

Avenant n° 4

A L'ACCORD DEPARTEMENTAL DU 22 SEPTEMBRE 2009 SUR LE REGIME D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE DES SALARIES AGRICOLES NON CADRES DES EXPLOITATIONS AGRICOLES DU CANTAL

Les organisations professionnelles et syndicales ci-après :

- La Fédération Départementale des Syndicats d'Exploitants Agricoles du Cantal ;
- La Fédération Départementale des Entrepreneurs du Cantal ;
- La Fédération Départementale des CUMA du Cantal ;

D'une part,

Et

- L'Union Départementale des Syndicats Ouvriers CGT FO du Cantal ;
- L'USRAF CGT ;
- La Fédération CFTC Agri ;
- Le Syndicat National des Cadres des Entreprises agricoles CFE-CGC AGRO ;
- La SGA C.F.D.T. Cantal ;

D'autre part,

À LA SUITE DE NÉGOCIATION ET D'ACCORD ENTRE LES PARTIES, IL A ÉTÉ CONVENU CE QUI SUIT:

PRÉAMBULE

Afin de se conformer aux dernières obligations légales et réglementaires et de prendre en compte les nouvelles dispositions concernant les garanties frais de santé, issues de l'avenant n° 6 à l'Accord National du 10 juin 2008, les partenaires sociaux ont souhaité apporter des modifications et des améliorations au régime d'assurance complémentaire santé instauré par l'accord départemental du 22 septembre 2009 et modifié par avenants n° 1 et n° 2 du 22 octobre 2014 et n° 3 du 20 novembre 2015.

ARTICLE 1

Le texte de l'article 4.1 de l'Accord départemental du 22 septembre 2009, tel que libellé à l'avenant n° 3 audit Accord, est abrogé et remplacé par le texte suivant :

Article 4.1 Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé, s'appliquent à tous les salariés relevant de la Convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC) entrant dans le champ d'application dudit accord :

- bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée supérieure à 3 mois.

Sont donc exclus du dispositif frais de santé :

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

Pour ces salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé est assurée par le dispositif versement santé tel que défini dans l'article 4.7 ci-après ajouté à l'Accord départemental du 22 septembre 2009.

O.P. LB ET
M.F. P.P. A.P.¹

Toutefois :

- les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles représentatives au niveau d'un champ d'application territorial ou professionnel plus restreint à celui du présent accord ;
- l'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole ;

pourront, conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du code de la Sécurité sociale, étendre facultativement ou obligatoirement le dispositif frais de santé aux ayants droit du salarié.

ARTICLE 2

L'article 4.7 est ajouté après l'article 4.6 Portabilité Loi Evin de l'Accord départemental du 22 septembre 2009, tel que libellé à l'avenant n° 3 audit Accord.

Article 4.7 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 1^{er} janvier 2016 et du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la Sécurité sociale pour 2016, les organisations syndicales de salariés et employeurs signataires du présent avenant 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, tous les deux, d'une durée inférieure ou égale à trois mois, dans les conditions définies ci-après.

Objet :

Le dispositif versement santé permet à l'employeur de remplir son obligation de couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, des salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à trois mois. Ces salariés ne seront donc pas affiliés au contrat collectif souscrit par leur employeur.

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 trois mois.

Conditions :

Pour bénéficier du versement santé, les salariés doivent justifier auprès de leur employeur du bénéfice d'une couverture individuelle par un contrat 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 l'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.

Modalités :

Lors de la conclusion du contrat de travail, le salarié doit être informé par l'employeur :

- de l'existence du dispositif versement santé,
- des justificatifs à fournir et du délai de présentation à l'employeur.

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

A 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 dans ce délai, ne pourra pas prétendre au versement santé et ne sera pas couvert au titre de la couverture collective obligatoire.

Calcul du versement santé :

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

Cette participation patronale correspond à un montant mensuel 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

ET O.P. ^{LS}
M.F. P.P. A.P.²

entre dans l'assiette CSG-CRDS.

ARTICLE 3

L'Annexe n° 1 à l'article 1er - TABLEAU DES GARANTIES, figurant à l'avenant n°3 du 20 novembre 2015 à l'Accord du 22 septembre 2009 sur le régime d'assurance Complémentaire santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres des exploitations agricoles du Cantal est modifié, à effet du 1^{er} janvier 2019, comme suit :

ANNEXE 1 - TABLEAU DES GARANTIES

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-après s'appliquent sur le montant servant de base (BR) au régime obligatoire de protection sociale français (RO) sauf mention contraire.

Le cumul des remboursements du régime obligatoire de protection sociale et de l'organisme assureur ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR).

Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (article L.160-13 du code de la Sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement.

Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime obligatoire de protection sociale non comprise.

O.P. LB et
M.F. P.P. A.P.³

REMBOURSEMENT : 100 % FR limités à :		
NATURE DES RISQUES	REGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE	FORMULE DE GARANTIES OPTIONNELLE
Frais médicaux		
Consultations et visites de généralistes ▪ adhérent à un DPTAM ⁽¹⁾ ▪ non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionnés)	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 150 % BR 100 % TM + 100 % BR
Consultations et visites de spécialistes ▪ adhérent à un DPTAM ▪ non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionnés)	100 % TM + 75 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 200 % BR 100 % TM + 100 % BR
Actes de spécialités ▪ médecin adhérent à un DPTAM ▪ médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	100 % TM + 75 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 150 % BR 100 % TM + 100 % BR
Auxiliaire médicaux : - Sages-femmes : - Autres auxiliaires médicaux :	100 % TM + 10 % BR 100 % TM 100 % TM	100 % TM + 10 % BR 100 % TM 100 % TM
Analyses médicales, examens de laboratoire		
Radiologie et imagerie médicale ▪ médecin adhérent à un DPTAM ▪ médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	100 % TM + 75 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 75 % BR 100 % TM + 30 % BR
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire	100 % BR	100 % FR
Prothèses médicales et orthopédiques (hors audioprothèses) - Frais d'appareillage (hors optique)	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 300 % BR
Prothèses auditives prises en charge par le RO Avec un supplément par an et par personne assurée, de :	100 % TM + 410 % BR	100 % TM + 410 % BR
Actes de prévention responsable	100 % TM	200 € 100 % TM
Actes d'ostéopathie, de chiropractie, d'acupuncture et de Sophrologie	30 € par séance (maximum : 1 séance par an et par personne assurée)	30 € par séance (maximum : 4 séances par an et par personne assurée)
<i>(1) DPTAM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis à l'article 5-2</i>		
Pharmacie		
Pharmacie remboursée à 65% - 30% - 15 % par le RO	100 % TM	100 % TM
Pharmacie prescrite et non remboursée par le RO, par an et par personne assurée	Non garanti	40 €
Vaccins prescrits et non remboursés par le RO, par an et par personne assurée	Non garanti	40 €
Cure thermale		
Cure thermale prise en charge par le RO ▪ Frais d'hospitalisation et actes médicaux ▪ Indemnité pour frais d'hébergement et de transport, par an et par personne assurée	100 % TM Non garanti	100 % TM + 70 % BR 100 €

et
 J.H.F. 43
 O.P. P.P. A.P.

REMBOURSEMENT : 100 % FR limités à :		
NATURE DES RISQUES	REGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE	FORMULE DE GARANTIES OPTIONNELLE
Optique		
<i>Lunette : remboursement d'un équipement complet (composé d'une monture dont la prise en charge est limitée à 150 € et de 2 verres) par période de 2 ans ou par période d'un an pour les personnes assurées de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.</i>		
(y compris monture)		
Équipement à verres simples ⁽¹⁾	250 €	380 €
Équipement comportant un verre simple ⁽¹⁾ et un verre complexe ⁽²⁾	280 €	430 €
Équipement comportant un verre simple ⁽¹⁾ et un verre très complexe ⁽³⁾	280 €	440 €
Équipement à verres complexes ⁽²⁾	350 €	500 €
Équipement comportant un verre complexe ⁽²⁾ et un verre très complexe ⁽³⁾	350 €	500 €
Équipement à verres très complexes ⁽³⁾	350 €	500 €
Lentilles correctrices prises en charge ou non par le RO, par personne et par an	100 % TM + 150 €	100 % TM + 200 €
<p>(1) verres simples : verres simple foyer dont la sphère de -6 à +6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries, (2) verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries et dont le cylindre est supérieur à 4 dioptries et à verres Multifocaux ou progressifs, (3) verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à + 8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries, (4) 100 % des prix négociés sur une sélection de verres entre les opticiens membres du réseau SEVEANE et l'Institution dans les limites des planchers et plafonds de garanties réglementaires</p>		
Dentaire		
Soins dentaires (hors inlay/onlay)	100 % TM	100 % TM
Inlay/onlay	100 % TM + 25%BR	100 % TM + 50%BR
Orthodontie prise en charge par le RO	100 % TM + 60 % BR	100 % TM + 230 % BR
Prothèses dentaires et inlay-cores pris en charge par le RO	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 170 % BR
Avec un supplément par an et par personne assurée, de :	300 €	400 €
Implantologie, par an et par personne assurée	Non garanti	200 €
Parodontologie, par an et par personne assurée	100 €	100 €
Hospitalisation (secteur conventionné ou non)		
Frais de séjour		
▪ Secteur conventionné	100 % TM	100 % TM
▪ Secteur non conventionné	100 % TM	100 % TM
Honoraires - Actes de chirurgie		
▪ Médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 480 % BR
▪ Médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
Chambre particulière par jour	40 €	65 € pendant 60 jours puis 40 € au-delà
Forfait hospitalier	100 % FR	100 % FR
Forfait actes lourds (actuellement 18 €)	100 % FR	100 % FR
Frais d'accompagnement (lit +repas) par jour	Non garanti	52 €

O.P LB ET
M.F P.P 5
A.P.

REMBOURSEMENT : 100 % FR limités à :		
NATURE DES RISQUES	REGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE	FORMULE DE GARANTIES OPTIONNELLE
Hospitalisation (secteur conventionné ou non) suite		
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire	100 % BR	100 % FR
Maternité (secteur conventionné ou non)		
Dépassement d'honoraires ⁽¹⁾ et chambre particulière ⁽¹⁾ pour les honoraires des praticiens non adhérent à un DPTAM, dans la limite de TM + 100 % BR ⁽²⁾ PMSS : Salaire plafond mensuel de la Sécurité sociale soit 3 269 € au 1 ^{er} janvier 2017. Au 1 ^{er} janvier 2017, 1 % PMSS est égal à 32,69 €.	1/3 PMSS ⁽²⁾ par bénéficiaire et par maternité	
Tiers payant	Inclus	

ARTICLE 4

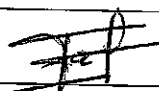
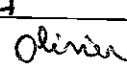


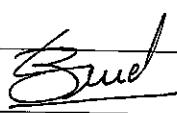
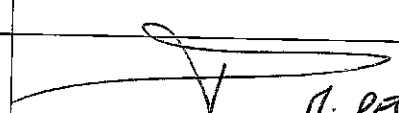
Entrée en vigueur – Extension

Le présent avenant prendra effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la date de publication au Journal Officiel de son arrêté d'extension et au plus tard le 1^{er} janvier 2019.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant à l'Accord du 22 septembre 2009.

Fait à Aurillac, le 10 septembre 2018

Ont signé :

Pour les partenaires sociaux signataires de l'accord du 22 septembre 2009	
La Fédération Départementale des Syndicats d'Exploitants Agricoles du Cantal	FABRE Jean Marie 
La Fédération Départementale des CUMA du Cantal	PLANTECOSTE Olivier 
Le Syndicat Départemental des Entrepreneurs du Territoire du Cantal	M. PEYRISSAC 
L'Union Départementale des Syndicats C.G.T Force Ouvrière du Cantal	M. Ceudene 
La Fédération CFTC Agri	
La SGA C.F.D.T. Cantal	L. BOWEL 
L'USRAF Syndicats Ouvriers CGT	
Le Syndicat National des Cadres des Entreprises agricoles CFE-CGC AGRO	 H. PEYRONNET