

Accord régional du 3 juillet 2009
Régime d'assurance complémentaire frais de santé
pour les salariés non cadres des exploitations agricoles
de Champagne Ardenne

Les organisations professionnelles et syndicales ci-après :

D'une part,

- La Fédération Régionale des Syndicats d'Exploitants Agricoles (FRSEA) de Champagne Ardenne,
- L'Union régionale des Syndicats des Entrepreneurs des Territoires de Champagne Ardenne,
- Le Syndicat Régional des Horticulteurs, Maraîchers et Pépiniéristes de Champagne-Ardenne,
- La Fédération Régionale des Coopératives d'Utilisation du Matériel Agricole (CUMA) de Champagne-Ardenne,

D'autre part,

- L'UPRA-CFDT
- La CFTC- AGRI
- LA FNAF CGT
- La FGTA FO
- Le SNCEA CFE-CGC

Ont convenu de ce qui suit :

Article 1 - Champ d'application

Professionnel : Le présent accord est applicable à l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des exploitations et entreprises agricoles relevant des activités suivantes : Culture et élevage de toute nature - à l'exception des exploitations viticoles de Champagne délimitée -, Coopératives d'Utilisation du Matériel Agricole (CUMA) - à l'exception des CUMA de déshydratation et des CUMA viticoles -, entreprises de travaux agricoles ainsi que les établissements dirigés par l'exploitant agricole en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production, ou les structures d'accueil touristique, notamment d'hébergement et de restauration, situées sur l'exploitation ou dans les locaux de celle-ci.

Territorial : Le présent accord régit tous les travaux salariés visés au paragraphe précédent, effectués dans des entreprises situées dans la région Champagne Ardenne (Ardennes, Aube, Marne et Haute-Marne) et dans tous les établissements dont le siège, représenté par des bâtiments d'exploitation, est situé sur le territoire de cette région, même si les terrains de cultures s'étendent sur un département limitrophe et quel que soit le domicile et la nationalité des parties.

Article 2 - Objet

Avenant n° 3 du 2 juin 2014

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un régime d'assurance complémentaire santé collectif et obligatoire et d'un régime optionnel facultatif au bénéfice des salariés des entreprises relevant de son champ d'application.

Cette assurance couvrira à titre obligatoire le salarié bénéficiaire et ses ayants droits tels que définis ci-après pour les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord.

Article 3 – Durée et entrée en vigueur

Avenant n° 4 du 30 octobre 2015

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur le 1er janvier 2010 pour l'ensemble des employeurs et salariés visés à l'article 1 si son arrêté d'extension est publié avant cette date ou à compter du 1er jour du trimestre civil suivant la publication de l'arrêté d'extension au Journal Officiel si celui-ci est publié après le 1er janvier 2010.

Les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent accord si les circonstances en démontrent l'utilité.

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

Il vient en remplacement des régimes de complémentaire santé institués par

- L'article 45 bis de la convention collective des exploitations et entreprises agricoles des Ardennes
- L'article 65 de la convention collective des exploitations des exploitations de polyculture et d'élevage et des CUMA du département de la Marne, des entreprises de travaux agricoles et ruraux des départements de la Marne et de l'Aube et des exploitations maraîchères, horticoles et pépinières du département de la Marne
- Le chapitre XII bis de la convention collective des exploitations de polyculture et d'élevage, des CUMA et des exploitations de cultures spécialisées du département de la Haute-Marne

qui seront abrogés avec effet à la date d'entrée en vigueur du présent accord.

Article 4 - Salariés bénéficiaires

Avenant n° 1 du 30 mai 2013

Avenant n° 4 du 30 octobre 2015

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié ayant trois mois d'ancienneté et plus au titre du contrat en cours dans l'entreprise et relevant du champ d'application du présent accord.

Pour les dispositions du présent accord la condition d'ancienneté est réputée acquise au 1^{er} jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint l'ancienneté requise.

En sont exclus :

- Les cadres et personnels relevant de la CPCEA en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de complémentaire santé défini dans la Convention Collective du 2 avril 1952.
- Les catégories particulières de salariés (VRP par exemple) relevant d'autres dispositions conventionnelles.

Sont considérés comme ayants-droit

- Le conjoint non divorcé ni séparé de corps judiciairement à charge ou non à charge du salarié au sens de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole (MSA). Est assimilé au conjoint à charge, le concubin ou la personne liée par un PACS.
- les enfants du salarié ou de son conjoint non divorcé ni séparé de corps judiciairement à charge au sens de l'article L.313-3 du Code de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) ;

Article 5 - Dispenses d'affiliation

Avenant n° 2 du 22 janvier 2014

Avenant n° 3 du 3 juin 2014

Avenant n° 4 du 30 octobre 2015

Avenant n° 5 du 30 juin 2016

Dispense d'affiliation des salariés

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 douze (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 douze (12) mois ;
- 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 en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission lorsque la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est inférieure à 3 mois et qu'ils justifient bénéficier d'une couverture respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du présent accord, le bénéficiaire sera affilié au titre d'un seul employeur. Sauf accord express écrit entre les employeurs et le salarié, cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties collectives du présent accord. Ce dernier prendra en charge la part patronale de la cotisation définie ci-après.

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.

Dispense d'affiliation des ayants droits

L'affiliation des ayants droits est obligatoire sauf :

- si l'ayant droit est couvert par un système de garanties ayant un caractère collectif et obligatoire relevant des 6° à 8° alinéa de l'article L 242-1 du Code de la Sécurité Sociale

- si l'ayant droit est couvert par un dispositif relevant du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels.

Dans ces 2 cas, le salarié doit justifier chaque année de la couverture obligatoire dont bénéficie (nt) son conjoint et/ou ses enfants.

Pour les couples travaillant dans la même entreprise ou dans 2 entreprises relevant du régime mis en place par le présent accord, un seul des membres du couple peut-être affilié en propre, son conjoint pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

Justification des renoncements au régime

Au jour de l'entrée en vigueur de l'avenant n°4, les salariés concernés doivent faire leur demande d'exclusion par écrit adressée à l'employeur avant la fin du 1^{er} mois d'application de l'avenant, avec les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur de l'avenant n°4, la demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du 1^{er} mois qui suit celui de l'obtention de la condition d'ancienneté

Si le salarié ne remplit plus les conditions d'adhésion facultative il doit en informer l'employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant.

Article 6 – Adhésion au régime optionnel supplémentaire

Avenant n° 4 du 30 octobre 2015

L'adhésion à l'option couverture supplémentaire décrite en annexe 2 est ouverte à tout salarié bénéficiaire du régime, sans examen médical préalable, par la signature d'un bulletin d'adhésion adressé à l'organisme assureur.

Article 7 - Garanties

Avenant n° 4 du 30 octobre 2015

Le présent régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le Régime Social de Base, dans la limite des frais réels.

La nature et le montant des prestations du régime obligatoire sont présentés dans le tableau figurant en annexe 1 de l'accord et celles du régime optionnel supplémentaire en annexe 2.

Ces régimes s'inscrivent dans le cadre des dispositifs législatifs relatifs :

- aux contrats dits « responsables » défini par l'article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application;
- au panier de soin minimum défini par la loi sur la Sécurisation de l'emploi du 11 janvier 2013 et à ses différents décrets et arrêtés d'application.

Ainsi le présent dispositif frais de santé prévoit que :

- Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du bénéficiaire et aucune information médicale ne pourra être recueillie à cette fin ;

- Les garanties respectent les conditions (notamment les planchers et plafonds de prise en charge) mentionnées à l'article L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, les garanties du présent régime seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits « responsables ».

Article 8- Antériorité des régimes d'assurance complémentaire santé d'entreprise
Avenant n° 4 du 30 octobre 2015

Les employeurs disposant déjà d'une assurance complémentaire santé obligatoire au jour de la signature du présent accord, comportant des dispositions moins favorables au présent accord devront appliquer celles du dispositif frais de santé ci-après ou adapter leurs garanties afin de répondre aux présentes obligations conventionnelles en matière notamment :

- De garanties minimales rendues obligatoires par le présent accord;
- 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 coexistant, 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 9 - Cotisations

Avenant n° 2 du 22 janvier 2014

Avenant n° 3 du 2 juin 2014

Avenant n° 4 du 30 octobre 2015

1. Taux de cotisations et répartition

1.1 - Régime de base

Le taux d'appel de la cotisation mensuelle destinée au financement des prestations du régime de base obligatoire définies dans annexe 1 est réparti à raison de 50 % à la charge de l'employeur et 50 % à la charge du salarié.

1.2 - Régime optionnel supplémentaire

L'adhésion facultative au régime optionnel supplémentaire, défini dans l'annexe 2, entraîne une cotisation supplémentaire laquelle, ayant un caractère facultatif, ne bénéficie pas du régime social et fiscal attaché par la loi aux régimes obligatoires. Elle est intégralement à la charge du salarié.

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 :

- De rendre obligatoire la couverture optionnelle frais de santé;
- De mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du dispositif régional obligatoire frais de santé (garanties supérieures, identiques ou non, aux options régionales facultatives stipulées au présent accord) ;

Ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre (part salariale et patronale). Ayant un caractère obligatoire, les cotisations bénéficient du régime social et fiscal attaché par la loi aux régimes obligatoires

2. Suspension du contrat de travail

2.1 – Suspension pour maladie, accident ou pour maternité

En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil pour maladie, accident ou maternité, pris en charge par la MSA et intervenant après la date d'affiliation au régime, le bénéfice des prestations d'assurance complémentaire frais de santé correspondant au régime de base obligatoire est maintenu, avec exonération des cotisations qui sont prises en charge par le régime. Le régime optionnel reste maintenu sous réserve du paiement de la cotisation par l'assuré.

2.2 – Suspension pur un motif non lié à une maladie ou 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 en tout ou partie de salaire par l'employeur, le salarié bénéficie des garanties complémentaires frais de santé correspondant au régime de base obligatoire pendant les trois premiers mois civils complets de la suspension du contrat sans versement de cotisation. Le régime optionnel reste maintenu sous réserve du paiement de la cotisation par l'assuré. Si l'absence est inférieure à un mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

Au-delà de cette période, l'assuré peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont il relève à titre individuel, à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé en acquittant directement la cotisation globale.

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

3. Portabilité

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

3.1 - Durée – limites

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation de l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois.

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

- A la date à laquelle l'ancien salarié reprend une activité professionnelle ;
- A la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période du maintien de couverture ;
- Dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime d'assurance chômage (notamment en cas de radiation des listes du Pôle Emploi) ;
- A la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (sauf en cas de cumul chômage – retraite) ;
- En cas de décès de l'ancien salarié.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance 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.

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

3.2 - Garanties maintenues

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

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

L'ancien salarié bénéficie des mêmes droits qu'avant la rupture du contrat de travail, donc des mêmes niveaux de garantie.

La portabilité s'applique, dans les mêmes conditions, le cas échéant, aux ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficiait effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail de l'intéressé.

3.3 - Formalités de déclaration

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

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

Pour bénéficier du maintien, l'ancien salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien de couverture qui ne sera donc pas prolongé d'autant.

3.4 - Cotisations

Ce dispositif de maintien de couverture est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations, ainsi les anciens salariés bénéficient de la portabilité sans contrepartie de cotisation. Le coût lié à ce dispositif est intégré à la cotisation des salariés en activité.

Le maintien des garanties du régime obligatoire est financé par les cotisations du régime obligatoire des salariés en activité.

Le maintien des garanties du régime optionnel est financé par les cotisations du régime optionnel des salariés en activité.

Les effectifs ainsi que les prestations versées au titre de la portabilité font l'objet d'un suivi spécifique sur des lignes distinctes du bilan.

4 - Dispositifs de prévention et d'action sociale

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

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

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent dispositif frais de santé, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, 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 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 au point 2 de l'article 9.

Article 10 – Adhésions individuelles volontaires

Avenant n° 1 du 30 mai 2013

Avenant n° 3 du 2 juin 2014

Avenant n° 4 du 30 octobre 2015

Salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

Les salariés des entreprises relevant du présent accord qui n'ont pas l'ancienneté requise pour être affiliés à titre obligatoire au régime peuvent y adhérer volontairement, pour eux-mêmes ou pour leurs ayants droits.

Ils s'acquittent de la totalité de la cotisation directement auprès de l'organisme assureur.

Anciens salariés

Un régime d'accueil facultatif est proposé aux salariés qui ont quitté l'entreprise et à leurs ayants droits. Il offre des prestations identiques au régime obligatoire des salariés et concerne :

1. Les bénéficiaires d'une rente d'invalidité dont le contrat de travail est rompu, les salariés quittant l'entreprise à la suite d'un licenciement ou d'une rupture conventionnelle et inscrits au Pôle Emploi ne bénéficiant pas ou plus de la portabilité légale ainsi que les ayants droits d'un salarié décédé pour une durée maximum de 12 mois.
2. Les retraités ou préretraités et leurs ayants droits,

La demande doit être faite auprès de l'organisme d'assurance dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès.

Mutualisation

Le régime des assurés à titre volontaire (Travailleurs saisonniers, salariés n'ayant pas l'ancienneté requise et anciens salariés) est mutualisé dans un compte distinct de celui des assurés à titre obligatoire.

Article 11 - Clause de réexamen

Le régime d'assurance complémentaire santé mis en œuvre par le présent accord fera l'objet d'un réexamen, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date de son entrée en vigueur.

Au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les partenaires sociaux signataires en réviseront notamment les conditions de garanties et de financement, les modalités d'organisation de la mutualisation des risques ainsi que le choix de l'organisme assureur.

En cas de dénonciation du présent accord, l'organisme assureur concerné maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation.

Article 12 - Dépôt et extension

Le présent accord pourra être dénoncé en respectant un préavis de 3 mois et sauf conclusion d'un nouvel accord, il cessera de produire ses effets après le délai d'un an à compter du terme du préavis.

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

Fait à Châlons-en-Champagne, le 3 juillet 2009

(suivent les signatures)

Pour la Fédération Régionale des Syndicats
d'Exploitants Agricoles de Champagne Ardenne

Pour l'UPRA CFDT

Pour la Fédération Régionale des CUMA de
Champagne Ardenne

Pour la CFTC- AGRI

Pour la FNAF CGT

Pour le Syndicat Régional des Horticulteurs,
Maraîchers et Pépiniéristes de Champagne Ardenne

Pour la FGTA FO

Pour le Syndicat Régional des Entreprises des
Territoires de Champagne Ardenne

Pour le SNCEA CFE CGC

Annexe 1 : Tableau des garanties – Régime obligatoire
(à compter du 1^{er} janvier 2020)
(Avenant n° 8 du 8 juillet 2020)

Prestations en vigueur au 01/01/2020		Régime obligatoire (à titre indicatif MSA hors Alsace Moselle)	REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE (incluant le remboursement du régime de base)	
Régime général			Base	Option 1
SOINS COURANTS	SOINS COURANTS			
	HONORAIRES MEDICAUX			
	Consultations, visites généralistes et spécialistes			
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70% BR	290% BR	Frais réels
	- Autres praticiens	70% BR	200% BR	200% BR
	Actes techniques médicaux et d'échographie			
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70% BR	290% BR	Frais réels
	- Autres praticiens	70% BR	200% BR	200% BR
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée			
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70% BR	290% BR	Frais réels
	- Autres praticiens	70% BR	200% BR	200% BR
	Actes de sages-femmes	60% BR	290% BR	Frais réels
	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
	Analyses et examens de laboratoire	60% BR	290% BR	Frais réels
	HONORAIRES PARAMEDICAUX			
AIDES AUDITIVES	Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	60% BR	290% BR	Frais réels
	MEDICAMENTS			
	Service Médical Rendu Important (y compris substituts nicotiniques)	65% BR	100% BR	100% BR
	Service Médical Rendu Modéré	30% BR	100% BR	100% BR
	Service Médical Rendu Faible	15% BR	100% BR	100% BR
	MATERIEL MEDICAL			
	Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60% BR	100% BR	165% BR
	Gros appareillage	100% BR	100% BR	100% BR
	TRANSPORT SANITAIRE			
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65% BR	100% BR	100% BR
	AIDES AUDITIVES			
	Prothèse auditive remboursable (1)			
	- Equipement 100% santé (Classe I - <i>tel que défini réglementairement</i>) ⁽²⁾⁽³⁾		100 % santé	100 % santé
	- Equipement à tarifs Libres (Classe II) ⁽²⁾⁽³⁾	60% BR	200% BR + 300 € /Appareil	200% BR + 650 € /Appareil
	Entretien, fournitures et accessoires	60% BR	100% BR	100% BR
CURE THERMALE	CURE THERMALE ACCEPTEE PAR L'AMO			
	Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65% ou 70%	100% BR	100% BR + 200 €/An
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION			
	MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE			
	Frais de séjour	80% ou 100%	100% BR	100% BR
	Forfait actes lourds		100% FR	100% FR
	Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)			
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	255% BR	Frais réels
	- Autres praticiens	80% ou 100%	200% BR	200% BR
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65% ou 100%	100% BR	100% BR
	Forfait journalier hospitalier	-	100% FR	100% FR
	Chambre particulière hors maternité et psychiatrie ⁽⁴⁾	-	25 € / jour	30 € / jour
	Chambre particulière maternité ⁽⁴⁾	-	25 € / jour	55 € / jour
	Chambre particulière psychiatrie ⁽⁴⁾	-	25 € / jour	30 € / jour
	Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁵⁾	-	25 € / jour	25 €/jour
	Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans	-		25 € / jour
	Maternité		1/3 PMSS	1/3 PMSS
OPTIQUE	OPTIQUE			
	Equipement 100% santé (Classe A - <i>tel que défini réglementairement</i>) ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾			
	Monture + verres		100 % santé	100 % santé
	Equipement à tarifs libres (Classe B) (6) (7)(9)			
	Enfant			
	Monture	60%	100 €	100 €
	Par verre :			
	Verre simple	60%	60% + 110 €	60% + 135 €
	Verre complexe	60%	60% + 175 €	60% + 225 €
	Verre très complexe	60%	60% + 175 €	60% + 275 €
	Adulte			
	Monture	60%	60% + 15 €	100 €
	Par verre :			
	Verre simple	60%	60% + 110 €	60% + 135 €
	Verre complexe	60%	60% + 175 €	60% + 225 €
	Verre très complexe	60%	60% + 175 €	60% + 275 €
	Adaptation de la correction visuelle	60%	Frais réels	Frais réels
	Verres avec filtre	60%	Frais réels	Frais réels
	Autres suppléments (prisme, système antiphotos, verres iséconiques)	60%	Frais réels	Frais réels
	Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	60% ou 0%	100 % BR ou 0 % BR + 100 € / an / bénéficiaire	100 % BR ou 0 % BR + 300 € / an / bénéficiaire

Prestations en vigueur au 01/01/2020		Régime obligatoire (à titre indicatif MSA hors Alsace Moselle)	REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE (incluant le remboursement du régime de base)	
Régime général			Base	Option 1
DENTAIRE	DENTAIRE			
	SOINS			
	Soins	70%	200% BR 100 % santé	Frais réels 100 % santé
	Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (10)			
	Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (10)			
	- Prothèses fixes (11)	70%	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire
	- Inlay-Core	70%	200%	200%
	- Prothèses transitoires (11)	70%	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire
	- Inlay onlay	70%	200%	200%
	- Prothèses amovibles (11)	70%	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire
AUTRES	SOINS et Prothèses dentaires à tarifs libres			
	- Prothèses fixes (11)	70%	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire
	- Inlay-Core	70%	200%	200%
	- Prothèses transitoires (11)	70%	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire
	- Inlay onlay	70%	200%	200%
	- Prothèses amovibles (11)	70%	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire
	Prothèses dentaires non remboursables par le régime obligatoire (12)		200 €/an/bénéficiaire	400 €/an/bénéficiaire
	Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100 %	220%	300%
	Orthodontie refusée par le régime obligatoire		200 €/an/bénéficiaire	400 €/an/bénéficiaire
AUTRES	AUTRES			
	Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie (13)	-	30 € / séance limité à 1 séance par an	30 € / séance limité à 3 séances par an
	Vie sans tabac - Sevrage tabagique (14)		30 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire
	Assistance		Oui	Oui
(1) Jusqu'au 31 décembre 2020 un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites : - oLe renouvellement intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ; - oL'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré (par prescription médicale dans les conditions rappelées dans l'arrêté du 14 novembre 2018) ; - oPour la prise en charge, le prescripteur doit notamment attester de cette situation en précisant la raison, sur un document qui doit être transmis à la caisse d'assurance maladie. (2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation. (3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive. (4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. (6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. (8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre). (9) - Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries. - Verres complexes : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries. - Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries. (10) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. (11) Plafond commun (12) Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire : es 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables (13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (14) Prise en charge des substituts nicotiniques (sur prescription médicale après intervention du Régime Obligatoire), des consultations cognito-comportementales et / ou des consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n°FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné. CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE - Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire). - Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008. - Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant: - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008), - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007). - La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle. - Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires. - Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale. Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants: - cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, - instituts ou centres médicaux où caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. Les remboursements de la mutuelle: - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM), - sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle				

Annexe 3 – Dispositions légales sur la portabilité

Avenant n° 2 du 22 janvier 2014

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 douze 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. »