concernant le personnel administratif d'exécution occupé dans les entreprises de travaux et services agricoles et ruraux, en entreprises de prestation de services en agriculture, entreprises de travaux et services forestiers en exploitation forestière, entreprises de travaux et services en sylviculture		
Emplois administratifs exécutant	1	10,48
	2	10,61

Emplois qualifiés	1	10,98
	2	11,22
Emplois hautement qualifiés	1	11,65
	2	12,13
2.2. Rémunérations concernant le personnel administratif technicien administratif et comptable et cadre occupé dans les entreprises de travaux et services agricoles et ruraux, en entreprises de prestation de services en agriculture, entreprises de travaux et services forestiers en exploitation forestière, entreprises de travaux et services en sylviculture		
Technicien administratif et comptable	1	12,80
	2	13,52
Cadre I		16,72
Cadre II		19,82

Article 3

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant qui prendra effet à compter de sa signature.

Basse-Normandie (ex-IDCC 8252) Avenant n° 71 du 28 juin 2022

28 juin 2022, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er juillet 2022 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2022-27](#)

Article 1er

L'annexe II de la convention collective est abrogée et remplacée par la suivante :

« Annexe II Grille de rémunérations

Concernant les entreprises de travaux et services agricoles, les entreprises de travaux et services ruraux et les entreprises de travaux et services forestiers.

(En euros.)

Classification	Échelon	Salaire horaire
1.1. Rémunérations concernant le personnel d'exécution des entreprises de travaux et services agricoles et ruraux		
Emplois exécutants	1	10,85
	2	11,00
Emplois spécialisés	1	11,13
	2	11,39
Emplois qualifiés	1	11,66
	2	12,08
Emplois hautement qualifiés	1	12,30
	2	12,61
1.2. Rémunérations concernant le personnel bénéficiant du statut de technicien, agent de maîtrise et cadre en entreprises de travaux et services agricoles et ruraux		
Technicien agent de maîtrise (TAM 1)	1	13,39
	2	14,05
Technicien agent de maîtrise (TAM 2)	1	14,82
	2	15,56
Cadre I		17,34
Cadre II		20,55
2.1. Rémunérations concernant le personnel administratif d'exécution occupé dans les entreprises de travaux et services agricoles et ruraux, en entreprises de prestation de services en agriculture, entreprises de travaux et services forestiers en exploitation forestière, entreprises de travaux et services en sylviculture		
Emplois administratifs exécutants	1	10,85

	2	11,00
Emplois qualifiés	1	11,38
	2	11,66
Emplois hautement qualifiés	1	12,08
	2	12,61
5.2. Rémunérations concernant le personnel administratif technicien administratif et comptable et cadre occupé dans les entreprises de travaux et services agricoles et ruraux, en entreprises de prestation de services en agriculture, entreprises de travaux et services forestiers en exploitation forestière, entreprises de travaux et services en sylviculture		
Technicien administratif et comptable	1	13,27
	2	14,05
Cadre I		17,34
Cadre II		20,55

Article 2

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant qui prendra effet à compter du 1er juillet 2022.

Basse-Normandie (ex-IDCC 8252) Avenant n° 72 du 1er février 2023

1er février 2023, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er mai 2023 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2023-13](#)

Article 1er

L'annexe II de l'accord collectif 8252 « Entreprises de travaux agricoles et ruraux de Basse-Normandie » est abrogée et remplacée par la suivante :

« Annexe II

Grille de rémunérations

(En euros.)

Classification	Échelon	Salaire horaire
1.1. Rémunérations concernant le personnel d'exécution des entreprises de travaux et services agricoles et ruraux		
Emplois exécutants	1	11,27
2	11,43	
Emplois spécialisés	1	11,55
2	11,83	
Emplois qualifiés	1	12,09
2	12,41	
Emplois hautement qualifiés	1	12,73
2	13,03	
1.2. Rémunérations concernant le personnel bénéficiant du statut de technicien, agent de maîtrise et cadre en entreprises de travaux et services agricoles et ruraux		
Technicien agent de maîtrise (TAM 1)	1	13,75
2	14,47	
Technicien agent de maîtrise (TAM 2)	1	15,26
2	16,03	
Cadre I		17,86
Cadre II		21,17
2.1. Rémunérations concernant le personnel administratif d'exécution occupé dans les entreprises de travaux et services agricoles et ruraux, en entreprises de prestation de services en agriculture, entreprises de travaux et services forestiers en exploitation forestière, entreprises de travaux et services en sylviculture		

Emplois administratifs exécutant	1	11,27
2	11,43	
Emplois qualifiés	1	11,80
2	12,08	
Emplois hautement qualifiés	1	12,50
2	13,03	
2.2. Rémunérations concernant le personnel administratif technicien administratif et comptable et cadre occupé dans les entreprises de travaux et services agricoles et ruraux, en entreprises de prestation de services en agriculture, entreprises de travaux et services forestiers en exploitation forestière, entreprises de travaux et services en sylviculture		
Technicien administratif et comptable	1	13,69
2	14,47	
Cadre I		17,86
Cadre II		21,17

Article 2

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant qui entrera en vigueur le 1er jour du mois civil qui suit la date de la publication de l'arrêté d'extension du présent avenant au Journal officiel.

Normandie Avenant n° 6 du 5 décembre 2024 à l'accord du 10 avril 2009 relatif aux frais de santé des salariés non cadres

5 décembre 2024, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2025 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2025-14](#)

Préambule

Afin de mettre en conformité la définition du groupe assuré avec 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, les partenaires sociaux ont décidé de modifier les dispositions de l'accord collectif de prévoyance interprofessionnel du 17 juin 2009, en fonction des dispositions prévues par « l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance. »

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.

Il est également précisé qu'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 Modification de l'article bénéficiaires

L'alinéa 1 « Les salariés » de l'article 2 « Les bénéficiaires » 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 est annulé et remplacé comme suit :

« 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. »

Article 2 Tableau des garanties

L'article 4 « Les prestations » est annulé et remplacé comme suit :

« 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 3 Entrée en vigueur

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.

Article 4 Dépôt et extension

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

Normandie Avenant n° 6 du 5 décembre 2024 à l'accord du 27 janvier 2009 relatif à la prévoyance

5 décembre 2024, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2025 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2025-14](#)

Préambule

Afin de mettre en conformité la définition du groupe assuré avec 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, les partenaires sociaux ont décidé de modifier les dispositions de l'accord collectif de prévoyance interprofessionnel du 17 juin 2009, en fonction des dispositions prévues par « l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance. »

Il est également précisé qu'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 Modification de l'article « Champ d'application »

L'alinéa 2 « les salariés couverts » de l'article 1er « Champ d'application » de l'accord collectif de prévoyance interprofessionnel du 27 janvier 2009 est annulé et remplacé comme suit :

« Article 2

Les salariés couverts

Les dispositions de l'accord collectif de prévoyance interprofessionnel du 27 janvier 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.
»

Article 2 Entrée en vigueur

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.

Article 3 Dépôt et extension

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

Frais de santé des non-cadres, Manche (accord du 28 juillet 2009)

Accord du 28 juillet 2009 relatif à un régime complémentaire de frais de santé des salariés non cadres (Manche)

28 juillet 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2010 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2009-42](#)

Par le présent accord, les partenaires sociaux signataires souhaitent mettre en place un régime complémentaire frais de santé départemental comme le leur permet l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, garantissant des prestations complémentaires au régime obligatoire de la mutualité sociale agricole.

Les partenaires sociaux signataires entendent ainsi permettre aux salariés des exploitations de polyculture-élevage du département de la Manche de bénéficier d'un régime complémentaire frais de santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable afin notamment de :

- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche ;
- conserver la maîtrise du régime au niveau local.

Le présent accord est un accord autonome de la convention collective du 28 septembre 1970 concernant les exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations de cultures légumières et maraîchères, et les coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) de la Manche.

Article 1er Champ d'application

1.1. Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable de manière obligatoire à l'ensemble des salariés non cadres et employeurs des exploitations et entreprises agricoles ayant les activités suivantes :

- polyculture et élevage ;
- cultures légumières et maraîchères, quelle que soit la forme juridique de ces exploitations ou établissements agricoles ;
- coopératives d'utilisation de matériels agricoles en commun (CUMA) ;
- structures agro-touristiques et activités qui sont dans le prolongement de l'acte de production ou qui ont pour support l'exploitation.

1.2. Champ d'application territorial

Le présent accord régit tous les travaux salariés visés à l'article 1.1, effectués dans des exploitations ou entreprises dont le siège, représenté par les bâtiments d'exploitation principaux, est situé sur le territoire du département de la Manche, même si les terrains de cultures s'étendent sur un département limitrophe.

Article 2 Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur pour l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application à compter du 1er janvier 2010 si son arrêté d'extension est publié avant cette date. Dans le cas contraire, il entrera en vigueur à compter du premier jour du trimestre civil suivant l'arrêté d'extension.

En tout état de cause, le présent accord s'imposera à compter du 1er janvier 2010 aux employeurs et salariés ressortissant à des entreprises adhérentes aux organisations signataires.

Le présent accord pourra, préalablement à son extension, être appliqué de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissant à des entreprises non adhérentes aux organisations signataires.

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

Article 3 Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés de la production agricole 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, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de trois mois continue dans l'entreprise et entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont exclus :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les VRP relevant 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 du versement santé tel que défini dans l'article 3.3 du présent accord (1).*

3.1 Affiliation

À compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés au présent article.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime. Cette notice définit, notamment, les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir, les exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

3.2 Dispenses d'affiliation

Par exception aux dispositions précédentes, 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, conformément notamment aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale.

Cette possibilité de dispense d'adhésion concerne 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'État, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
 - , 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).

La demande de dispense doit être notifiée par écrit à l'employeur avant la fin du premier mois qui suit l'entrée en vigueur du présent accord ou celui de la date d'embauche. Dans tous les cas, les employeurs des exploitations et entreprises agricoles doivent être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés, qui devront produire chaque année les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

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 mois civil suivant.

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

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. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié est embauché en premier, sauf accord entre les employeurs et le salarié.

3.3 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 professionnelles et syndicales 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 (1).

3.3.1 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 (1).

3.3.2 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 (1).

3.3.3 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...).

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.

3.3.4 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.

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.

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

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures 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 sixième alinéa de l'article 3, le premier alinéa de l'article 3.3, le premier alinéa de l'article 3.3.1 et le premier alinéa de l'article 3.3.2 sont étendus sous réserve du respect des dispositions des articles L. 911-7-1 et D. 911-7 du code de la sécurité sociale.

(Arrêté du 30 juin 2017 - art. 1)

Article 5 Garanties obligatoires

5.1 Niveau des garanties

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul.

La nature et le montant des prestations du présent régime sont présentés dans le tableau de l'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 3 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Tous les remboursements prévus à l'annexe I comprennent les prestations du régime de base de la sécurité sociale ou de la mutualité sociale agricole dont relève le salarié visé à l'article 3 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) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

5.2 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, par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales 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 aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Article 6 Garanties facultatives au choix du salarié

6.1 Salariés en contrat de travail à durée déterminée ou contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois

Les salariés en contrat de travail à durée déterminée ou contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, et ne bénéficiant pas de ce fait du régime, peuvent demander à bénéficier des garanties prévues par le présent régime auprès du même organisme que celui assurant le régime obligatoire. Ces salariés peuvent également étendre les garanties à leur famille.

La cotisation qui en résulte est entièrement à la charge du salarié et l'organisme assureur procédera directement au recouvrement de la cotisation.

6.2 Extension famille facultative (conjoint et enfants)

Les salariés peuvent également étendre à titre facultatif la couverture prévue dans le cadre du présent régime

obligatoire à leur famille, composée de leurs ayants droit tels que définis ci-après :

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

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

- les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin :
 - , âgés de moins de 18 ans, non-salariés, ayant la qualité d'ayant droit au sens de la sécurité sociale du (membre) participant/souscripteur, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin ;
 - , âgés de moins de 18 ans, non-salariés, bénéficiant d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de sécurité sociale et reconnus à charge par l'administration fiscale du (membre) participant/souscripteur ;
 - , âgés de 18 ans à moins de 21 ans, non-salariés, bénéficiant d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de sécurité sociale et reconnus à charge par l'administration fiscale du (membre) participant/souscripteur ;
 - , , âgés de moins de 26 ans et poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - , , âgés de moins de 26 ans et sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - , , quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé, AAH (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du salarié nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié bénéficiaire à condition d'être à charge de ce dernier au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

La cotisation résultant de cette garantie facultative est à la seule charge du salarié et l'organisme assureur procédera directement au recouvrement de la cotisation auprès du salarié.

Article 7 Financement du régime complémentaire frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du régime 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.

Si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit, il devra 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 ses salariés ou de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du présent régime, il devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre.

Article 8 Règlement des prestations et tiers payant

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

Après affiliation de l'assuré, l'organisme assureur délivrera une carte santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières.

Cette carte santé reste la propriété de l'organisme assureur.

Article 9 Mise en œuvre du principe de solidarité

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

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

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

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité doivent notamment comprendre :

- 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, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole notamment en cas d'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 à l'article 11.

Article 10 Cessation et maintien des garanties

10.1. Cessation des garanties

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

10.2. Maintien des garantie au profit des anciens salariés

Les salariés cessant leur activité et les ayants droit d'un salarié décédé ont la possibilité de demander auprès de l'organisme assureur, dans des conditions définies par ce dernier, le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve qu'ils en fassent la demande au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail, ou le cas échéant, dans les 6 mois qui suivent le terme de couverture au titre de la portabilité visée à l'article 10.3 ci-après, ou le décès du salarié. Dans ce cadre, l'organisme assureur procédera au recouvrement de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés, sans que celle-ci dépasse de plus de 50 % la cotisation des actifs.

Les salariés visés sont ceux prévus à l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, à savoir :

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

10.3. Portabilité

Les salariés couverts collectivement par les garanties du présent régime 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 définies par les textes légaux (dispositions figurant en annexe II).

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 lesquelles les prestations demandées sont dues.

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

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

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

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

Article 11 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

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

Le bénéfice des garanties complémentaires frais de santé est obligatoirement maintenu au profit du salarié, et le cas échéant de ses ayants droit, pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat, ce 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 suivants :

- 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.

A l'issue de cette période, le salarié peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur, à titre individuel et facultatif, à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve de payer l'intégralité de la cotisation auprès de l'organisme assureur.

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

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

Le bénéfice des garanties complémentaires frais de santé est maintenu obligatoirement au profit des salariés, 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 un dispositif de protection sociale complémentaire, que ces indemnités soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

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

Article 12 Commission paritaire de suivi du régime frais de santé

Afin d'assurer la parfaite sécurité juridique du dispositif de complémentaire santé (compte tenu des possibles évolutions législatives ou réglementaires) et pour suivre l'application du présent accord, les signataires instituent une "commission paritaire de suivi de l'accord".

Cette commission exerce ses fonctions sous le contrôle et sous la direction de la commission paritaire départementale qui reste seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

La commission paritaire de suivi est composée de trois représentants désignés par chaque organisation syndicale de salariés signataire de l'accord départemental et par un nombre équivalent de représentants des organisations

professionnelles d'employeurs signataires.

La présidence est assurée alternativement pour une période de 2 ans par un représentant choisi alternativement dans chaque collège. Le secrétariat est assuré par la FDSEA de la Manche.

Article 13 Antériorité des régimes d'entreprise

Les employeurs relevant d'un accord collectif, d'un accord ratifié à la majorité des salariés ou d'une décision unilatérale de l'employeur, comportant des dispositions moins favorables au présent accord, devront appliquer celles du dispositif frais de santé départemental ou adapter leurs garanties pour répondre aux présentes obligations conventionnelles en matière notamment :

- de garanties minimales obligatoires ;
- de conditions d'accès (ancienneté...) ;
- de financement minimum de l'employeur.

S'agissant de la comparaison du niveau des prestations pour l'application des garanties minimales obligatoires, lors de concours entre actes juridiques applicables en matière de frais de santé, elle devra s'opérer entre chacune des catégories de garanties desdits actes coexistants, c'est-à-dire ligne à ligne, afin que celles applicables aux exploitations et entreprises agricoles concernées soient au moins aussi favorables que pour celles mises en place au titre du présent accord.

Suite à cette comparaison du niveau des prestations, pour l'application de la garantie minimale obligatoire, le dispositif frais de santé défini par le présent accord ne se cumule pas avec tout autre système de garanties collectives ayant la même cause ou le même objet.

Article 14 Recours contre les tiers responsables

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

Article 15 Dénonciation

L'accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties en respectant un préavis de 3 mois selon les dispositions de l'article L. 2261-9 du code du travail.

Article 16 Dépôt et extension

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

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

Annexes

Annexe I

Tableau des garanties complémentaires frais de santé

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la sécurité sociale française ou de la MSA, dès lors qu'elle intervient.

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20190044_0000_0034.pdf/BOCC

Annexe II

Dispositions légales sur la portabilité

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1, contre le risque décès, les risques

portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité 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.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail.

Avenant n° 1 du 17 septembre 2013 à l'accord du 28 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Manche)

17 septembre 2013, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2014 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2013-48](#)

Article 1er

L' article 3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 3

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent aux salariés non cadres ayant 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise et relevant du champ d'application du présent accord, à l'exclusion :

- des cadres ressortissant à la convention collective nationale du 2 avril 1952 et relevant 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 ;
- des VRP ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles obligatoires ;
- des salariés non cadres définis ci-dessus ressortissant à un accord d'entreprise dans les conditions fixées à l'article 13 de l'accord.

Toutefois, les salariés nouvellement embauchés dans une entreprise relevant du champ d'application de l'accord et ayant acquis préalablement l'ancienneté requise dans une autre entreprise relevant du champ d'application de l'accord peuvent bénéficier des garanties dès lors que leur embauche intervient au plus tard dans les 4 mois suivant la fin de leur contrat de travail précédent.

Dans ce cadre, les salariés doivent en faire la demande écrite formelle au nouvel employeur.

Article 3.1

Affiliation

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés au présent article auprès de l'organisme assureur suivant l'article 4 de l'accord, par la signature d'un bulletin d'affiliation.

Pour les dispositions du présent accord, la condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert 6 mois d'ancienneté.

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

Article 3.2

Dispenses d'affiliation

Ont par ailleurs la possibilité de solliciter une dispense d'affiliation afin de ne pas souscrire au présent régime les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :

- les salariés bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, peuvent demander à être exclus de l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année cette couverture obligatoire pour un niveau au moins équivalent.

Cette exclusion prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celui fixé dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié. En cas d'exclusion, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur ;

- les bénéficiaires de la CMU-C ainsi que de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ;

- les salariés bénéficiant d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément peuvent également demander à être exclus de la présente assurance complémentaire ;

- les salariés à temps partiel ayant 6 mois d'ancienneté et plus dès lors que leur cotisation complémentaire santé est égale ou supérieure à 10 % de leur rémunération ;

- les salariés en contrat à durée déterminée, y compris les apprentis, ayant 6 mois d'ancienneté et moins de 12 mois d'ancienneté.

La demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition d'ancienneté de 6 mois d'ancienneté.

Au jour de l'entrée en vigueur du présent avenant, les salariés à temps partiel ou en contrat à durée déterminée ayant entre 6 mois et 12 mois d'ancienneté doivent faire leur demande d'exclusion par écrit adressée à l'employeur avant la fin du premier mois d'application de l'avenant.

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, le salarié devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé.

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 les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

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 mois civil suivant.

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

Article 2

Le 1 de l'article 7 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 7.1. Montant de la cotisation

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

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

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

Le taux global de la cotisation mensuelle du présent régime « complémentaire frais de santé », couvrant le seul salarié à titre obligatoire, est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est égal à 1,03 % du PMSS.

La cotisation obligatoire ainsi prévue est répartie à raison de :

- 20 % à la charge de l'employeur, dans la limite de 20 % de 1,03 % du PMSS ;
- le restant étant à la charge du salarié.

Le taux de la cotisation mensuelle couvrant l'extension famille facultative à la seule charge du salarié est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). Il est égal à 1,68 % du PMSS (sans le salarié). »

Article 3

L'article 10 est complété comme suit :

« 10.3. 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 (dispositions figurant pour information en annexe à l'avenant n° 1 du 17 septembre 2013).

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. »

Article 4

Les autres clauses de l'accord restent inchangées.

Article 5

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 sont convenues de demander, sans délai, l'extension du présent accord.

Le présent accord prendra effet au premier jour du mois civil suivant la publication au Journal officiel de son arrêté d'extension et au plus tard le 1er janvier 2014, à l'exception des dispositions du 10.3 qui entreront en application à compter du 1er juin 2014 conformément aux dispositions légales applicables prévoyant cette date pour l'application de ce dispositif de portabilité.

Annexe

Annexe

Dispositions légales sur la portabilité

(art. L. 911-8 du code de la sécurité sociale, issu de la loi no 2013-504 du 14 juin 2013)

« Art. L. 911-8., Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité 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.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement

des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail. »

Avenant n° 2 du 16 janvier 2014 à l'accord du 28 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Manche)

16 janvier 2014, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er juin 2014 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2014-13](#)

Préambule

Dans le cadre de la mise en conformité de l'accord aux évolutions de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés ont décidé de modifier l'article relatif à la suspension du contrat de travail et de préciser l'articulation du dispositif de maintien des garanties au profit des anciens salariés avec le régime de portabilité. Dans ce contexte, les organisations signataires ont également décidé de modifier la présentation du tableau des garanties.

Article 1er

Le sixième alinéa de l'article 5 « Garanties obligatoires » est modifié comme suit :

« La nature et les montants des prestations du régime conventionnel sont présentés en annexe I au présent accord. »

Article 2

Le premier alinéa du 10.2 « Maintien de garanties au profit des anciens salariés » de l'article 10 « Cessation et maintien des garanties » est modifié comme suit :

« Les salariés cessant leur activité et les ayants droit d'un salarié décédé ont la possibilité de demander auprès de CRIA Prévoyance, dans des conditions définies par l'organisme précité, le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve qu'ils en fassent la demande au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois qui suivent le terme de couverture au titre de la portabilité visée au 10.3 ci-après, ou le décès du salarié. Dans ce cadre, CRIA Prévoyance procédera au recouvrement de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés, sans que celle-ci dépasse de plus de 50 % la cotisation des actifs. »

Article 3

L'article 11 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 11

Suspension du contrat de travail

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

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

A l'issue de cette période, le salarié peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont il relève, à titre individuel et facultatif, à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé, en acquittant directement l'intégralité de la cotisation auprès de l'organisme assureur.

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

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

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité pris en charge par la MSA et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties du régime complémentaire frais de santé sont maintenues sans versement de cotisation par l'employeur ou le salarié pour tout mois complet civil d'absence.

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire est due intégralement. »

Article 4

Le présent avenant entrera en vigueur le premier jour du mois civil qui suit la publication au Journal officiel de son arrêté d'extension, à l'exception des nouvelles dispositions du 10.2 qui entreront en application à compter du 1er juin 2014.

Article 5

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

Les parties signataires demandent l'extension du présent accord.

Annexe

Annexe I

Tableau des garanties complémentaires frais de santé

Désignation des actes	Total remboursement MSA + CRIA
Frais médicaux	
Consultations, visites de médecin ou spécialiste	100 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massage, pédicure, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	100 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	100 % de la BR
Dépassements d'honoraires (secteurs conventionnés 1 et 2)	300 % de la BR
Participation forfaitaire sur les actes médicaux lourds	Prise en charge
Actes de prévention responsables	100 % de la BR
Pharmacie	
Pharmacie prise en charge par le régime de base	100 % de la BR
Frais d'optique	
Verres, montures, lentilles, pris en charge par le régime de base	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 7,5 % du PMSS
Frais dentaires	
Soins et honoraires	100 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base	220 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 12 % du PMSS
Orthodontie prise en charge par le régime de base (enfants de moins de 16 ans)	150 % de la BR
Appareillage	
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	100 % de la BR
Prothèses auditives prises en charge par le régime de base	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 12 % du PMSS
Hospitalisation (hors maternité, séjour en maison de repos, frais de placement en long séjour ou en cure médicale), y compris psychiatrie (secteur conventionné ou non)	
Frais de soins et séjour	100 % de la BR
Dépassements d'honoraires	150 % de la BR
Chambre particulière	40 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour
Participation forfaitaire sur les actes lourds	Prise en charge
Forfait hospitalier	100 % des frais réels dès le premier jour

Forfaits	
Maternité :	
- frais de soins et séjour	100 % de la BR
- dépassements d'honoraires et chambre particulière	Forfait égal à 1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité
Frais de transport pris en charge par le régime de base	100 % de la BR
Régime de base : mutualité sociale agricole (MSA) ou sécurité sociale (SS). BR : base de remboursement du régime de base (MSA ou SS). PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale au 1er janvier de l'année.	

Actes de prévention :

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, l'institution a choisi de prendre en charge les actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale figurant sur la liste prévue à cet effet par l'arrêté du 8 juin 2006 (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code, Journal officiel du 18 juin 2006).

Avenant n° 3 du 11 décembre 2015 à l'accord du 28 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Manche)

11 décembre 2015, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2016 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2016-10](#)

Il est rappelé que l'accord collectif faisant l'objet du présent avenant est un accord autonome de la convention collective du 28 septembre 1970 concernant les exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations de cultures légumières et maraîchères, et les coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) de la Manche (IDCC 9501).

Considérant les dernières modifications légales et réglementaires apportées aux dispositions relatives aux régimes complémentaires frais de santé, les organisations professionnelles et syndicales de salariés ont décidé de mettre à jour l'accord collectif départemental du 28 juillet 2009. Cette mise à jour tient compte également des évolutions de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, modifié par un avenant en date du 15 septembre 2015,

Article 1er

Les dispositions de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » sont modifiées et remplacées comme suit :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés non affiliés à l'AGIRC, ayant au moins 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord. (1)

Sont exclus :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les VRP relevant d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord d'entreprise dans les conditions de l'article 13 de l'accord.

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

Toutefois, les salariés nouvellement embauchés dans une entreprise relevant du champ d'application de l'accord, et ayant acquis préalablement l'ancienneté requise dans une autre entreprise relevant du champ d'application de l'accord, peuvent bénéficier des garanties dès leur date d'embauche dès lors que cette dernière intervient au plus tard dans les 4 mois suivant la fin de leur contrat de travail précédent. Dans ce cadre, les salariés doivent en faire la demande écrite formelle au nouvel employeur.

Article 3.1

Affiliation

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés au présent

article.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime. Cette notice définit, notamment, les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir, les exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Article 3.2

Dispenses d'affiliation

Par exception aux dispositions précédentes, 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, conformément notamment aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale.

Cette possibilité de dispense d'adhésion concerne 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 l'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).

La demande de dispense doit être notifiée par écrit à l'employeur avant la fin du premier mois qui suit l'entrée en vigueur du présent accord ou celui de la date d'obtention de la condition d'ancienneté de 3 mois. Dans tous les cas, les employeurs des exploitations et entreprises agricoles doivent être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés, qui devront produire chaque année les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

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 mois civil suivant.

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

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. »

*(1) Le deuxième alinéa de l'article 1er est étendu sous réserve de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.
(Arrêté du 23 mars 2016 - art. 1)*

Article 2

L'article 4 « Gestion du régime complémentaire frais de santé » est supprimé.

Article 3

Les dispositions de l'article 5 « Garanties obligatoires » sont supprimées et remplacées comme suit :

« Article 5.1

Niveau des garanties

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul.

La nature et le montant des prestations du présent régime sont présentés dans le tableau de l'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 3 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Tous les remboursements prévus à l'annexe I comprennent les prestations du régime de base de la sécurité sociale ou de la mutualité sociale agricole dont relève le salarié visé à l'article 3 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) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

Article 5.2

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, par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales 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 aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale. »

Article 4

Les dispositions de l'article 6 « Garanties facultatives au choix du salarié » sont modifiées et remplacées comme suit :

« Article 6.1

Salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

Les salariés ayant moins de 3 mois d'ancienneté continue dans une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application défini par l'accord, et ne bénéficiant pas de ce fait à titre obligatoire du régime, peuvent demander à bénéficier des garanties prévues par le présent régime moyennant le paiement d'une cotisation identique à celui des garanties obligatoires, auprès du même organisme que celui assurant le régime obligatoire. Ces salariés peuvent également étendre les garanties à leur famille. (1)

La cotisation qui en résulte est entièrement à la charge du salarié et l'organisme assureur procédera directement au recouvrement de la cotisation.

Article 6.2

Extension famille facultative (conjoint et enfants)

Les salariés peuvent également étendre à titre facultatif la couverture prévue dans le cadre du présent régime

obligatoire à leur famille, composée de leurs ayants droit tels que définis ci-après :

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

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

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

La cotisation résultant de cette garantie facultative est à la seule charge du salarié et l'organisme assureur procédera directement au recouvrement de la cotisation auprès du salarié. »

(1) Le troisième alinéa de l'article 4 est étendu sous réserve de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

(Arrêté du 23 mars 2016 - art. 1)

Article 5

Le titre et les dispositions de l'article 7 « Cotisations » sont supprimés et remplacés comme suit :

« Article 7

Financement du régime complémentaire frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du régime 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.

Si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit, il devra 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 ses salariés ou de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du présent régime, il devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre. »

Article 6

Le titre et les dispositions de l'article 8 « Règlement des prestations » sont modifiés et remplacés comme suit :

« Article 8

Règlement des prestations et tiers payant

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant. Après affiliation de l'assuré, l'organisme assureur délivrera une carte santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières. Cette carte santé reste la propriété de l'organisme assureur. »

Article 7

L'article 9 « Tiers payant » est supprimé et remplacé par un nouvel article comme suit :

« Article 9

Mise en œuvre du principe de solidarité

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

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

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

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité doivent notamment comprendre :

- 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, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole notamment en cas d'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 à l'article 11. »

Article 8

Les dispositions de l'article 10.2 « Maintien des garanties au profit des anciens salariés » sont modifiées et remplacées comme suit :

« Les salariés cessant leur activité et les ayants droit d'un salarié décédé ont la possibilité de demander auprès de l'organisme assureur, dans des conditions définies par ce dernier, le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve qu'ils en fassent la demande au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail, ou le cas échéant, dans les 6 mois qui suivent le terme de couverture au titre de la portabilité visée à l'article 10.3 ci-après, ou le décès du salarié. Dans ce cadre, l'organisme assureur procédera au recouvrement de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés, sans que celle-ci dépasse de plus de 50 % la cotisation des actifs.

Les salariés visés sont ceux prévus à l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, à savoir :

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

Article 9

Les dispositions de l'article 10.3 « Portabilité » sont modifiées et remplacées comme suit :

« Les salariés couverts collectivement par les garanties du présent régime 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 définies par les textes légaux (dispositions figurant en annexe II).

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 lesquelles les prestations demandées sont dues.

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

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

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

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

Article 10

Le titre et les dispositions de l'article 11 « Suspension du contrat de travail » sont modifiés et remplacés comme suit :

« Article 11

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Article 11.1

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

Le bénéfice des garanties complémentaires frais de santé est obligatoirement maintenu au profit du salarié, et le cas échéant de ses ayants droit, pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat, ce 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 suivants :

- 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.

A l'issue de cette période, le salarié peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur, à titre individuel et facultatif, à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve de payer l'intégralité de la cotisation auprès de l'organisme assureur.

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

Article 11.2

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

Le bénéfice des garanties complémentaires frais de santé est maintenu obligatoirement au profit des salariés, 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 un dispositif de protection sociale complémentaire, que ces indemnités soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

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

Article 11

Le titre et les dispositions de l'article 12 « Accord de gestion spécifique et suivi du régime » sont modifiés et remplacés comme suit :

« Article 12

Commission paritaire de suivi du régime frais de santé

Afin d'assurer la parfaite sécurité juridique du dispositif de complémentaire santé (compte tenu des possibles évolutions législatives ou réglementaires) et pour suivre l'application du présent accord, les signataires instituent une "commission paritaire de suivi de l'accord".

Cette commission exerce ses fonctions sous le contrôle et sous la direction de la commission paritaire départementale qui reste seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

La commission paritaire de suivi est composée de trois représentants désignés par chaque organisation syndicale de salariés signataire de l'accord départemental et par un nombre équivalent de représentants des organisations professionnelles d'employeurs signataires.

La présidence est assurée alternativement pour une période de 2 ans par un représentant choisi alternativement dans chaque collège. Le secrétariat est assuré par la FDSEA de la Manche. »

Article 12

Les dispositions de l'article 13 « Antériorité des régimes d'entreprise » sont modifiées et remplacées comme suit :

« Les employeurs relevant d'un accord collectif, d'un accord ratifié à la majorité des salariés ou d'une décision unilatérale de l'employeur, comportant des dispositions moins favorables au présent accord, devront appliquer celles du dispositif frais de santé départemental ou adapter leurs garanties pour répondre aux présentes obligations conventionnelles en matière notamment :

- de garanties minimales obligatoires ;
- de conditions d'accès (ancienneté...) ;
- de financement minimum de l'employeur.

S'agissant de la comparaison du niveau des prestations pour l'application des garanties minimales obligatoires, lors de concours entre actes juridiques applicables en matière de frais de santé, elle devra s'opérer entre chacune des catégories de garanties desdits actes coexistants, c'est-à-dire ligne à ligne, afin que celles applicables aux exploitations et entreprises agricoles concernées soient au moins aussi favorables que pour celles mises en place au titre du présent accord.

Suite à cette comparaison du niveau des prestations, pour l'application de la garantie minimale obligatoire, le dispositif frais de santé défini par le présent accord ne se cumule pas avec tout autre système de garanties collectives ayant la même cause ou le même objet. »

Article 13

L'article 14 « Clause de réexamen » est supprimé.

Article 14

Il est créé un nouvel article 14 « Recours contre les tiers responsables », rédigé comme suit :

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

Article 15

Le présent avenant prendra effet au premier jour du mois civil suivant la parution de son arrêté d'extension et au plus tard le 1er janvier 2016.

Article 16

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé conformément aux dispositions légales.

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

Annexes

Annexe I

Tableau des garanties complémentaires frais de santé

Garanties santé., Régime général à adhésion obligatoire

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues aux conditions générales ou pour la garantie assistance, dans la notice d'information. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels

Garanties y compris les remboursements de la sécurité sociale ou de la MSA (sauf pour les forfaits en euros ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale ou de la MSA)	
Hospitalisation chirurgicale et médicale, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné (1))	
Honoraires, signataires CAS (2)	255 % BR
Honoraires, non signataires CAS (2)	200 % BR
Frais de séjours	100 % BR
Maternité	1/3 PMSS par bénéficiaire
Chambre particulière	40 € par jour pendant 60 jours, puis 25 € par jour
Forfait hospitalier	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Soins de ville (secteur conventionné et non conventionné (1))	
Consultations et visites, généralistes et spécialistes, signataires CAS (2)	250 % BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes, non-signataires CAS (2)	200 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité, signataires CAS (2)	100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité, non-signataires CAS (2)	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, signataires CAS (2)	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, non-signataires CAS (2)	100 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % BR

Auxiliaires médicaux	100 % BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la SS ou la MSA	100 % BR + 12 % PMSS par an par bénéficiaire
Autre appareillage remboursé par la SS ou la MSA	100 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Pharmacie	
Pharmacie remboursée par la SS ou la MSA	100 % BR ou TFR
Transport	
Transport remboursé par la SS ou la MSA	100 % BR
Frais dentaires	
Soins dentaires remboursés par la SS ou la MSA : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR
Inlays-onlays remboursés par la SS ou la MSA	220 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS ou la MSA :	220 % BR + 12 % PMSS par an par bénéficiaire
- couronnes, bridges et inter de bridges	
- couronnes sur implant	
- prothèses dentaires amovibles	
- réparations sur prothèses	
- inlays-cores	
Prothèses dentaires non remboursées par la SS :	300 € par an par bénéficiaire
- couronnes et bridges	
- prothèses dentaires provisoires	
- réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	
Orthodontie remboursée par la SS ou la MSA	250 % BR
Frais d'optique	
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans) (3)	
Monture	150 €
Verres (par paire)	Cf. grille optique
Lentilles remboursées par la SS ou la MSA	100 % BR + 100 € par an par bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la SS ou la MSA (y compris jetables)	100 € par an par bénéficiaire
Prévention et autres soins	
Cure thermique remboursée par la SS ou la MSA : honoraires et soins	70 % BR
Médecine douce (acupuncture, chiropractie, ostéopathie)	25 € par séance (maxi 100 € par an par bénéficiaire)
Actes de prévention (4)	Pris en charge

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

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

(3) La prise en charge est limitée à un équipement tous les 2 ans, période réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.
Le calcul de la période s'apprécie sur 24 mois glissants (ou 12 mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement par le bénéficiaire. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verre et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève 2 ans après.

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

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

Grille optique ITLIS

Garanties exprimées en inclusion du remboursement du régime obligatoire

Classe de défaut visuel	Défaut visuel		Dans le réseau	Hors réseau	
Myopie ou hypermétropie (en dioptries)	Astigmatisme (en dioptries)	Verre simple foyer	Verre progressif		
classe 1	De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	Frais réels (*)	100 €	200 €
classe 2	De 0 à 2	De 2,25 à 4	105 €	250 €	
De 2,25 à 4	Inférieur ou égal à 2				
classe 3	De 2,25 à 4	De 2,25 à 4	135 €	265 €	
De 4,25 à 6	Inférieur ou égal à 4				
classe 4	De 6,25 à 8	Inférieur ou égal à 4	150 €	300 €	
De 0 à 8	Supérieur ou égal à 4,25				
classe 5	Supérieur ou égal à 8,25	Tous cylindres	200 €	325 € (**)	
Monture			150 €		
Limitation de consommation : un équipement tous les 2 ans pour les adultes, et un équipement par an pour les enfants ou en cas de changement du défaut visuel dès 0,25 dioptries. (*) Dans la limite des plafonds du contrat responsable. (**) 300 € pour les enfants.					

Annexe II

Dispositions légales sur la portabilité

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité 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.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail.

Avenant n° 4 du 27 janvier 2017 à l'accord du 28 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Manche)

27 janvier 2017, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er août 2017 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2017-23](#)

Il est rappelé que l'accord collectif faisant l'objet du présent avenant est un accord autonome de la convention collective du 28 septembre 1970 concernant les exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations de cultures légumières et maraîchères, et les coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) de la Manche (idcc 9501).

Considérant les dernières modifications législatives et réglementaires apportées aux dispositions relatives aux régimes complémentaires frais de santé, à savoir l'obligation légale de l'employeur d'affilier tous ses salariés dès le premier jour et la mise en place du dispositif de versement santé, les organisations professionnelles et syndicales de salariés ont décidé de modifier l'accord collectif départemental du 28 juillet 2009. Cette modification tient compte également des évolutions de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, modifié par un avenant en date du 28 septembre 2016.

Les organisations professionnelles et syndicales ont ainsi voulu rendre applicable le régime collectif obligatoire aux salariés bénéficiaires d'un CDI et d'un CDD d'une durée de plus de 3 mois, dès leur premier jour de travail.

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

Les organisations professionnelles et syndicales conviennent ainsi des modifications suivantes :

Article 1er

Les dispositions de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » sont modifiées et remplacées comme suit :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC), bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois et entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont exclus :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire des cadres en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les VRP relevant d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord d'entreprise dans les conditions de l'article 13 de l'accord ;
- *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 du versement santé tel que défini dans l'article 3.3 du présent accord (1).*

Article 3.1

Affiliation

À compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés au présent article.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime. Cette notice définit, notamment, les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir, les exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Article 3.2

Dispenses d'affiliation

Par exception aux dispositions précédentes, 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, conformément notamment aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale.

Cette possibilité de dispense d'adhésion concerne 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'État, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
 - , 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).

La demande de dispense doit être notifiée par écrit à l'employeur avant la fin du premier mois qui suit l'entrée en vigueur du présent accord ou celui de la date d'embauche. Dans tous les cas, les employeurs des exploitations et entreprises agricoles doivent être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés, qui devront produire chaque année les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

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 mois civil suivant.

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

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. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié est embauché en premier, sauf accord entre les employeurs et le salarié.

Article 3.3

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 professionnelles et syndicales 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 (1).

Article 3.3.1

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 (1).

Article 3.3.2

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 (1).

Article 3.3.3

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...).

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.

Article 3.3.4

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.

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.

Article 3.3.5

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

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures 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 sixième alinéa de l'article 3, le premier alinéa de l'article 3.3, le premier alinéa de l'article 3.3.1 et le premier alinéa de l'article 3.3.2 sont étendus sous réserve du respect des dispositions des articles L. 911-7-1 et D. 911-7 du code de la sécurité sociale.

Article 2

Les dispositions de l'article 6 « Garanties facultatives au choix du salarié » sont modifiées et remplacées comme suit :

« Article 6.1

Salariés en contrat de travail à durée déterminée ou contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois

Les salariés en contrat de travail à durée déterminée ou contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, et ne bénéficiant pas de ce fait du régime, peuvent demander à bénéficier des garanties prévues par le présent régime auprès du même organisme que celui assurant le régime obligatoire. Ces salariés peuvent également étendre les garanties à leur famille.

La cotisation qui en résulte est entièrement à la charge du salarié et l'organisme assureur procédera directement au recouvrement de la cotisation.

Article 6.2

Extension famille facultative (conjoint et enfants)

Les salariés peuvent également étendre à titre facultatif la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à leur famille, composée de leurs ayants droit tels que définis ci-après :

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

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

- les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin :
 - , âgés de moins de 18 ans, non-salariés, ayant la qualité d'ayant droit au sens de la sécurité sociale du (membre) participant/souscripteur, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin ;
 - , âgés de moins de 18 ans, non-salariés, bénéficiant d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de sécurité sociale et reconnus à charge par l'administration fiscale du (membre) participant/souscripteur ;
 - , âgés de 18 ans à moins de 21 ans, non-salariés, bénéficiant d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de sécurité sociale et reconnus à charge par l'administration fiscale du (membre) participant/souscripteur ;
 - , , âgés de moins de 26 ans et poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - , , âgés de moins de 26 ans et sous contrat d'apprentissage ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - , , quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé, AAH (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du salarié nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié bénéficiaire à condition d'être à charge de ce dernier au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

La cotisation résultant de cette garantie facultative est à la seule charge du salarié et l'organisme assureur procédera directement au recouvrement de la cotisation auprès du salarié. »

Article 3

Le présent avenant prendra effet au 1er jour du mois civil suivant la parution de son arrêté d'extension.

Article 4

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé conformément aux dispositions légales.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui sera déposé à l'unité départementale de la Manche de la DIRECCTE de Normandie.

Avenant n° 5 du 15 juin 2018 à l'accord du 28 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Manche)

15 juin 2018, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er juin 2018 [Légifrance](#)

Il est rappelé que l'accord collectif faisant l'objet du présent avenant est un accord autonome de la convention collective du 28 septembre 1970 concernant les exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations de cultures légumières et maraîchères, et les coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) de la Manche (IDCC 9501).

Considérant l'importance d'offrir un niveau de garanties complémentaires frais de santé correct aux salariés ressortissant du présent régime, permettant de garantir un niveau comparable aux autres secteurs d'activité et de renforcer l'attractivité du secteur de la production agricole de la Manche, les organisations professionnelles et syndicales ont décidé d'améliorer le niveau des prestations proposées.

Les organisations professionnelles et syndicales conviennent ainsi des modifications suivantes.

Article 1er

Il est rappelé que le présent régime « frais de santé » couvre à titre obligatoire le salarié seul.

La nature et le montant des prestations du présent régime sont présentés dans le tableau de l'annexe I du présent accord.

Ce tableau est modifié conformément à l'annexe I du présent avenant.

Article 2

Le présent avenant prendra effet au 1er juin 2018.

Article 3

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé conformément aux dispositions légales.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui sera déposé à l'unité départementale de la Manche de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Normandie.

Annexe

Annexe I

Tableau des garanties complémentaires frais de santé

Garanties santé., Régime complémentaire à adhésion obligatoire

Conformément au cahier des charges du contrat responsable, les honoraires, les frais de séjour, les soins courants, la pharmacie remboursée à 65 % en régime général, le transport, l'appareillage, les équipements optique et lentilles remboursées sécurité sociale ou MSA, les soins dentaires et Inlays-onlays ainsi que les actes de prévention sont pris en charge avec un minimum de 100 % de la BR-MR ; les prothèses dentaires sécurité sociale ou MSA et l'orthodontie sécurité sociale ou MSA sont, quant à elles, prises en charge avec un minimum de 125 % de la BR-MR.

Les garanties s'entendent sous déduction des prestations de la sécurité sociale ou de la mutualité sociale agricole (sauf garanties exprimées en forfait).

Ces garanties s'entendent dans la double limite, d'une part des frais réels, MR, et d'autre part dans la limite de :

HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MÉDICALE y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné (1))

Hospitalisation chirurgicale et médicale

Frais de séjour et fournitures diverses	100 % de la BR
Honoraires, signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	255 % de la BR
Honoraires, non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
Forfait journalier	100 % des frais réels
Chambre particulière en hospitalisation, y compris forfait ambulatoire	75 € par jour pendant 60 jours maximum puis 25 € par jour
Chambre particulière en maternité	80 € par jour
Chambre particulière en psychiatrie	75 € par jour pendant 45 jours par an
Frais d'accompagnement (enfant, de 16 ans)	50 € par jour pendant 10 jours maximum puis 30 € par jour
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Hospitalisation à domicile	
Honoraires, signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	255 % de la BR
Honoraires, non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné (1))	
Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes, signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	250 % de la BR
Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes, non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité, signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	220 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité, non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	210 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	190 % de la BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	200 % de la BR
Biologie médicale	180 % de la BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	100 % de la BR
Frais pharmaceutiques prescrits mais non remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 40 €
Vaccins non remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 40 €
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 50 €
FRAIS DE TRANSPORT	
Frais de transport remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	100 % de la BR
APPAREILLAGE	
Orthopédie et prothèses diverses remboursées par la sécurité sociale ou la MSA	285 % de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 200 € (fauteuil roulant)
Prothèses auditives (+ piles et entretien) remboursées par la sécurité sociale ou la MSA	400 % de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 12 % du PMSS
FRAIS DENTAIRES	
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale ou la MSA : soins dentaires, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie	100 % de la BR
Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 100 €

Inlays-onlays remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	250 % de la BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale ou la MSA : - couronnes, bridges et inter de bridges ; - couronnes sur implant ; - prothèses dentaires amovibles ; - prothèses dentaires transitoires ; - réparations sur prothèses ; - Inlays-cores.	350 % de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 12 % du PMSS
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale ou la MSA : - couronnes et bridges ; - réparations sur prothèses (sauf les réparations à caractère esthétique). Implants (implant + pilier implantaire)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 500 €
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	300 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 200 €
OPTIQUE	
Limitation à un équipement lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans par bénéficiaire âgé de 18 ans et plus et à un équipement lunettes tous les ans pour les bénéficiaires âgés de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue	
Verres et montures remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	Réseau ITÉLIS (cf. grille optique)
Lentilles remboursées par la sécurité sociale ou la MSA (y compris jetables)	100 % de la BR plus un forfait de 200 € par bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale ou la MSA (y compris jetables)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 200 €
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	500 € par œil
MATERNITÉ ET ADOPTION	
Allocation naissance (3) (L'allocation n'est pas due en cas d'adoption.)	Allocation indemnitaire égale à 40 % du PMSS, dans la limite des frais réellement engagés
PRÉVENTION	
Actes de prévention (4) hors DES	Pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat (5)
MÉDECINE ALTERNATIVE	
Acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe, sophrologue	30 € par consultation, dans la limite de 4 consultations par an et par bénéficiaire
CURE THERMALE	
Cure thermale remboursée par la sécurité sociale ou la MSA :	
- honoraires et soins remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	100 % de la BR
- transport et hébergement remboursés ou non par la sécurité sociale ou la MSA	150 €

Grille ITÉLIS

Les garanties verres et monture s'entendent sous déduction des prestations de la sécurité sociale ou de la MSA.

Verres					
Classe de défaut visuel	Défaut visuel		Dans le réseau	Hors réseau	
Myopie ou hypermétropie (en dioptries)	Astigmatisme (en dioptries)	0 € à charge sur les verres indiqués ci-dessous	Verre simple foyer	Verre progressif	
Classe 1	De 0 à 2	<= à 2,00	Frais réels (*)	100 €	200 €
Classe 2	De 0 à 2	De 2,25 à 4	Frais réels (*)	105 €	250 €
De 2,25 à 4	à 2,00				

Classe 3	De 2,25 à 4	De 2,25 à 4	Frais réels (*)	135 €	265 €
De 4,25 à 6	<= à 4,00				
Classe 4	De 6,25 à 8	<= à 4,00	Frais réels (*)	150 €	300 €
De 0 à 8	>= à 4,25				
Classe 5	>= à 8,25	Tous cylindres	Frais réels (*)	200 €	300 € pour les ayants droit mineurs 325 € pour tous les autres bénéficiaires
Monture					
Monture remboursée par la sécurité sociale ou la MSA			Plafond par bénéficiaire égal à 150 €		
BR : base de remboursement de la sécurité sociale, BRR : base de remboursement reconstitué, CAS : contrat d'accès aux soins, FR : frais réels, MR : montant remboursé par la sécurité sociale, MSA : mutualité sociale agricole, OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée, OPTAM-CO : option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie obstétrique, PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année, SS : sécurité sociale, TM : ticket modérateur (TM = BR, MR).					
(*) dans la limite des plafonds du contrat responsable.					
(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.					
(2) L'« OPTAM/OPTAM-CO » remplace, à compter du 1er janvier 2017, le CAS. Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/l'OPTAM-CO.					
(3) Par dérogation aux conditions générales, la garantie maternité définie ci-dessus est une allocation destinée à rembourser l'ensemble des frais et dépassements d'honoraires liés à l'accouchement non remboursés par la sécurité sociale ou la MSA. Au titre du contrat, cette allocation est versée, dans la double limite des frais réels et du contrat, sur présentation des justificatifs pour la naissance d'un enfant du participant, déclaré à l'état civil.					
L'allocation n'est pas due en cas d'adoption. Elle est doublée en cas de naissance multiple.					
(4) Les actes de prévention sont listés à l'article 16.1 des conditions générales.					
(5) À titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.					

Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la sécurité sociale ou la MSA et tout autre organisme complémentaire.

Avenant n° 6 du 23 juillet 2019 à l'accord du 28 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Manche)

23 juillet 2019, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2020 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2019-44](#)

Il est rappelé que l'accord collectif faisant l'objet du présent avenant est un accord autonome de la convention collective du 28 septembre 1970 concernant les exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations de cultures légumières et maraîchères, et les coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) de la Manche (IDCC 9501).

Considérant les dernières modifications légales et réglementaires apportées aux dispositions relatives aux régimes complémentaires frais de santé, à savoir la prise en charge intégrale par la sécurité sociale et les complémentaires santé des équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires dans le cadre de la mise en place du reste à charge zéro (100 % santé) et la modification du cahier des charges des contrats responsables, les organisations professionnelles et syndicales ont décidé de mettre en conformité avec le 100 % santé les prestations proposées dans le présent régime complémentaire frais de santé.

Les organisations professionnelles et syndicales conviennent ainsi des modifications suivantes.

Article 1er

La nature et le montant des prestations du présent régime sont présentés dans le tableau de l'annexe I du présent accord.

Ce tableau est modifié conformément à l'annexe I du présent avenant.

Article 2

Le présent avenant prendra effet au 1er janvier 2020.

Article 3

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé conformément aux dispositions légales.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui sera déposé à l'unité départementale de la Manche de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Normandie.

Annexe

Annexe I

Tableau des garanties complémentaires frais de santé

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la sécurité sociale française ou de la MSA, dès lors qu'elle intervient.

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

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/boc_20190044_0000_0034.pdf/BOCC

Avenant n° 7 du 4 octobre 2024 à l'accord du 28 juillet 2009 relatif aux frais de santé (Manche)

4 octobre 2024, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2025 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2025-14](#)

Préambule

Il est rappelé que l'accord collectif faisant l'objet du présent avenant est un accord autonome de l'accord collectif territorial du 28 septembre 1970 concernant les exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations de cultures légumières et maraîchères, et les coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) de la Manche (ex-IDCC 9501).

Considérant l'abrogation des textes conventionnels faisant référence aux catégories de salariés cadres et non cadres (convention collective nationale de retraites et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et accord national interprofessionnel de retraite complémentaire du 8 décembre 1961) et la nouvelle définition des salariés cadres et non cadres instituée par l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 dans le cadre de la fusion des régimes AGIRC et ARRCO, les organisations professionnelles et syndicales ont décidé de mettre à jour le champ des bénéficiaires de l'accord « frais de santé » avec ces nouvelles dispositions.

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

Les organisations professionnelles et syndicales conviennent ainsi des modifications suivantes.

Article 1er

Les dispositions de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » sont modifiées et remplacées comme suit :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés de la production agricole 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, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de trois mois continue dans l'entreprise et entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont exclus :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les VRP relevant d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord d'entreprise dans les conditions de l'article 13 de l'accord ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure

ou égale à trois mois. Pour ces salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé est assurée par le dispositif du versement santé tel que défini dans l'article 3.3 du présent accord. »

Les articles 3.1 « Affiliation » à 3.3.5 « Calcul du versement » santé demeurent inchangés.

Article 2

Le présent avenant prendra effet au 1er janvier 2025.

Article 3

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé conformément aux dispositions légales.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant qui sera déposé à la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) de Normandie.

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

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-dessous.

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 21^e 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° 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.legifrance.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.

Prévoyance des non-cadres, Manche (accord du 28 juillet 2009)

Accord du 28 juillet 2009 relatif à la prévoyance des salariés non cadres

28 juillet 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2010 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2009-42](#)

Préambule

Par le présent accord, les organisations professionnelles et syndicales décident d'appliquer les dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, modifié par l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015, pour la partie des dispositions relatives au dispositif de prévoyance, à l'exclusion des dispositions relatives au dispositif frais de santé. Afin de permettre aux salariés de bénéficier d'un bon niveau de garanties, les partenaires sociaux décident de rendre obligatoire des options définies au niveau national dans les conditions suivantes.

Article 1er Champ d'application

1.1. Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable à l'ensemble des salariés non cadres et employeurs des exploitations et entreprises agricoles ayant les activités suivantes :

- polyculture et élevage ;
- cultures légumières et maraîchères, quelle que soit la forme juridique de ces exploitations ou établissements agricoles ;
- coopératives d'utilisation de matériels agricoles en commun (CUMA) ;
- structures agro-touristiques et activités qui sont dans le prolongement de l'acte de production ou qui ont pour support l'exploitation.

1.2. Champ d'application territorial

Le présent accord régit tous les travaux salariés visés à l'article 1.1, effectués dans des exploitations ou entreprises dont le siège, représenté par les bâtiments d'exploitation principaux, est situé sur le territoire du département de la Manche, même si les terrains de cultures s'étendent sur un département limitrophe.

Article 2 Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur le 1er janvier 2017.

Article 3 Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord à s'appliquent à tous les salariés de la production agricole 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, sans condition d'ancienneté, pour chacune des garanties mises en place, relevant du champ d'application du présent accord, à l'exclusion :

- des salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et des techniciens, agents de maîtrise et cadres ressortissants de la convention collective du 2 avril 1952 et relevant du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP ressortissant d'autres dispositions conventionnelles obligatoires ;
- des salariés tels que définis ci-dessus bénéficiant d'un régime plus favorable que le présent accord institué dans leur entreprise conformément aux dispositions légales, par accord collectif d'entreprise, décision unilatérale ou référendum.

(1) Article étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail relatif à la hiérarchie des normes conventionnelles en application duquel l'accord de branche prévaut sur l'accord d'entreprise sauf lorsque ce dernier assure des garanties au moins équivalentes.

(Arrêté du 5 mai 2025 - art. 1)

Article 4 Garanties

Les salariés entrant dans le champ d'application du présent accord bénéficient des garanties relatives au dispositif prévoyance ("socle national minimum obligatoire") prévues par l'accord national du 10 juin 2008 précité.

Le détail de ces garanties figure en annexe 1 du présent accord.

Ils bénéficient également des options nationales du dispositif prévoyance suivantes :

- la majoration du capital décès de 25 % par enfant à charge ;
- les frais d'obsèques en cas de décès du salarié et des ayants droit ;
- la rente éducation pour les enfants à charge en cas de décès du salarié ;
- la mensualisation légale, l'assurance charges sociales correspondante et l'option complément mensualisation améliorée jusqu'à 90 % du salaire brut, toutes indemnités journalières comprises ; ces options sont à la charge exclusive des employeurs ;
- le relais mensualisation à 5 % ;
- la majoration de la rente complémentaire de 10 % en cas d'incapacité permanente professionnelle (IPP) correspondant à un taux égal ou supérieur à 66,66 % ;
- la majoration de la pension d'invalidité de 10 % en cas d'invalidité de 2e ou 3e catégorie.

Le récapitulatif de ces garanties, socle compris, figure en annexe II du présent accord.

Le financement des garanties est assuré par une cotisation dont la répartition figure en annexe III du présent accord, étant précisé que la part de cotisation globale (socle national minimum obligatoire et options) à la charge de l'employeur n'excédera pas 60 %.

Annexes

Annexe I

		Socle national minimum obligatoire
Décès	Décès (toutes causes et accidentel)	
Capital décès	100 % du salaire annuel brut TA + TB (1)	
Arrêts de travail	Incapacité temporaire de travail (ITT)	
Prestation	15 % du salaire journalier brut TA + TB (en complément des prestations brutes de la sécurité sociale)	
Franchises	6 mois, 1 an d'ancienneté : - au 61e jour d'absence pour AT / MP (2) (hors accident de trajet) - au 71e jour dans tous les autres cas 1 an d'ancienneté : - en relais de la mensualisation (donc à compter de la fin de la 2e période d'indemnisation due au titre de la mensualisation, c'est-à-dire au 68e jour pour une ancienneté de 1 à 6 ans...) Lors d'un nouvel arrêt, si le salarié a épuisé ses droits au titre de la mensualisation : - dès le 1er jour d'absence pour AT / MP (hors accident de trajet) - au 8e jour dans tous les autres cas	
Incapacité permanente professionnelle (IPP)		
Garantie si taux IPP >= à 66,66 %	10 % du salaire mensuel brut TA + TB (en complément des prestations brutes de la sécurité sociale)	
Invalidité (garantie incapacité permanente de travail d'origine privée)		
2e / 3e catégories de la sécurité sociale	10 % du salaire mensuel brut TA + TB (en complément des prestations brutes de la sécurité sociale)	
(1) La tranche A (TA) est égale à la rémunération brute soumise à cotisation 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 cotisation, déduction faite de la tranche A, et limitée à 3 plafonds de la sécurité sociale. (2) Accident du travail (AT) et maladie professionnelle (MP).		

Annexe II

Options nationales du dispositif prévoyance obligatoires sans ancienneté

Frais d'obsèques (décès OD et AD) 100 % du PMSS	Relais mensualisation ITT (**) + 5 % du SJB		
Rente d'éducation 3 % / 4,5 % / 6 % du PASS	Complément mensualisation + 23,40 % du SJB (niveau 90 %)		
Décès majoration enfant + 25 % du SAB	Mensualisation légale (*) (y compris assurances des charges sociales)	IPP >= 2/3 + 10 % du SMB	Invalidité 2e et 3e catégories + 10 % du SMB
Socle national minimum obligatoire sans ancienneté			
Décès (toutes causes et IAD) 100 % SAB	Incapacité temporaire (ITT) 15 % du SJB	Incapacité permanente professionnelle (IPP >= 2/3) 10 % du SMB	Invalidité 2e et 3e catégories de la sécurité sociale 10 % du SMB
SAB : salaire annuel brut de référence. SMB : salaire mensuel brut de référence. SJB : salaire journalier brut de référence. ITT : incapacité temporaire de travail. IPP : incapacité permanente professionnelle. PASS / PMSS : plafond annuel / mensuel de la sécurité sociale. OD : ouvrant droit. AD : ayant droit. IAD : invalidité absolue et définitive. Mensualisation : maintien de salaire financé à 100 % par l'employeur. (*) Le « complément mensualisation » vient compléter la deuxième période d'indemnisation à 66,66 % de la mensualisation. (**) L'ITT à + 5 % est une ITT qui intervient en relais des obligations de mensualisation, donc à compter de l'expiration de la totalité des durées d'indemnisation dues au titre de la mensualisation.			

Annexe III

Financement des garanties	Prise en charge Accord national avec options		
Décès	Part patronale	Part salariale	
Socle, capital décès 100 % du salaire annuel brut	100 %		
Option, frais d'obsèques en cas de décès du salarié, du conjoint et de l'enfant à charge	100 %		
Option, majoration enfant 25 %	100 %		
Option, rente d'éducation par enfant à charge, 3 % / 4,5 % / 6 % du PASS		100 %	
Incapacité temporaire			
Socle, relais mensualisation 15 %	11,3 %	88,7 %	
Option, mensualisation	100 %		(2)
Option, assurance charges sociales	100 %		(2)
Option, complément mensualisation	100 %		(2)
Option, relais mensualisation 5 %		100 %	
Invalidité toutes origines			
Socle, invalidité 2e et 3e catégories indemnisation à 10 %		100 %	(1)
Socle, incapacité permanente prof sup à 2/3 indemnisation à 10 %	100 %		
Option, invalidité 2e et 3e catégories indemnisation + 10 %		100 %	
Option, incapacité permanente prof sup à 2/3 indemnisation + 10 %		100 %	
(1) A la charge exclusive du salarié. (2) A la charge exclusive de l'employeur.			

Avenant n° 1 du 4 juillet 2012 à l'accord du 28 juillet 2009 relatif à la prévoyance (Manche)

4 juillet 2012, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er juillet 2013 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2013-13](#)

Il est rappelé que l'accord collectif faisant l'objet du présent avenant est un accord autonome de la convention collective de travail du 28 septembre 1970 concernant les exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations de cultures légumières et maraîchères, les coopératives d'utilisation de matériel agricole du département de la Manche.

Article 1er

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

« Article 7

Cotisations

Article 7.1

Assiette

Les cotisations sont appelées pour tous les salariés définis à l'article 4 du présent accord sur la base des rémunérations brutes limitées à 4 fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale (tranches A et B) servant au calcul de l'assiette des cotisations d'assurances sociales.

Article 7.2

Taux et répartition

Pour tous les employeurs et les salariés, le taux global des cotisations, comprenant l'assurance des charges sociales patronales, destinées au financement des garanties définies à l'article 5 est de 1,36 %.

La répartition des cotisations par garantie et la répartition des cotisations entre les employeurs et les salariés pour chacune des garanties sont les suivantes :

(En pourcentage.)

Garantie	Employeur	Salarié	Ensemble
Décès	0,41		0,41
Incapacité temporaire de travail			
Maintien de salaire	0,24		0,24
Relais maintien de salaire		0,48	0,48
Cotisations assurance charges sociales patronales	0,09		0,09
Incapacité permanente toutes origines	0,06	0,08	0,14
Total	0,80	0,56	1,36

Article 2

Le présent avenant prendra effet le 1er janvier 2013 si son arrêté d'extension est publié au Journal officiel avant cette date. Dans le cas contraire, il entrera en vigueur à compter du premier jour du trimestre civil suivant la publication de l'arrêté d'extension.

Article 3

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Avenant n° 2 du 9 avril 2013 à l'accord du 28 juillet 2009 relatif à la prévoyance (Manche)

9 avril 2013, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 11 octobre 2013 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2013-33](#)

Il est rappelé que l'accord collectif faisant l'objet du présent avenant est un accord autonome de la convention collective

de travail du 28 septembre 1970 concernant les exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations de cultures légumières et maraîchères, les coopératives d'utilisation de matériel agricole du département de la Manche (idcc 9501).

Article 1er

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

« Article 7.3

Collecte

Les cotisations sont collectées par la MSA pour le compte d'Agri-Prévoyance selon les modalités définies entre Agri-Prévoyance et la MSA.

Article 7.4

Suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu au paiement d'un salaire par l'employeur et intervenant après la date d'affiliation au régime et pour une autre cause que l'arrêt de travail, les garanties prévues en cas de décès peuvent continuer à être accordées, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande auprès d'Agri-Prévoyance et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante.

En cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident, ne donnant pas lieu à complément de salaire par l'employeur et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues en cas de décès et d'incapacité permanente, toutes origines, sont maintenues sans versement de cotisation.

En cas de suspension du contrat de travail, d'une durée supérieure à 1 mois civil donnant lieu à complément de salaire par l'employeur, le bénéfice des garanties décès et incapacité permanente, toutes origines, est maintenu avec versement des cotisations correspondantes. Toutefois, en cas d'incapacité temporaire pour maladie ou accident, toutes origines, les garanties sont maintenues sans versement de cotisation. »

Article 2

Le présent avenant prendra effet dès le lendemain de la publication de son arrêté d'extension.

Article 3

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Avenant n° 3 du 12 décembre 2014 à l'accord du 28 juillet 2009 relatif à la prévoyance (Manche)

12 décembre 2014, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er mars 2015 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2015-7](#)

Préambule

Il est rappelé que l'accord collectif faisant l'objet du présent avenant est un accord autonome de la convention collective de travail du 28 septembre 1970 concernant les exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations de cultures légumières et maraîchères, les coopératives d'utilisation de matériel agricole du département de la Manche (IDCC 9501).

Les organisations syndicales de salariés et les organisations professionnelles d'employeurs ont décidé de mettre à jour l'accord départemental du 28 juillet 2009 suite aux évolutions de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance. Elles conviennent ainsi des modifications suivantes.

Article 1er

Les dispositions du paragraphe a « Montant » de l'article 5.1.1 « Capital décès » sont modifiées comme suit :

« L'organisme assureur verse un capital décès égal à 100 % du salaire brut total soumis à cotisations perçu pendant

les 12 derniers mois précédant le décès ou le cas échéant l'arrêt de travail, ou, en cas de décès avant 12 mois d'ancienneté, égal au salaire moyen mensuel du salarié multiplié par 12 mois. Ce capital est majoré de 25 % du salaire de référence par enfant à charge. »

Article 2

Les dispositions du premier alinéa de l'article 5.3 « Garantie incapacité permanente toutes origines » sont modifiées comme suit :

« En cas d'incapacité permanente de travail quelle qu'en soit l'origine, correspondant à un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 2/3, ou en cas d'incapacité permanente entraînant le versement d'une rente d'invalidité de catégorie 2 ou 3, les salariés bénéficieront d'une rente complémentaire versée chaque mois égale à 15 % du salaire mensuel brut de référence. Le salaire mensuel brut de référence est égal à 1/12 des salaires bruts perçus par le salarié au cours des 12 mois civils précédant la date de l'arrêt de travail ou du salaire moyen mensuel brut calculé sur la période travaillée par le salarié si celui-ci a moins de 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise. »

Article 3

L'article 7.2 « Taux et répartition » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 7.2

Taux de cotisations et répartition

Pour tous les employeurs et les salariés, le taux global des cotisations, comprenant l'assurance des charges sociales patronales, destinées au financement des garanties définies à l'article 5 est de 1,50 %.

La répartition des cotisations par garantie et la répartition des cotisations entre les employeurs et les salariés pour chacune des garanties sont les suivantes :

(En pourcentage.)

Garantie	Employeur	Salarié	Ensemble
Décès	0,45	-	0,45
Incapacité temporaire de travail			
Maintien de salaire (*)	0,26	-	0,26
Relais maintien de salaire	-	0,53	0,53
Cotisation assurance charges sociales patronales	0,10	-	0,10
Incapacité permanente toutes origines	0,07	0,09	0,16
Total	0,88	0,62	1,50
(*) Garantie légale résultant de l'application des articles L. 1226-1 et D. 1226-1 du code du travail.			

Article 4

Les dispositions des deux derniers alinéas de l'article 7.4 « Suspension du contrat de travail » sont modifiées comme suit :

« En cas d'arrêt de travail pour maladie, maternité ou accident (toutes origines) pris en charge par la MSA et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues en cas de décès et d'incapacité permanente toutes origines sont maintenues sans versement de cotisation.

En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil donnant lieu à complément de salaire par l'employeur, le bénéfice des garanties décès et incapacité permanente toutes origines est maintenu avec versement des cotisations correspondantes. Toutefois, en cas d'incapacité temporaire pour maladie, maternité ou accident (toutes origines), les garanties sont maintenues sans versement de cotisation. »

Article 5

Il est créé un article 7.5 « Portabilité » rédigé comme suit :

« Article 7.5

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. Les dispositions légales figurent pour information en annexe à l'avenant n° 3 du 12 décembre 2014.

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 de chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations demandées sont dues. »

Article 3

Le présent avenant prendra effet au premier jour du mois civil suivant la publication au Journal officiel de son arrêté d'extension, à l'exception des nouvelles dispositions de l'article 7.5 de l'accord, qui entreront en application à compter du 1er juin 2015.

Article 4

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé conformément aux dispositions légales.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Annexe

Annexe

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, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité 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.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail.

Avenant n° 4 du 8 juin 2016 à l'accord du 28 juillet 2009 relatif à la prévoyance (Manche)

8 juin 2016, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2017 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2016-52](#)

Il est rappelé que l'accord collectif faisant l'objet du présent avenant est un accord autonome de la convention collective du 28 septembre 1970 concernant les exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations de cultures légumières et maraîchères, et les coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) de la Manche (IDCC 9501).

L'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance a été modifié par un avenant n° 4 en date du 15 septembre 2015. Il a défini un dispositif prévoyance national comprenant des garanties minimales obligatoires et des garanties optionnelles afin de permettre aux partenaires sociaux locaux, quel que soit le niveau de négociation territoriale, de renégocier leur accord en adaptant leurs garanties aux options déterminées nationalement.

L'avenant n° 4 à l'accord national précise que ces options ne sauraient ouvrir un droit à adhésion facultative aux salariés, mais permettent aux partenaires sociaux locaux de constituer un système de garanties collectives obligatoires supérieur au socle minimum national. En outre, ces options peuvent également être souscrites par l'exploitation ou l'entreprise agricole.

Par conséquent, les organisations professionnelles et syndicales de salariés ci-dessus désignées décident de réviser l'accord collectif départemental du 28 juillet 2009 afin d'appliquer les dispositions de l'accord national, avec un niveau de garanties supérieur au socle minimum national par la mise en place d'options nationales, dans l'objectif d'une mutualisation nationale.

Article 1er

Le présent avenant constitue un accord de révision au sens des articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du code de travail. Les dispositions de l'accord collectif départemental du 28 juillet 2009 instituant un régime de prévoyance pour les salariés non cadres relevant des exploitations de « polyculture-élevage » de la Manche sont abrogées et remplacées en totalité par les dispositions suivantes :

« Préambule

Par le présent accord, les organisations professionnelles et syndicales décident d'appliquer les dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, modifié par l'avenant n° 4 du 15 septembre 2015, pour la partie des dispositions relatives au dispositif de prévoyance, à l'exclusion des dispositions relatives au dispositif frais de santé. Afin de permettre aux salariés de bénéficier d'un bon niveau de garanties, les partenaires sociaux décident de rendre obligatoire des options définies au niveau national dans les conditions suivantes.

Article 1er

Champ d'application

Article 1.1

Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable à l'ensemble des salariés non cadres et employeurs des exploitations et entreprises agricoles ayant les activités suivantes :

- polyculture et élevage ;
- cultures légumières et maraîchères, quelle que soit la forme juridique de ces exploitations ou établissements agricoles ;
- coopératives d'utilisation de matériels agricoles en commun (CUMA) ;
- structures agro-touristiques et activités qui sont dans le prolongement de l'acte de production ou qui ont pour support l'exploitation.

Article 1.2

Champ d'application territorial

Le présent accord régit tous les travaux salariés visés à l'article 1.1, effectués dans des exploitations ou entreprises dont le siège, représenté par les bâtiments d'exploitation principaux, est situé sur le territoire du département de la Manche, même si les terrains de cultures s'étendent sur un département limitrophe.

Article 2

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur le 1er janvier 2017.

Article 3

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent aux salariés non cadres, sans condition d'ancienneté, pour chacune des garanties mises en place, relevant du champ d'application du présent accord, à l'exclusion :

- des cadres 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 ressortissant d'autres dispositions conventionnelles obligatoires ;
- des salariés "non cadres" définis ci-dessus ressortissant d'un accord collectif d'entreprise plus favorable que le présent accord.

Article 4

Garanties

Les salariés entrant dans le champ d'application du présent accord bénéficient des garanties relatives au dispositif prévoyance ("socle national minimum obligatoire") prévues par l'accord national du 10 juin 2008 précité.

Le détail de ces garanties figure en annexe 1 du présent accord.

Ils bénéficient également des options nationales du dispositif prévoyance suivantes :

- la majoration du capital décès de 25 % par enfant à charge ;
- les frais d'obsèques en cas de décès du salarié et des ayants droit ;
- la rente éducation pour les enfants à charge en cas de décès du salarié ;
- la mensualisation légale, l'assurance charges sociales correspondante et l'option complément mensualisation améliorée jusqu'à 90 % du salaire brut, toutes indemnités journalières comprises ; ces options sont à la charge exclusive des employeurs ;
- le relais mensualisation à 5 % ;
- la majoration de la rente complémentaire de 10 % en cas d'incapacité permanente professionnelle (IPP) correspondant à un taux égal ou supérieur à 66,66 % ;
- la majoration de la pension d'invalidité de 10 % en cas d'invalidité de 2e ou 3e catégorie.

Le récapitulatif de ces garanties, socle compris, figure en annexe II du présent accord.

Le financement des garanties est assuré par une cotisation dont la répartition figure en annexe III du présent accord, étant précisé que la part de cotisation globale (socle national minimum obligatoire et options) à la charge de l'employeur n'excédera pas 60 %. »

Article 2

Le présent avenant prendra effet au 1er janvier 2017.

Article 3

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé conformément aux dispositions légales.

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

Annexes

Annexe I

		Socle national minimum obligatoire
Décès	Décès (toutes causes et accidentel)	
Capital décès	100 % du salaire annuel brut TA + TB (1)	

Arrêts de travail		Incapacité temporaire de travail (ITT)	
Prestation		15 % du salaire journalier brut TA + TB (en complément des prestations brutes de la sécurité sociale)	
Franchises		6 mois, 1 an d'ancienneté : - au 61e jour d'absence pour AT / MP (2) (hors accident de trajet) - au 71e jour dans tous les autres cas 1 an d'ancienneté : - en relais de la mensualisation (donc à compter de la fin de la 2e période d'indemnisation due au titre de la mensualisation, c'est-à-dire au 68e jour pour une ancienneté de 1 à 6 ans...) Lors d'un nouvel arrêt, si le salarié a épuisé ses droits au titre de la mensualisation : - dès le 1er jour d'absence pour AT / MP (hors accident de trajet) - au 8e jour dans tous les autres cas	
Incapacité permanente professionnelle (IPP)			
Garantie si taux IPP >= à 66,66 %		10 % du salaire mensuel brut TA + TB (en complément des prestations brutes de la sécurité sociale)	
Invalidité (garantie incapacité permanente de travail d'origine privée)			
2e / 3e catégories de la sécurité sociale		10 % du salaire mensuel brut TA + TB (en complément des prestations brutes de la sécurité sociale)	

(1) La tranche A (TA) est égale à la rémunération brute soumise à cotisation 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 cotisation, déduction faite de la tranche A, et limitée à 3 plafonds de la sécurité sociale.

(2) Accident du travail (AT) et maladie professionnelle (MP).

Annexe II

Options nationales du dispositif prévoyance obligatoires sans ancienneté			
Frais d'obsèques (décès OD et AD) 100 % du PMSS	Relais mensualisation ITT (**) + 5 % du SJB		
Rente d'éducation 3 % / 4,5 % / 6 % du PASS	Complément mensualisation + 23,40 % du SJB (niveau 90 %)		
Décès majoration enfant + 25 % du SAB	Mensualisation légale (*) (y compris assurances des charges sociales)	IPP >= 2/3 + 10 % du SMB	Invalidité 2e et 3e catégories + 10 % du SMB
Socle national minimum obligatoire sans ancienneté			
Décès (toutes causes et IAD) 100 % SAB	Incapacité temporaire (ITT) 15 % du SJB	Incapacité permanente professionnelle (IPP >= 2/3) 10 % du SMB	Invalidité 2e et 3e catégories de la sécurité sociale 10 % du SMB

SAB : salaire annuel brut de référence.
SMB : salaire mensuel brut de référence.
SJB : salaire journalier brut de référence.
ITT : incapacité temporaire de travail.
IPP : incapacité permanente professionnelle.
PASS / PMSS : plafond annuel / mensuel de la sécurité sociale.
OD : ouvrant droit.
AD : ayant droit.
IAD : invalidité absolue et définitive.
Mensualisation : maintien de salaire financé à 100 % par l'employeur.
(*) Le « complément mensualisation » vient compléter la deuxième période d'indemnisation à 66,66 % de la mensualisation.
(**) L'ITT à + 5 % est une ITT qui intervient en relais des obligations de mensualisation, donc à compter de l'expiration de la totalité des durées d'indemnisation dues au titre de la mensualisation.

Annexe III

Financement des garanties	Prise en charge Accord national avec options		
	Part patronale	Part salariale	
Décès			
Socle, capital décès 100 % du salaire annuel brut	100 %		
Option, frais d'obsèques en cas de décès du salarié, du conjoint et de l'enfant à charge	100 %		
Option, majoration enfant 25 %	100 %		
Option, rente d'éducation par enfant à charge, 3 % / 4,5 % / 6 % du PASS		100 %	
Incapacité temporaire			
Socle, relais mensualisation 15 %	11,3 %	88,7 %	
Option, mensualisation	100 %		(2)
Option, assurance charges sociales	100 %		(2)
Option, complément mensualisation	100 %		(2)
Option, relais mensualisation 5 %		100 %	
Invalidité toutes origines			
Socle, invalidité 2e et 3e catégories indemnisation à 10 %		100 %	(1)
Socle, incapacité permanente prof sup à 2/3 indemnisation à 10 %	100 %		
Option, invalidité 2e et 3e catégories indemnisation + 10 %		100 %	
Option, incapacité permanente prof sup à 2/3 indemnisation + 10 %		100 %	
(1) A la charge exclusive du salarié. (2) A la charge exclusive de l'employeur.			

Avenant n° 5 du 26 novembre 2024 à l'accord du 28 juillet 2009 relatif à la prévoyance (Manche)

26 novembre 2024, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2025 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2025-14](#)

Préambule

Il est rappelé que l'accord collectif faisant l'objet du présent avenant est un accord autonome de l'accord collectif territorial du 28 septembre 1970 concernant les exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations de cultures légumières et maraîchères, et les coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) de la Manche (ancien IDCC 9501). Les salariés relèvent du champ d'application de la convention collective nationale de la production agricole et CUMA (IDCC 7024).

Considérant l'abrogation des textes conventionnels faisant référence aux catégories de salariés cadres et non cadres (convention collective nationale de retraites et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et accord national interprofessionnel de retraite complémentaire du 8 décembre 1961) et la nouvelle définition des salariés cadres et non cadres instituée par l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 dans le cadre de la fusion des régimes AGIRC et ARRCO, les organisations professionnelles et syndicales ont décidé de mettre à jour le champ des bénéficiaires de l'accord « prévoyance » avec ces nouvelles dispositions.

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

Les organisations professionnelles et syndicales conviennent ainsi des modifications suivantes.

Article 1er

Les dispositions de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » sont modifiées et remplacées comme suit :

« Les dispositions du présent accord à s'appliquent à tous les salariés de la production agricole 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, sans condition d'ancienneté, pour chacune des garanties mises en place, relevant du champ d'application du présent accord, à l'exclusion :

- des salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et des techniciens, agents de maîtrise et cadres ressortissants de la convention collective du 2 avril 1952 et relevant du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
 - des VRP ressortissant d'autres dispositions conventionnelles obligatoires ;
 - des salariés tels que définis ci-dessus bénéficiant d'un régime plus favorable que le présent accord institué dans leur entreprise conformément aux dispositions légales, par accord collectif d'entreprise, décision unilatérale ou référendum.
- »

(1) Article étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail relatif à la hiérarchie des normes conventionnelles en application duquel l'accord de branche prévaut sur l'accord d'entreprise sauf lorsque ce dernier assure des garanties au moins équivalentes.

(Arrêté du 5 mai 2025 - art. 1)

Article 2

Le présent avenant prendra effet le lendemain de la publication de son arrêté d'extension et au plus tard le 1er janvier 2025.

Article 3

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé conformément aux dispositions légales.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant qui sera déposé à la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) de Normandie.

Prévoyance des non-cadres, Normandie (accord du 27 janvier 2009)

Accord du 27 janvier 2009 relatif à la prévoyance des salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Normandie

27 janvier 2009, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er juillet 2009 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2009-20](#)

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 prévoyance obligatoire ayant pour objet de garantir les salariés non cadres en cas d'incapacité temporaire de travail, d'incapacité permanente de travail et de décès ;

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

Article 1er Champ d'application

1. Les entreprises concernées par l'accord de prévoyance

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.

2. Les salariés couverts

Les dispositions de l'accord collectif de prévoyance interprofessionnel du 27 janvier 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.

Article 2 Garantie incapacité

2.1. Conditions et montant de l'indemnisation incapacité temporaire

En cas de maladie ou d'accident de la vie privée, tout salarié non cadre ayant 2 mois d'ancienneté dans l'entreprise bénéficie à compter du 8e jour d'arrêt, d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par la caisse de mutualité sociale agricole de sorte que l'indemnisation globale brute soit égale à 90 % du salaire brut retenu pour le calcul des indemnités journalières légales pendant :

- 30 jours si l'ancienneté est comprise entre 6 mois et 6 ans ;
- 40 jours si l'ancienneté est supérieure à 6 ans et inférieure ou égale à 11 ans ;
- 50 jours si l'ancienneté est supérieure à 11 ans et inférieure ou égale à 16 ans ;
- 60 jours si l'ancienneté est supérieure à 16 ans et inférieure ou égale à 21 ans ;
- 70 jours si l'ancienneté est supérieure à 21 ans et inférieure ou égale à 26 ans ;
- 80 jours si l'ancienneté est supérieure à 26 ans et inférieure ou égale à 31 ans ;
- 90 jours si l'ancienneté est supérieure à 31 ans.

À l'issue de cette première période d'indemnisation, l'indemnisation se poursuit à hauteur de 30 % du salaire retenu pour le calcul des indemnités journalières légales aussi longtemps que sont servies les indemnités journalières légales.

En cas d'accident du travail, de trajet ou de maladie professionnelle, tout salarié non cadre ayant 2 mois d'ancienneté dans l'entreprise bénéficie à compter du premier jour d'arrêt, d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par la caisse de mutualité sociale agricole de sorte que l'indemnisation globale brute soit égale à 90 % du salaire brut retenu pour le calcul des indemnités journalières légales pendant :

- 30 jours si l'ancienneté est inférieure à 6 ans ;
- 40 jours si l'ancienneté est supérieure à 6 ans et inférieure ou égale à 11 ans ;
- 50 jours si l'ancienneté est supérieure à 11 ans et inférieure ou égale à 16 ans ;
- 60 jours si l'ancienneté est supérieure à 16 ans et inférieure ou égale à 21 ans ;
- 70 jours si l'ancienneté est supérieure à 21 ans et inférieure ou égale à 26 ans ;

- 80 jours si l'ancienneté est supérieure à 26 ans et inférieure ou égale à 31 ans ;
- 90 jours si l'ancienneté est supérieure à 31 ans.

À l'issue de cette première période d'indemnisation, l'indemnisation se poursuit à hauteur de 30 % du salaire retenu pour le calcul des indemnités journalières légales aussi longtemps que sont servies les indemnités journalières légales.

2.2. Conditions et montant de l'indemnisation incapacité permanente

L'organisme assureur verse mensuellement aux salariés du présent accord et justifiant d'une ancienneté de 2 mois dans l'entreprise, une pension d'invalidité complémentaire ou une rente accident du travail complémentaire, dès lors que ces derniers bénéficient au titre du régime de base :

- d'une pension d'invalidité de catégories 1, 2 ou 3 ;
- ou, d'une rente accident du travail au taux d'incapacité au moins égal aux 2/3 (au moins égal à 66 %).

La garantie incapacité permanente intervient dès la date de reconnaissance de l'incapacité permanente par le régime de base de la sécurité sociale.

Le montant de la rente mensuelle complémentaire est égal à 30 % du salaire brut du salarié.

Cette rente s'ajoute à celle versée par la mutualité sociale agricole.

Le salaire brut retenu pour le calcul des prestations complémentaires (pension d'invalidité ou rente accident du travail) est égal au douzième des salaires bruts perçus par le salarié au cours des 12 mois civils précédant la date d'arrêt de travail, ou du salaire mensuel brut moyen calculé sur la période travaillée par le salarié si celui-ci à moins de 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise.

En tout état de cause, l'indemnisation du salarié prévue ci-dessus ne peut avoir pour effet de lui servir un revenu de remplacement net (pension ou rente du régime de base ainsi que la pension ou rente versée par l'organisme assureur) supérieur à sa rémunération nette perçue avant l'incapacité permanente du salarié.

Revalorisation : à la fin de chaque année civile, la revalorisation des prestations incapacité de travail temporaire et permanente est examinée par le conseil d'administration de l'institution, lequel fixe, pour l'exercice suivant, le coefficient servant à la revalorisation des prestations en cours de service.

Les pensions et rentes complémentaires versées par organisme assureur cessent à la date de liquidation d'une pension de retraite versée par le régime de base.

Article 3 Garantie décès

Cette couverture décès comprend trois prestations :

- un capital décès ;
- une rente annuelle d'éducation ;
- une indemnité frais d'obsèques.

La garantie décès couvre tous les risques décès, à l'exclusion de ceux résultant :

- de la guerre civile ou étrangère ;
- du fait volontaire du bénéficiaire, le suicide étant toutefois pris en charge.

a) Le capital décès

En cas de décès d'un salarié (quelle que soit son ancienneté dans l'entreprise), l'organisme assureur verse à la demande du ou des bénéficiaires, un capital décès d'un montant égal à :

- 100 % de son salaire annuel brut ;
- majoré de 25 % par enfant à charge ;
- et majoré de 50 % pour le conjoint survivant non séparé de corps ou au cocontractant d'un Pacs.

Le montant minimum du capital est fixé à 8 000 €.

Le capital est versé en priorité au conjoint survivant non séparé de corps ou au cocontractant d'un Pacs, à moins que le salarié ait fixé à l'organisme assureur une répartition entre son conjoint et ses descendants, cette répartition ne pouvant réduire la part du conjoint à moins de 50 % du capital.

En l'absence de conjoint, survivant non séparé de corps ou d'un cocontractant d'un Pacs, le capital est versé aux descendants.

En l'absence de ces bénéficiaires prioritaires, le capital est attribué dans l'ordre de préférence suivant :

- aux bénéficiaires désignés par le salarié ;
- au concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune ;
- aux héritiers du salarié.

Pour le bénéfice de la majoration pour enfant à charge, sont considérés :

- comme « enfant » :
 - , l'enfant du salarié (légitime, adopté ou reconnu, né ou à naître) ;
 - , l'enfant recueilli par le salarié et pour lequel la qualité de tuteur lui a été reconnue ;
 - , l'enfant qui a été élevé par le salarié pendant 9 ans au moins avant son 16e anniversaire ;
 - , l'enfant dont la qualité d'ayant droit du salarié a été reconnue par le régime de base.
- comme « enfant à charge » :
 - , les enfants âgés de moins de 18 ans, quelle que soit leur situation ;
 - , les enfants âgés de moins de 26 ans lorsqu'ils sont étudiants, apprentis, demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi et non indemnisés au titre du régime de l'assurance chômage ;
 - , les enfants reconnus invalides au sens de la législation des assurances sociales, quel que soit leur âge.

Le salaire brut retenu pour calculer le montant du capital décès est égal à 100 % du salaire brut total soumis à cotisations perçu pendant les 12 derniers mois précédant le décès. En cas de décès avant 12 mois d'ancienneté, le capital décès est calculé sur la base du salaire moyen mensuel du salarié multiplié par 12 mois.

En cas d'invalidité absolue et définitive (3e catégorie), constatée par le régime de base de sécurité sociale, interdisant au salarié toute activité rémunérée, et l'obligeant à être assisté d'une tierce personne pour les actes de la vie courante, le capital décès peut lui être versé, sur sa demande, de façon anticipée en 24 mensualités.

b) La rente annuelle d'éducation

En cas de décès d'un salarié justifiant de 12 mois (continus ou non) d'affiliation, chaque enfant à charge du salarié tel que défini ci-dessus perçoit une rente annuelle d'éducation égale à :

- 4 % du plafond annuel de la sécurité sociale pour un enfant à charge de 0 à 10 ans ;
- 8 % du plafond annuel de la sécurité sociale pour un enfant à charge de 11 à 17 ans ;
- 11 % du plafond annuel de la sécurité sociale pour un enfant à charge de 18 à 26 ans.

Pour le bénéfice de la rente d'éducation, sont considérés :

- comme « enfant » :
 - , l'enfant du salarié (légitime, adopté ou reconnu, né ou à naître) ;
 - , l'enfant recueilli par le salarié et pour lequel la qualité de tuteur lui a été reconnue ;
 - , l'enfant qui a été élevé par le salarié pendant 9 ans au moins avant son 16e anniversaire ;
 - , l'enfant dont la qualité d'ayant droit du salarié a été reconnue par le régime de base.
- comme « enfant à charge » :
 - , les enfants âgés de moins de 18 ans, quelle que soit leur situation ;
 - , les enfants âgés de moins de 26 ans lorsqu'ils sont étudiants, apprentis, demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés au titre du régime de l'assurance chômage ou invalides au sens de la législation des assurances sociales.

Pour les enfants à charge de plus de 18 ans (qui ne sont pas invalides au sens de la législation des assurances sociales), le droit à la rente est soumis à la justification de la poursuite de la scolarité.

Cette rente d'éducation est versée au représentant légal de l'enfant s'il est mineur, et directement au bénéficiaire s'il est majeur.

c) L'indemnité frais d'obsèques

En cas de décès du conjoint non séparé de corps ou à défaut du concubin justifiant de 2 ans de vie commune ou d'un enfant à charge ou du salarié, une indemnité frais d'obsèques est versée au salarié, ou au conjoint non séparé de corps ou à défaut au concubin justifiant de 2 ans de vie commune, à la condition qu'il ait supporté lui-même les frais d'obsèques. Le montant de cette indemnité est égal à 100 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur à la date du décès.

Article 4 Assurance des charges sociales patronales

Les employeurs relevant du champ d'application du présent accord sont tenus de s'assurer auprès de l'assureur de leur choix afin que ce dernier procède au calcul et au financement des charges sociales patronales dues sur les indemnités journalières complémentaires financées par la cotisation employeur. Les charges sociales dues sur les indemnités journalières complémentaires sont financées par une cotisation appelée « assurance des charges sociales patronales. (ancien article 6)

Article 5 Cotisations

Les cotisations correspondant à la mensualisation (maintien de salaire) et à l'assurance sociale des charges sociales patronales sont à la charge exclusive de l'employeur.

La répartition des cotisations prévoyance est la suivante :

- pour la garantie incapacité temporaire complémentaire à la charge exclusive du salarié (sauf maintien de salaire) ;
- pour la garantie incapacité permanente, 60 % employeur et 40 % salarié ;
- pour la garantie décès, 75 % employeur et 25 % salarié.

(ancien article 7)

Article 6 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 7 Durée, révision, dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra faire l'objet d'une révision ou d'une dénonciation conformément aux dispositions légales.

(ancien article 6)

Avenant n° 5 du 8 janvier 2019 à l'accord du 27 janvier 2009 relatif à la prévoyance (Normandie)

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.

Le présent avenant entérine cette décision et concerne la modification du nom du présent accord, l'élargissement du champ d'application de l'accord prévoyance des ETAR de Haute-Normandie aux ETAR de Basse-Normandie et la mise à niveau des garanties.

Article 1er Modification du nom

L'accord collectif de prévoyance du 27 janvier 2009 des salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie est renommé comme suit :

« Accord collectif de prévoyance du 27 janvier 2009 des 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 27 janvier 2009

L'article 1° Les entreprises concernées par l'accord collectif de prévoyance de l'article 1er « Champ d'application » est abrogé et réécrit comme suit :

« 1° Les entreprises concernées par l'accord de prévoyance

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 de l'article 2 « Garantie incapacité »

L'article 2.1 est renommé comme suit « Conditions et montant de l'indemnisation incapacité temporaire ».

Le 1° « Conditions et montant de l'indemnisation incapacité temporaire » de l'article 2.1 est modifié comme suit :

« En cas de maladie ou d'accident de la vie privée, tout salarié non cadre ayant 2 mois d'ancienneté dans l'entreprise bénéficie à compter du 8e jour d'arrêt, d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par la caisse de mutualité sociale agricole de sorte que l'indemnisation globale brute soit égale à 90 % du salaire brut retenu pour le calcul des indemnités journalières légales pendant :

- 30 jours si l'ancienneté est comprise entre 6 mois et 6 ans ;
- 40 jours si l'ancienneté est supérieure à 6 ans et inférieure ou égale à 11 ans ;
- 50 jours si l'ancienneté est supérieure à 11 ans et inférieure ou égale à 16 ans ;
- 60 jours si l'ancienneté est supérieure à 16 ans et inférieure ou égale à 21 ans ;
- 70 jours si l'ancienneté est supérieure à 21 ans et inférieure ou égale à 26 ans ;
- 80 jours si l'ancienneté est supérieure à 26 ans et inférieure ou égale à 31 ans ;
- 90 jours si l'ancienneté est supérieure à 31 ans.

À l'issue de cette première période d'indemnisation, l'indemnisation se poursuit à hauteur de 30 % du salaire retenu pour le calcul des indemnités journalières légales aussi longtemps que sont servies les indemnités journalières légales.

En cas d'accident du travail, de trajet ou de maladie professionnelle, tout salarié non cadre ayant 2 mois d'ancienneté dans l'entreprise bénéficie à compter du premier jour d'arrêt, d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par la caisse de mutualité sociale agricole de sorte que l'indemnisation globale brute soit égale à 90 % du salaire brut retenu pour le calcul des indemnités journalières légales pendant :

- 30 jours si l'ancienneté est inférieure à 6 ans ;
- 40 jours si l'ancienneté est supérieure à 6 ans et inférieure ou égale à 11 ans ;
- 50 jours si l'ancienneté est supérieure à 11 ans et inférieure ou égale à 16 ans ;
- 60 jours si l'ancienneté est supérieure à 16 ans et inférieure ou égale à 21 ans ;
- 70 jours si l'ancienneté est supérieure à 21 ans et inférieure ou égale à 26 ans ;
- 80 jours si l'ancienneté est supérieure à 26 ans et inférieure ou égale à 31 ans ;
- 90 jours si l'ancienneté est supérieure à 31 ans.

À l'issue de cette première période d'indemnisation, l'indemnisation se poursuit à hauteur de 30 % du salaire retenu pour le calcul des indemnités journalières légales aussi longtemps que sont servies les indemnités journalières légales.

»

L'article 2.2 est renommé comme suit « Conditions et montant de l'indemnisation incapacité permanente ».

Le 2° « Conditions et montant de l'indemnisation incapacité permanente » de l'article 2.2 est modifié comme suit :

« L'organisme assureur verse mensuellement aux salariés du présent accord et justifiant d'une ancienneté de 2 mois dans l'entreprise, une pension d'invalidité complémentaire ou une rente accident du travail complémentaire, dès lors que ces derniers bénéficient au titre du régime de base :

- d'une pension d'invalidité de catégories 1, 2 ou 3 ;
- ou, d'une rente accident du travail au taux d'incapacité au moins égal aux 2/3 (au moins égal à 66 %).

La garantie incapacité permanente intervient dès la date de reconnaissance de l'incapacité permanente par le régime de base de la sécurité sociale.

Le montant de la rente mensuelle complémentaire est égal à 30 % du salaire brut du salarié.

Cette rente s'ajoute à celle versée par la mutualité sociale agricole.

Le salaire brut retenu pour le calcul des prestations complémentaires (pension d'invalidité ou rente accident du travail) est égal au douzième des salaires bruts perçus par le salarié au cours des 12 mois civils précédant la date d'arrêt de travail, ou du salaire mensuel brut moyen calculé sur la période travaillée par le salarié si celui-ci à moins de 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise.

En tout état de cause, l'indemnisation du salarié prévue ci-dessus ne peut avoir pour effet de lui servir un revenu de remplacement net (pension ou rente du régime de base ainsi que la pension ou rente versée par l'organisme assureur) supérieur à sa rémunération nette perçue avant l'incapacité permanente du salarié.

Revalorisation : à la fin de chaque année civile, la revalorisation des prestations incapacité de travail temporaire et permanente est examinée par le conseil d'administration de l'institution, lequel fixe, pour l'exercice suivant, le coefficient servant à la revalorisation des prestations en cours de service.

Les pensions et rentes complémentaires versées par organisme assureur cessent à la date de liquidation d'une pension de retraite versée par le régime de base. »

Article 4 Modification de l'article 3 « Décès »

La partie c) « Indemnités frais obsèques » est rédigée ainsi :

« En cas de décès du conjoint non séparé de corps ou à défaut du concubin justifiant de 2 ans de vie commune ou d'un enfant à charge ou du salarié, une indemnité frais d'obsèques est versée au salarié, ou au conjoint non séparé de corps ou à défaut au concubin justifiant de 2 ans de vie commune, à la condition qu'il ait supporté lui-même les frais d'obsèques. Le montant de cette indemnité est égal à 100 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur à la date du décès. »

Article 5

Il est ajouté un article 6 « 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 prévoyance du 27 janvier 2009 des salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie.

Article 6 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 7 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.

Mutuelle et prévoyance : documents des organismes

Documents publiés par les organismes assureurs (notices d'information, garanties, conditions générales, taux). Ils sont ouverts et contrôlés par CartoAgri, mais seul le document à jour remis par l'organisme fait foi.

Salariés non cadres

Notice d'information : Notice d'information du régime de prévoyance et de santé des salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Basse-Normandie

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), santé et prévoyance, édition décembre 2014 [Ouvrir le document](#)

Notice d'information : Notice d'information de l'accord départemental de prévoyance des exploitations de polyculture-élevage de la Manche du 28 juillet 2009

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), prévoyance, édition 2015 [Ouvrir le document](#)

Notice d'information : Notice d'information prévoyance de l'accord national production agricole (version Groupama, réf. 82492)

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), gamme Groupama ; OCIRP pour les rentes, prévoyance, édition 2021 [Ouvrir le document](#)

Notice d'information : Notice d'information frais de santé de l'accord national production agricole (version Groupama, réf. 82437)

Agri Prévoyance (assureur) ; caisse régionale Groupama (paiement des prestations), frais de santé, édition janvier 2022 [Ouvrir le document](#)

Conditions générales : Conditions générales frais de santé de l'accord national production agricole (version Groupama, réf. 82433)

Agri Prévoyance (assureur) ; caisse régionale d'assurances mutuelles agricoles Groupama (paiement des prestations), frais de santé, édition janvier 2022 [Ouvrir le document](#)

Bulletin d'adhésion : Bulletin d'adhésion prévoyance de l'accord national des non cadres en agriculture (version Groupama, réf. 82376)

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), gamme Groupama, prévoyance, édition janvier 2021 [Ouvrir le document](#)

Tableau de garanties : Annexe aux conditions générales prévoyance du régime national des non cadres en agriculture (Groupama, 2015)

Groupama (caisse régionale d'assurances mutuelles agricoles) et Agri Prévoyance ; OCIRP, prévoyance, édition novembre 2015, version ancienne [Ouvrir le document](#)

Tableau de garanties : Annexe aux conditions générales frais de santé du régime national des non cadres en agriculture (Groupama, 2015)

Groupama (caisse régionale d'assurances mutuelles agricoles) et Agri Prévoyance, frais de santé, édition octobre 2015, version ancienne [Ouvrir le document](#)

Conditions générales : Conditions générales du régime de prévoyance de la production agricole (accord national des salariés non cadres)

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), OCIRP, prévoyance, édition janvier 2022 [Ouvrir le document](#)

Fiche d'information (IPID) : Document d'information sur le produit d'assurance (IPID) : prévoyance de l'accord national des salariés non cadres en agriculture

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), OCIRP, prévoyance, édition janvier 2022 [Ouvrir le document](#)

Taux de cotisations : Barème des cotisations prévoyance entreprises de l'accord national des salariés non cadres en agriculture au 1er juillet 2024

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), OCIRP, prévoyance, édition 1er juillet 2024 [Ouvrir le document](#)

Taux de cotisations : Barème des cotisations frais de santé de l'accord national des salariés non cadres en agriculture au 1er juillet 2024

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), frais de santé, édition 1er juillet 2024 [Ouvrir le document](#)

Guide employeur : Fiche pratique tiers-déclarant : mise en gestion du PER CPCEA en points des non-cadres (accords nationaux production agricole, CUMA, ETARF)

AGRICA (Agrica Prévoyance), CPCEA Retraite Supplémentaire, retraite supplémentaire, édition décembre 2021 [Ouvrir le document](#)