

Convention collective

IDCC : **9521** | **EXPLOITATIONS DE POLYCLTURE ET D'ÉLEVAGE,
COOPÉRATIVES D'UTILISATION DE MATÉRIEL AGRICOLE
ET EXPLOITATIONS DE CULTURES SPÉCIALISÉES**

(Haute-Marne)

(11 février 1997)

(Étendue par arrêté du 19 octobre 1998,

Journal officiel du 22 octobre 1998)

Avenant n° 39 du 7 juin 2022

relatif à la révision de la convention collective du 11 février 1997
renommée « Accord collectif territorial de la production agricole
et CUMA de la Haute-Marne »

NOR : AGRS2397023M

IDCC : 9521

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles FDSEA ;

**Fédération régionale des coopératives d'utilisation du matériel agricole
FDCUMA,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Fédération nationale agroalimentaire et forestière CGT ;

Fédération générale agroalimentaire CFDT ;

Union départementale des syndicats CGT-FO ;

Union départementale des syndicats CFTC ;

**Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles, fédération de l'agroali-
mentaire CFE-CGC,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Conformément aux exigences légales et conventionnelles, et particulièrement en application de l'accord d'objectifs du 15 novembre 2016 sur la restructuration de la négociation collective de l'interbranche agricole, les organisations syndicales de salariés et professionnelles ont signé le 15 septembre 2020, une convention collective nationale commune à toutes les régions et à toutes les activités professionnelles de la branche professionnelle production agricole et de la branche professionnelle CUMA (IDCC 7024).

Par cette convention collective nationale, elles souhaitent donner une nouvelle dimension au dialogue social de ce secteur professionnel.

La signature de la convention collective nationale ne remet pas en cause la convention collective territoriale et professionnelle.

Elle devient un accord collectif étendu, conformément à l'article L. 2232-5-2 du code du travail. Dans le cadre d'un dialogue social renforcé, cet accord collectif fait l'objet de négociations régulières répondant aux besoins exprimés.

Ce texte entre précisément dans ce cadre.

Il apporte des dispositions complémentaires à la convention collective nationale de la production agricole et de CUMA du 15 septembre 2020 (IDCC 7024).

Par ailleurs, les organisations syndicales et professionnelles signataires du présent avenant appellent de leurs vœux la négociation et la conclusion d'accord d'entreprises pouvant s'appliquer de façon complémentaire à la convention nationale précitée et au présent avenant.

Dans le cadre de l'entrée en application de la convention collective nationale de la production agricole et CUMA du 15 septembre 2020 (IDCC 7024), le présent avenant révisé la convention collective du 11 février 1997 des exploitations de polyculture et d'élevage, des CUMA et des exploitations de cultures spécialisées du département de la Haute-Marne (IDCC 9521).

Chapitre 1^{er} Champ d'application

Article 1^{er} | Champ d'application professionnel et territorial

Le présent accord révisé par cet avenant est applicable dans le département de la Haute-Marne et concerne les rapports entre les employeurs et les salariés des exploitations agricoles de polyculture et d'élevage, des coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) ainsi que des exploitations viticoles (hors Champagne délimitée), horticoles ou maraîchères, les pépinières, les cultures sous serres situées dans le département de la Haute-Marne, ainsi que des établissements de toute nature dirigés par l'exploitant agricole en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles lorsque ces activités constituent la prolongation de l'acte de production et des structures d'accueil touristiques situées sur l'exploitation ou dans les locaux de celle-ci, notamment d'hébergement et de restauration.

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.

Article 2 | Incidences sur les contrats

En aucun cas, la rémunération brute allouée aux salariés ne peut être inférieure à celle qui résulte :

- des textes relatifs au salaire minimum de croissance
- de la convention collective applicable dans l'entreprise qui l'emploie :

Convention collective nationale de la production agricole et de CUMA du 15 septembre 2020 (IDCC 7024),

et de l'ensemble des dispositions du présent accord révisé par cet avenant.

Article 3 | *Abrogation*

En vertu de l'article L. 2261-8 du code du travail, le présent avenant de révision abroge toutes les dispositions de la convention collective du 11 février 1997 (IDCC 9521), renommé accord collectif territorial de la production agricole et CUMA de la Haute-Marne et les remplace par les dispositions du présent accord.

Article 4 | *Durée. Renouvellement*

Le présent accord révisé par cet avenant est applicable pour une durée indéterminée.

Article 5 | *Révision*

La partie signataire qui demandera la révision de l'accord en informera les autres parties ainsi que l'autorité administrative compétente par lettre recommandée.

La demande devra préciser les points litigieux et indiquer les propositions.

La commission mixte devra se réunir dans un délai d'un mois suivant la réception de la lettre recommandée.

Par ailleurs, la révision peut être engagée :

- jusqu'à la fin du cycle électoral au cours duquel l'accord a été conclu :
 - par une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans son champ d'application et signataires ou adhérentes de cet accord ;
 - par une ou plusieurs organisations d'employeurs représentatives dans son champ d'application et signataires ou adhérentes de cet accord ;
- à l'issue du cycle électoral au cours duquel l'accord a été conclu :
 - par une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ d'application de l'accord ;
 - par une ou plusieurs organisations professionnelles d'employeurs représentatives dans le champ d'application de l'accord.

Article 6 | *Dénonciation*

Les organisations syndicales de salariés ou d'employeurs signataires ou adhérentes sont habilitées à dénoncer le présent accord.

La durée du préavis qui doit précéder la dénonciation est de trois mois.

Lorsque la dénonciation émane de la totalité des signataires ou adhérents employeurs ou des signataires ou adhérents salariés, la commission paritaire mixte se réunit dans les trois mois qui suivent le début du préavis. À défaut de l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention ou d'un nouveau texte, le présent accord cesse de produire ses effets au bout d'un an à compter de l'expiration du délai de préavis. Il est fait application de l'article L. 2261-13 du code du travail.

Lorsqu'une des organisations syndicales de salariés signataires ou adhérentes ou une des organisations syndicales d'employeurs signataires ou adhérentes de la convention perd la qualité d'organisation représentative dans le champ d'application de cet accord, la dénonciation de ce texte n'emporte d'effets que si elle émane d'une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans son champ d'application, dans les conditions définies à l'article L. 2261-11 du code du travail.

Lorsque la dénonciation est le fait d'une partie seulement des signataires ou adhérents employeurs ou des signataires ou adhérents salariés, elle ne fait pas obstacle au maintien en

vigueur du présent accord entre les autres parties signataires. Dans ce cas, les dispositions de l'accord continuent de produire leurs effets à l'égard des auteurs de la dénonciation jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui est substitué ou à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du délai de préavis.

La partie qui dénoncera l'accord devra prévenir les autres parties ainsi que l'autorité administrative compétente, par lettre recommandée et devra faire connaître ses nouvelles propositions.

La commission paritaire mixte sera réunie dans les mêmes conditions que pour la révision, conformément aux dispositions des articles L. 2261-9 et suivants du code du travail.

Article 7 | Négociation collective

Il sera fait application de l'accord national du 21 janvier 1992 et de ses avenants relatifs à l'organisation de la négociation collective en agriculture.

Il est également fait application des dispositions prévues par la convention collective nationale production agricole/CUMA du 15 septembre 2020 (IDCC 7024).

Chapitre III Procédure de conciliation

Article 8 | Conflits collectifs

L'article 1.4 de l'accord du 2 octobre 1984 de l'accord national sur l'emploi dans les exploitations agricoles permet aux entreprises de moins de 11 salariés de saisir la commission paritaire régionale de l'emploi Grand Est (CPRE Grand Est) dans son rôle de commission paritaire régionale Interprofessionnelle (CPRI) pour contribuer à la prévention des conflits et le cas échéant à faciliter la résolution des conflits individuels ou collectifs n'ayant pas donné lieu à saisine d'une juridiction. La commission ne peut intervenir qu'avec l'accord des parties concernées.

Les conflits collectifs qui n'ont pu être solutionnés au niveau de l'entreprise peuvent être soumis à une commission de conciliation, avec recours éventuel soit à la procédure d'arbitrage en application de l'article L. 2524-1 et suivants du code du travail si les deux parties en conviennent, soit à la procédure de médiation en application de l'article L. 2522-1 du code du travail.

Article 9 | Conflits individuels

En cas de conflits individuels, l'intéressé ou son organisation syndicale peuvent s'informer auprès de l'unité de contrôle du système d'inspection du travail de la DDETS-PP (direction départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations) ou auprès de la commission paritaire régionale de l'emploi Grand Est (CPRE Grand Est).

Les parties auront la possibilité de soumettre leurs conflits individuels à l'inspecteur du travail compétent pour l'entreprise.

Le conseil des prud'hommes peut être saisi pour tout conflit individuel relatif aux contrats de travail soumis aux dispositions du présent accord.

Article 10 | Interprétation

Il est également fait application des dispositions prévues par la convention collective nationale production agricole/CUMA du 15 septembre 2020 (IDCC 7024).

En cas de problèmes d'interprétation portant sur les dispositions du présent accord, la commission mixte se réunira afin d'émettre un avis.

Elle se réunira à la demande d'une des organisations syndicales de salariés représentatives et/ou d'organisations d'employeurs, dans le délai d'un mois à compter de la date de réception de la demande écrite et adressée à chacune des autres organisations. L'autorité administrative compétente sera invitée à la commission mixte.

Lorsqu'un avis est émis, il doit être validé à la majorité des voix, chaque partie disposant du même nombre de voix.

Pour égaliser les voix de chaque partie, la règle suivante est appliquée :

Chaque partie dispose au total, d'un nombre de voix égal au produit (nombre de présents ou représentés de la partie employeurs) $\times$ (nombre de présents ou représentés de la partie salariés). Le résultat de ce produit est divisé par le nombre de présents ou représentés dans chaque partie, pour déterminer le nombre de voix attribué à chaque personne de chaque partie. Ainsi, chaque personne dispose d'un nombre de voix égal au nombre de personnes présentes ou représentées de la partie à laquelle elle n'appartient pas^[1].

Si l'interprétation de la commission mixte n'est pas satisfaisante alors la CPRE (commissions paritaires régionales de l'emploi) ou la CPNI (commission paritaire de négociation et d'interprétation) devra être saisie tel que défini dans l'article 1.4 de la convention collective nationale production agricole/CUMA du 15 septembre 2020 (IDCC 7024).

[1] Exemple : Nb de représentants de la partie employeurs : 3/Nb de représentants de la partie salariés : 6.

Voix attribué à chaque personne de la partie employeurs : $(3 \times 6)/3 = 6$.

Voix attribué à chaque personne de la partie salariés : $(3 \times 6)/6 = 3$.

Vérification :

Total des voix de la partie employeurs : $3 \times 6 = 18$.

Total des voix de la partie salariés : $6 \times 3 = 18$.

Chapitre IV Travaux à la tâche

Article 11 | Conditions d'exécution

Les conditions d'exécution du travail à la tâche sont fixées préalablement par écrit après accord entre employeurs et salariés.

En principe, les ouvriers travaillant à la tâche ne sont liés à leur employeur, en ce qui concerne la stabilité de leur emploi, que pendant le temps nécessaire à l'exécution de la tâche entreprise.

Le refus de travailler à la tâche par un salarié rémunéré uniquement au temps ne peut entraîner son congédiement.

Le travailleur est tenu, sauf en cas de force majeure ou circonstances fortuites, de conduire régulièrement et mener à bonne fin, conformément aux règles de la profession et aux usages locaux, la tâche qu'il s'est engagé à faire. Il ne peut s'opposer à ce que l'employeur fasse achever par d'autres un travail entrepris s'il n'a pas respecté les délais d'exécution prévus.

Article 12 | Salaires à la tâche : bases de rémunération du travail à la tâche dans les exploitations viticoles

La rémunération des ouvriers à la tâche se fait au minimum sur la base du salaire horaire d'un ouvrier affecté au palier 3, coefficient 17 en fonction du nombre de pieds de vignes travaillés, par référence au barème ci-dessous :

Travaux	Nombre de pieds par heure
Taille Guyot	100 à 130
Tirage des bois	170 à 250
Ébourgeonnage	100 à 120
Palissage (2 à 3 passages)	50
Taille Royat avec tirage des bois	45 à 55

L'ouvrier à la tâche atteint :

- un minimum de degré 2 pour le critère technicité ;
- un minimum de degré 2 pour le critère responsabilité « respect des normes » et « enjeux économiques ».

Pour les vendanges, le personnel affecté à la cueillette du raisin, exclusivement, peut être rémunéré à la tâche sur la base du salaire horaire du palier 1, coefficient 9, sur la base d'un rendement horaire de 66 kg par heure.

Chapitre V Rémunération

Article 13 | Paiement des salaires

Pour les salariés, la paie devra être versée au plus tard le cinquième jour suivant le mois auquel elle se rapporte.

Article 14 | Salaires des jeunes ouvriers

Pour les ouvriers âgés de moins de 18 ans, les salaires ci-dessus mentionnés subissent les abattements suivants :

20 % avant l'âge de 17 ans.

10 % de 17 à 18 ans.

Toutefois, à égalité de capacité et de rendement, il n'est procédé à aucun abattement.

D'autre part, pour les jeunes ouvriers titulaires du brevet d'apprentissage agricole ou du brevet professionnel agricole, il ne peut être procédé à aucun abattement sur le salaire normal.

Dans tous les cas, l'abattement de salaire prévu pour les jeunes ouvriers est supprimé dès qu'ils justifient de six mois de pratique dans l'agriculture.

Article 15 | Prime d'ancienneté

Une prime d'ancienneté est attribuée à tous salariés.

Cette prime correspond, comme fixé ci-dessous, à un pourcentage du salaire mensuel brut de base du salarié concerné :

3 % de la 5^e à la 9^e année d'ancienneté.

5,5 % de la 10^e à la 14^e année d'ancienneté.

7 % au-delà de 15 ans d'ancienneté.

La prime d'ancienneté est versée mensuellement.

Elle est attribuée avec effet du premier jour du mois suivant celui au cours duquel le nombre d'années requis aura été atteint.

Cette prime doit être distinguée du salaire proprement dit et apparaître distinctement sur les bulletins de salaire.

Article 16 | Travail effectué exceptionnellement de nuit

Le recours au travail de nuit est exceptionnel. Il doit prendre en compte les impératifs de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs et doit être justifié par la nécessité d'assurer la continuité de l'activité économique.

Le travail effectué la nuit tel que défini dans l'article 8.2.1 de la convention collective nationale de la production agricole et des CUMA, mais qui ne correspond pas à la définition du travailleur de nuit de l'article 8.2.2 de cette même convention, bénéficie d'une majoration de 35 %.

Cette contrepartie peut être prise sous forme de repos compensateur ou sous forme de compensation salariale.

Il s'agit de travail partiel de nuit ponctuel ou prolongeant exceptionnellement le travail de jour. Le recours au travail de nuit ne doit pas altérer les conditions de travail des salariés, et doit par conséquent respecter les points suivants :

- l'équilibre avec la vie personnelle et les responsabilités familiales ;
- l'égalité professionnelle entre femmes et hommes notamment par l'accès à la formation ;
- l'organisation des temps de pause.

Les heures exceptionnelles de nuit sont celles définies par le présent accord sur la période de travail située entre 21 heures et 7 heures.

Article 17 | Travail des jours fériés

Les jours fériés légaux applicables en agriculture sont ceux prévus par la loi, c'est-à-dire : le 1^{er} janvier, le Lundi de Pâques, le 1^{er} Mai, le 8 mai, l'Ascension, le Lundi de Pentecôte, le 14 juillet, l'Assomption, la Toussaint, le 11 novembre et Noël.

Tous les jours fériés légaux sont chômés et payés lorsqu'ils tombent un jour normalement ouvré dans l'entreprise. Les heures perdues du fait du chômage d'un jour férié légal ne sont pas récupérables. Les jours chômés et payés visés au présent article sont indemnisés dans les mêmes conditions que le 1^{er} mai, c'est-à-dire que le salaire habituel est maintenu quel que soit l'ancienneté des salariés.

Si un travail est effectué un jour férié légal chômé et payé, ce travail est rémunéré conformément aux dispositions relatives au 1^{er} mai. Les salariés ont droit, en plus du salaire correspondant au travail accompli, à une indemnité égale au montant de ce salaire, correspondant à une majoration de 100 %.

Article 18 | Indemnité de déplacement

Pour compléter l'article 8.1 de la convention collective nationale de la production agricole et des CUMA, lorsque, du fait d'un déplacement, un salarié ne peut rejoindre son domicile pour y prendre son repas de midi, il a droit à une indemnité dite « de panier » égale à une fois et demie le salaire minimum horaire.

Chapitre VI Durée du travail

En cette matière, il est fait application des dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles en vigueur, en particulier celles de l'accord national du 23 décembre 1981 modifié et de ses avenants concernant la durée du travail dans les exploitations et entreprises agricoles.

Article 19 | Repos quotidien

Tout salarié bénéficie d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives.

Toutefois, en cas de surcroît d'activité, il pourra être dérogé à cette règle selon les modalités suivantes :

- le repos quotidien pourra être ramené de onze heures à neuf heures pour un nombre de jours n'excédant pas dix sur une année civile ;
- une période de repos non rémunérée équivalente aux heures de repos manquantes dérogeant aux onze heures consécutives de repos quotidien, accolée à un repos hebdomadaire ou quotidien sera alors octroyée dans les deux mois ;

- à défaut, il est versé une indemnité égale à une fois le minimum garanti par heure de repos manquante aux onze heures de repos quotidien.

Article 20 | Repos hebdomadaire

Chaque semaine le salarié a droit à un repos à prendre le dimanche, d'une durée minimale de 24 heures consécutives conformément aux dispositions de l'article L. 714-1 du code rural.

À ces 24 heures consécutives de repos hebdomadaire, il doit être ajouté les heures consécutives de repos quotidien prévu par l'article 19.

Article 20.1 | Dérogation au repos hebdomadaire

Lorsque le travail du dimanche est indispensable au fonctionnement de l'entreprise, le repos hebdomadaire peut être donné pour tout ou partie du personnel, soit toute l'année, soit à certaines époques de l'année seulement, suivant l'une des modalités ci-après :

- un autre jour que le dimanche sous réserve que le jour de repos tombe le dimanche au moins une fois sur quatre ;
- une demi-journée le dimanche avec un repos compensateur par roulement et par quinzaine ;
- par roulement à condition que le jour de repos tombe un dimanche au moins deux fois par mois.

Toutefois l'employeur qui désire déroger à la règle du repos dominical doit adresser à la direction départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations, une demande motivée précisant la modalité envisagée.

Par exception, l'octroi de la modalité dérogatoire c) est de plein droit pour le personnel strictement nécessaire aux soins des animaux.

En tout état de cause, il est fait application des articles R. 714-1 à R. 714-9 du code rural.

Article 20.2 | Suspension du repos hebdomadaire

Le repos hebdomadaire peut être suspendu 6 fois au maximum par an, en cas de circonstances exceptionnelles, sous réserve que les intéressés bénéficient d'un repos d'une durée égale au repos supprimé.

Les heures effectuées le dimanche sont majorées de 50 %. Cette majoration ne se cumule pas avec celles prévues pour les heures supplémentaires.

Article 21 | Le contingent d'heures de modulation

Le contingent d'heures de modulation applicable dans le cadre du dispositif d'annualisation de la durée du travail prévu par l'article 10-4 de l'accord national du 23 décembre 1981 modifié concernant la durée du travail dans les exploitations et entreprises agricoles est majoré de 50 heures. Ce nombre annuel d'heures de modulation est porté à 300 heures

Chapitre VII Les congés payés

Article 22 | Les congés payés annuels

L'essentiel des dispositions relatives aux conditions de travail en agriculture est issu de l'accord national du 23 décembre 2008 modifié ainsi que de la convention collective nationale de la production agricole et des CUMA (IDCC 7024). Différentes dispositions nécessitent toutefois des précisions.

Les dates de départ en congé et de retour sont fixées d'un commun accord entre employeur et salarié.

Cependant, pendant les périodes de grands travaux, les salariés ne peuvent exiger des congés de plus de 3 jours ouvrables.

Ces périodes de grands travaux ont été fixées comme suit :

- semis et plantations ;
- épandage d'engrais ;
- traitements phytosanitaires ;
- arrosage ;
- récoltes ;
- mise bas.

Ces périodes de grands travaux ne peuvent excéder une durée de cinq mois consécutifs ou non. L'employeur est dans l'obligation d'informer ses salariés sur la durée de la période de grands travaux. Aussi, l'article D. 3141-6 du code du travail stipule l'obligation d'information relative aux congés payés. À cet égard, il énonce l'obligation de l'employeur d'informer le salarié par rapport à l'ordre des départs en congé, cela dans un délai d'un mois précédent le jour de la prise des congés.

Pour rappel, les congés payés sont pris selon les modalités suivantes :

- la durée des congés pouvant être pris en une seule fois ne peut excéder 24 jours ouvrables. Il peut être dérogé individuellement à cette limite pour les salariés qui justifient de contraintes géographiques particulières ou de la présence au sein du foyer d'un enfant ou d'un adulte handicapé ou d'une personne âgée en perte d'autonomie ;
- lorsque le congé ne dépasse pas 12 jours ouvrables, il doit être continu ;
- lorsque le congé principal est d'une durée supérieure à 12 jours ouvrables, il peut être fractionné (c'est-à-dire pris en plusieurs fois) avec l'accord du salarié (l'accord n'est pas requis lorsque le congé a lieu pendant la période de fermeture de l'établissement).

Une des fractions est au moins égale à 12 jours ouvrables continus compris entre deux jours de repos hebdomadaire.

Lorsque le congé est fractionné, la fraction d'au moins douze jours ouvrables continus est attribuée pendant la période du 1^{er} mai au 31 octobre de chaque année.

Les jours restant dus peuvent être accordés en une ou plusieurs fois en dehors de cette période.

Des jours ouvrables de congés supplémentaires, dans le cadre du fractionnement, sont attribués conformément à l'article L. 3141-19 du code du travail.

Article 23 | Les congés exceptionnels

Tout salarié bénéficie, sur justificatif, de congé exceptionnel ainsi fixé :

- pour le mariage du salarié ou pour la conclusion d'un Pacs : 4 jours ;
- pour le mariage d'un enfant : 2 jours ;
- pour chaque naissance survenue au foyer du salarié ou pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption : 3 jours ;
- pour le décès du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un Pacs, du père, de la mère, du beau-père, de la belle-mère, d'un frère ou d'une sœur : 3 jours ;
- pour le décès d'un enfant (né ou à naître) : 7 jours ouvrés ;
- pour l'hospitalisation du conjoint ou d'un enfant : 1 jour de congé maximum par an et par personne sans que le total par salarié ne puisse excéder 4 jours ;
- pour la journée défense et citoyenneté : 1 jour ;
- pour l'annonce de la survenue d'un handicap chez un enfant : 2 jours.

Les congés légaux pour événements familiaux n'entraînent pas de réduction de la rémunération et sont assimilés à du temps de travail effectif pour la détermination de la durée du congé payé annuel. Ces congés doivent être pris dans un délai raisonnable, concomitant avec l'évènement ayant donné lieu à congé. Ainsi, sauf cas de force majeure, au-delà d'un délai de 15 jours, ce congé n'a plus lieu d'être.

Chapitre VIII Absences. Maladie

Article 24 | Les absences exceptionnelles

Toute absence doit être autorisée ou motivée. L'autorisation, sauf en cas d'urgence, doit être demandée à l'employeur l'avant-veille du premier jour d'absence. Après entente entre employeur et salarié, les heures de travail perdues peuvent être récupérées. Toute absence non récupérée entraîne la perte du salaire afférent à la durée de l'absence.

Une absence non autorisée ou non motivée pourra être considérée par l'employeur comme faute grave susceptible de sanctions disciplinaires pouvant aller jusqu'au licenciement.

Article 25 | Les absences pour maladie ou accident

Toute interruption de travail résultant d'une maladie ou d'un accident dont est victime le salarié ne peut constituer un motif légitime de rupture du contrat de travail.

Dès guérison ou consolidation de sa blessure, le salarié malade ou accidenté doit être réintégré dans son emploi après sa visite médicale de reprise lorsqu'elle est prévue par le code du travail.

S'il est déclaré inapte à reprendre l'emploi qu'il occupait précédemment par le médecin du travail, l'employeur devra lui proposer un autre emploi adapté à ses capacités. En cas d'impossibilité de reclassement, le contrat de travail pourra être rompu dans les conditions prévues par les articles L. 1226-2 et suivants du code du travail.

Article 26 | Garantie de rémunération

I. Garantie de rémunération en cas d'absence pour maladie ou accident de la vie privée

Le salarié qui par suite de maladie ou d'accident dûment constaté par certificat médical aura dû cesser son travail, bénéficie d'une garantie de rémunération à compter du 8^e jour d'arrêt de travail, sous déduction des indemnités journalières servies par la Caisse de mutualité sociale agricole.

Cette garantie est calculée sur la base du salaire brut qu'il aurait perçu s'il avait continué à travailler selon les modalités ci-après :

- entre 1 et 6 ans d'ancienneté révolue : 30 jours à 90 % et 30 jours à 66,67 % ;
- entre 6 et 11 ans d'ancienneté révolue : 40 jours à 90 % et 40 jours à 66,67 % ;
- entre 11 et 16 ans d'ancienneté révolue : 50 jours à 90 % et 50 jours à 66,67 % ;
- entre 16 et 21 ans d'ancienneté révolue : 60 jours à 90 % et 60 jours à 66,67 % ;
- entre 21 et 26 ans d'ancienneté révolue : 70 jours à 90 % et 70 jours à 66,67 % ;
- entre 26 et 31 ans d'ancienneté révolue : 80 jours à 90 % et 80 jours à 66,67 % ;
- au-delà de 31 ans d'ancienneté révolue : 90 jours à 90 % et 90 jours à 66,67 %.

Si le salarié a déjà eu une ou plusieurs absences indemnisées pour maladie ou accident de la vie privée au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail considéré, celui-ci n'aura droit au versement de cette garantie que dans la limite comprise entre le nombre de jours indiqués ci-dessus et le nombre de jours déjà indemnisés au cours de ces 12 mois.

II. Garantie de rémunération en cas d'accident du travail et maladie professionnelle

Le salarié qui par suite d'accident du travail ou de maladie professionnelle aura dû cesser son travail, bénéficie de la garantie de rémunération prévue au I du présent article ci-dessus dès le premier jour d'arrêt de travail.

Si le salarié a déjà eu une ou plusieurs absences indemnisées pour accident du travail ou maladie professionnelle au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail considéré, celui-ci n'aura droit au versement de cette garantie que dans la limite comprise entre le nombre de jours indiqués ci-dessus et le nombre de jours déjà indemnisés au cours de ces 12 mois.

* Concernant les jours de carence, Il est rappelé qu'un accord entre l'employeur et le salarié est possible pour diminuer ou supprimer les jours de carence.

Chapitre IX Rupture du contrat de travail

En cette matière, il est fait application des dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles en vigueur, en particulier celles de la convention collective nationale de la production agricole et des CUMA (IDCC 7024).

Article 27 | *Congé pour recherche d'emploi*

En complément du chapitre 9 de la convention collective nationale, le salarié cadre ou non cadre est autorisé à s'absenter au maximum une journée par semaine, pour rechercher un nouvel emploi pendant la durée du préavis de licenciement (sauf faute grave). Ces journées seront rémunérées.

Chapitre X Prévoyance. Santé. Retraite supplémentaire

Article 28 | *Régime de prévoyance des salariés non-cadres*

Les salariés non-cadres bénéficient d'un régime de prévoyance obligatoire qui est défini par l'accord local de prévoyance du 10 juin 2008 et de ses avenants, et qui est en annexe I du présent accord.

L'employeur a l'obligation de tenir à disposition du personnel un exemplaire à jour de l'accord de prévoyance applicable. Le salarié doit avoir accès à cet exemplaire sur le lieu de travail.

Article 29 | *Assurance complémentaire frais de santé des salariés non-cadres*

Les salariés non-cadres bénéficient d'un régime d'assurance complémentaire frais de santé collectif et obligatoire dans les conditions fixées par l'accord régional du 3 juillet 2009 des salariés des exploitations agricoles de Champagne-Ardenne et de ses avenants, et qui est en annexe II du présent accord.

Article 30 | *Retraite complémentaire des salariés non-cadres*

Pour les entreprises créées avant le 1^{er} janvier 2002, relevant du champ d'application du présent accord, tout employeur doit adhérer pour les salariés non-cadres à son service, à Alliance professionnelle régime AGIRC-ARRCO, section AGRICA sise, 21 rue de la Bienfaisance, 75008 Paris Cedex.

Toute nouvelle entreprise créée à compter du 1^{er} janvier 2002, relevant du champ d'application du présent accord a l'obligation de cotiser auprès d'Alliance professionnelle régime AGIRC-ARRCO.

Tout employeur relevant du champ d'application du présent accord appliquera une répartition de la cotisation comme suit :

50 % à la charge de l'employeur, 50 % à la charge du salarié.

Chapitre XI Dispositions spécifiques au personnel d'encadrement

Article 31 | *La période probatoire*

Lorsqu'un salarié présent sur l'entreprise est promu dans un emploi de technicien, agent de maîtrise ou de cadre, l'employeur peut être amené à évaluer ses compétences dans ce nouvel emploi pendant une période dite période probatoire, qui permet également au salarié d'apprécier si ce nouveau poste lui convient.

Cette période probatoire doit être formalisée par écrit dans un avenant au contrat de travail. Sa durée ne peut excéder celle de la période d'essai correspondant à l'emploi proposé.

Si l'une ou l'autre des parties vient à mettre fin à la période probatoire, le salarié se verra replacé dans ses fonctions antérieures ou dans des fonctions similaires assorties d'un salaire équivalent.

Article 32 | *Maintien du salaire en cas d'arrêt de travail*

En cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident quelle qu'en soit l'origine, pris en charge par la Mutualité sociale agricole, l'employeur assure au technicien, agent de maîtrise ou cadre ayant au moins un an d'ancienneté, le maintien du salaire brut que le salarié aurait perçu s'il avait continué à travailler jusqu'à l'intervention directe de la garantie incapacité de travail assurée par l'organisme assureur et tant que l'indemnité journalière du régime de base est servie au salarié.

Le total des indemnités journalières complémentaires, et de celles versées par les assurances sociales agricoles ne pourra pas excéder le montant du salaire net.

Article 33 | *Départ à la retraite à l'initiative du technicien, agent de maîtrise ou cadre*

Le salarié qui quitte volontairement l'entreprise pour bénéficier de sa pension de retraite a droit, au moment de son départ, à une indemnité de départ à la retraite, fixée en fonction de son ancienneté dans l'exploitation, et égale à 1/7 de son salaire moyen mensuel des 12 derniers mois par année d'ancienneté.

Article 34 | *Retraite complémentaire et Prévoyance des agents de maîtrise, techniciens et cadres*

Les agents de maîtrise, techniciens et cadres relevant des présentes dispositions sont affiliés pour la retraite complémentaire à Alliance professionnelle régime AGRIC-ARRCO et pour le régime prévoyance et complémentaire santé à la CPCEA (caisse de prévoyance des cadres des exploitations agricoles).

Chapitre XII Droit syndical. Liberté d'expression et liberté syndicale

Article 35 | *Droit syndical. Liberté d'expression et liberté syndicale*

La liberté d'expression et liberté syndicale sont définies dans l'article 2.1 de la convention collective nationale de la production agricole et des CUMA du 15 septembre 2020. Le droit syndical est défini dans l'article 2.4 de la convention collective nationale de la production agricole et des

CUMA du 15 septembre 2020. Dans ce cadre, il sera accordé aux salariés le temps nécessaire pour assister aux congrès et assemblées statutaires de leur organisation syndicale.

Chapitre XIII Dépôt. Extension. Entrée en vigueur. Signataires

Article 36 | Dépôt. Extension.

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

Article 37 | Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur à compter du premier jour du mois suivant la parution de son arrêté d'extension au *Journal officiel*.

Fait à Chaumont, le 7 juin 2022.

(Suivent les signatures.)

Annexe I Prévoyance

(Texte déjà publié au *Bulletin officiel* n° 2008/41 du 8 novembre 2008).

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PÊCHE
CONVENTIONS COLLECTIVES

Accord national

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE EN AGRICULTURE (10 juin 2008)

ACCORD NATIONAL DU 10 JUIN 2008 RELATIF À LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE EN AGRICULTURE ET À LA CRÉATION D'UN RÉGIME DE PRÉVOYANCE

NOR : AGRS0897130M

Entre :

La fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA) ;
Les entrepreneurs des territoires (EDT) ;
La fédération nationale du bois (FNB) ;
La fédération des forestiers privés de France (FFPF) ;
La fédération nationale des coopératives d'utilisation de matériel agricole
(FNCUMA) ;
L'union syndicale des rouisseurs-teilleurs de lin de France (USRTL),

D'une part, et

La fédération générale agroalimentaire CFDT ;
La fédération nationale agroalimentaire et forestière CGT ;
La fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et
des secteurs connexes FO ;
La fédération de l'agriculture CFTC ;
Le syndicat national des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

La réalité du dialogue social en agriculture n'est plus à démontrer et a su faire preuve d'innovation en créant des dispositifs originaux et même parfois précurseurs. Dans cette continuité, les partenaires sociaux agricoles ont décidé de conduire une réflexion sur la problématique de la protection sociale complémentaire dans un cadre national, réflexion intégrant les particularités agricoles, le contexte économique et la volonté d'apporter un élément d'attractivité supplémentaire.

Les organisations professionnelles d'employeurs et de salariés ont pris en compte les différents niveaux de dialogue social existant dans les secteurs de la production agricole, la structuration de ces secteurs composés très majoritairement de petites entreprises, et la volonté d'offrir aux salariés la possibilité d'accéder à des prestations sociales complémentaires à celles versées par le régime obligatoire de la mutualité sociale agricole dans les meilleures conditions fiscales et sociales.

Les partenaires sociaux ont souhaité permettre à tous les salariés de la production agricole de bénéficier d'un niveau minimal de protection sociale complémentaire, harmonisé sur l'ensemble du territoire, tout en reconnaissant le dialogue social de branche départemental, régional ou national et tout en garantissant la possibilité de maintenir ces différents niveaux de dialogue.

Les organisations signataires ont décidé de mettre en place un régime de prévoyance assurant un minimum de prestations en matière de garantie décès, incapacité temporaire et permanente, et également en matière d'assurance complémentaire frais de santé. Il peut être dérogé à ce régime de prévoyance national par un accord collectif étendu de branche ou conventionnel offrant un régime supérieur et dans les conditions définies dans le présent accord.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord est applicable sur l'ensemble du territoire, à l'exception des départements d'outre-mer, aux salariés non cadres et employeurs des exploitations et entreprises agricoles ayant une activité définie à l'article L. 722-1-1° (à l'exception des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques), 2° (à l'exception des entreprises du paysage), 3° (à l'exception de l'Office national des forêts) et 4° du code rural, ainsi qu'aux coopératives d'utilisation de matériel agricole.

Article 2

Entrée en vigueur

Le présent accord entrera en vigueur le 1^{er} octobre 2009 ou le 1^{er} jour du 5^e trimestre civil suivant celui de la publication de son arrêté d'extension si cet arrêté devait intervenir après le 30 septembre 2008.

Même après extension, les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent accord en cas de difficultés d'application.

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 tout salarié ayant 1 an d'ancienneté et plus dans l'entreprise ;
- et relevant du champ d'application du présent accord ;

A l'exclusion :

- des cadres et personnels ressortissant à la convention collective du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des salariés non cadres définis ci-dessus ressortissant à un accord collectif étendu dans les conditions fixées à l'article 7 ;
- des VRP et bûcherons-tâcherons ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles.

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 acquiert 1 an d'ancienneté.

Au jour de l'entrée en vigueur du présent accord, 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 de cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations au moins équivalentes. 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 celles fixées dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié. En cas d'exclusion, les cotisations correspondantes ne sont pas dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Les bénéficiaires de la CMUC ainsi que ceux bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale et ceux bénéficiant d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément peuvent demander à être exclus de l'assurance complémentaire.

Au jour de l'entrée en vigueur de l'accord, 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'accord, avec les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur de l'accord, 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 de 1 an 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.

Les salariés à temps partiel ayant plus de 1 an d'ancienneté peuvent demander à être exclus de l'assurance complémentaire frais de santé, et donc de ne bénéficier que partiellement du régime de prévoyance nationale, dès lors que leur durée du travail inscrite au contrat de travail est inférieure à 80 heures par mois.

Au jour de l'entrée en vigueur de l'accord, les salariés à temps partiel concernés doivent faire leur demande d'exclusion par écrit adressée à l'employeur avant la fin du 1^{er} mois d'application de l'accord.

Après l'entrée en vigueur de l'accord, 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 de 1 an d'ancienneté.

En cas d'avenant au contrat de travail portant la durée du travail du salarié à une durée supérieure à 80 heures par mois, le salarié à temps partiel devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant celui de l'entrée en vigueur de sa nouvelle durée du travail.

Article 4

Garanties

Les organisations signataires précisent que cet accord a pour objectif de mettre en place un régime de prévoyance garantissant à tous les bénéficiaires les prestations définies dans le présent accord qui constitue un socle minimal national de prestations pouvant être amélioré notamment par accord collectif étendu.

Garantie décès

En cas de décès, quelle qu'en soit l'origine, d'un salarié ayant 1 an d'ancienneté ou plus il est versé à ses ayants droit, concubin, titulaire d'un Pacs ou au(x) bénéficiaire(s) qu'il a désigné(s), un capital décès égal à 100 % du salaire brut total soumis à cotisations perçu pendant les 12 derniers mois précédant le décès.

Garantie incapacité temporaire de travail

Sauf dispositions plus avantageuses pouvant bénéficier aux salariés, après 1 an d'ancienneté dans l'entreprise ou l'établissement, en cas d'absence au travail justifiée par l'incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident, le salarié bénéficiera :

- d'une indemnité journalière égale à 15 % du salaire journalier de référence ;
- versée pour chaque jour d'absence intervenant après le dernier jour d'absence ayant donné lieu à un complément de rémunération par l'employeur en application des dispositions conventionnelles sur la mensualisation ou en application de l'accord national du 10 décembre 1977 relatif à la mensualisation, étendu aux salariés agricoles par l'article 49 de la loi du 30 décembre 1988 ;
- et ce jusqu'à la reprise du travail et au plus tard jusqu'à 1 095^e jour d'arrêt de travail.

Le versement de l'indemnité journalière intervient à condition pour le salarié :

- d'avoir justifié par certificat médical dans les 48 heures de cette incapacité ;
- d'être pris en charge par la mutualité sociale agricole ;
- d'être soigné sur le territoire français ou dans l'un des autres pays de l'Union européenne.

Le salarié ayant 1 an d'ancienneté ou plus et n'ayant pas l'ancienneté requise pour bénéficier des compléments de salaire à la charge de l'employeur en application des obligations légales ou conventionnelles sur la mensualisation bénéficiera des indemnités journalières d'incapacité temporaire de travail après un délai de franchise (délai de carence) de 60 jours à

compter du 1^{er} jour d'absence si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion des accidents de trajet, et à compter du 70^e jour d'absence dans tous les autres cas.

Lors d'un nouvel arrêt de travail intervenant alors que le salarié a déjà bénéficié, dans les 12 mois précédents, du nombre maximal de jours donnant lieu à compléments de salaire par l'employeur au titre des obligations légales ou conventionnelles sur la mensualisation, le versement de l'indemnité journalière sera effectué à compter du 1^{er} jour d'absence si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion des accidents de trajet, et à compter du 11^e jour d'absence dans tous les autres cas.

Les indemnités journalières définies ci-dessus s'ajoutent aux allocations que l'intéressé percevait de la mutualité sociale agricole.

En tout état de cause, les indemnités journalières dues au titre du présent accord cumulées avec d'autres indemnités ou prestations de même nature ne doivent pas conduire à verser à l'intéressé un montant supérieur à la rémunération nette qu'il aurait effectivement perçue s'il avait continué à travailler.

Le salaire journalier de référence est égal au salaire journalier calculé par la mutualité sociale agricole.

L'ancienneté prise en compte pour la détermination du droit à l'indemnisation s'apprécie au 1^{er} jour de l'absence.

Garantie incapacité permanente professionnelle

Le salarié ayant 1 an d'ancienneté ou plus bénéficie en cas d'incapacité permanente de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle d'une rente, versée chaque mois, égale à 10 % du salaire mensuel brut de référence.

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

Le versement de la rente débute dès le versement d'une rente accident du travail par la mutualité sociale agricole pour une incapacité permanente entraînant une impossibilité d'exercer une activité professionnelle et correspondant à un taux égal ou supérieur à 66,66 %. La rente ne peut pas se cumuler avec les indemnités journalières qu'il percevait avant la décision de la mutualité sociale agricole au titre de l'incapacité temporaire prévue dans le présent accord.

Le salaire mensuel brut de référence est égal au 1/12 des salaires bruts perçus par le salarié au cours des 12 mois civils précédant la date de l'arrêt de travail.

En tout état de cause, le total des prestations perçues au titre des régimes de base et du présent régime de prévoyance ne peut excéder le salaire net perçu par l'intéressé en activité.

Cette rente d'invalidité est maintenue à l'intéressé aussi longtemps qu'il perçoit une pension de la mutualité sociale agricole et est suspendue si la mutualité sociale agricole suspend le versement de sa propre pension.

En tout état de cause, cette rente prend fin le dernier jour du mois précédant la date d'effet de la pension vieillesse.

compter du 1^{er} jour d'absence si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion des accidents de trajet, et à compter du 70^e jour d'absence dans tous les autres cas.

Lors d'un nouvel arrêt de travail intervenant alors que le salarié a déjà bénéficié, dans les 12 mois précédents, du nombre maximal de jours donnant lieu à compléments de salaire par l'employeur au titre des obligations légales ou conventionnelles sur la mensualisation, le versement de l'indemnité journalière sera effectué à compter du 1^{er} jour d'absence si celle-ci est consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, à l'exclusion des accidents de trajet, et à compter du 11^e jour d'absence dans tous les autres cas.

Les indemnités journalières définies ci-dessus s'ajoutent aux allocations que l'intéressé perçoit de la mutualité sociale agricole.

En tout état de cause, les indemnités journalières dues au titre du présent accord cumulées avec d'autres indemnités ou prestations de même nature ne doivent pas conduire à verser à l'intéressé un montant supérieur à la rémunération nette qu'il aurait effectivement perçue s'il avait continué à travailler.

Le salaire journalier de référence est égal au salaire journalier calculé par la mutualité sociale agricole.

L'ancienneté prise en compte pour la détermination du droit à l'indemnisation s'apprécie au 1^{er} jour de l'absence.

Garantie incapacité permanente professionnelle

Le salarié ayant 1 an d'ancienneté ou plus bénéficie en cas d'incapacité permanente de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle d'une rente, versée chaque mois, égale à 10 % du salaire mensuel brut de référence.

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

Le versement de la rente débute dès le versement d'une rente accident du travail par la mutualité sociale agricole pour une incapacité permanente entraînant une impossibilité d'exercer une activité professionnelle et correspondant à un taux égal ou supérieur à 66,66 %. La rente ne peut pas se cumuler avec les indemnités journalières qu'il percevait avant la décision de la mutualité sociale agricole au titre de l'incapacité temporaire prévue dans le présent accord.

Le salaire mensuel brut de référence est égal au 1/12 des salaires bruts perçus par le salarié au cours des 12 mois civils précédant la date de l'arrêt de travail.

En tout état de cause, le total des prestations perçues au titre des régimes de base et du présent régime de prévoyance ne peut excéder le salaire net perçu par l'intéressé en activité.

Cette rente d'invalidité est maintenue à l'intéressé aussi longtemps qu'il perçoit une pension de la mutualité sociale agricole et est suspendue si la mutualité sociale agricole suspend le versement de sa propre pension.

En tout état de cause, cette rente prend fin le dernier jour du mois précédant la date d'effet de la pension vieillesse.

Dispositions communes aux prestations visées
aux paragraphes ci-dessus

Les salariés sous contrat de travail à la date d'effet du présent accord et répondant aux conditions d'ouverture du droit seront pris en charge et indemnisés dans les conditions indiquées dans lesdits paragraphes, sauf à l'être déjà par un organisme complémentaire assurant un niveau supérieur de prestations.

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, de la loi n° 94-678 du 8 août 1994 et de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, les salariés des entreprises ayant régularisé leur adhésion auprès des organismes assureurs sont garantis à la date d'effet du présent accord pour les prestations suivantes :

- les revalorisations futures portant sur les indemnités journalières, rentes incapacité permanente professionnelle selon les modalités prévues avec les organismes désignés ;
- le bénéfice des garanties décès, lorsque le contrat de travail n'est pas rompu à la date d'adhésion, pour les bénéficiaires d'indemnités journalières d'incapacité temporaire ou de rentes d'incapacité permanente professionnelle ou d'invalidité versées par un organisme assureur en application d'un contrat souscrit antérieurement, sous réserve que le maintien de ces garanties ne soit pas déjà prévu par un contrat antérieur.

Ce bénéfice prendra effet :

- d'une part, si les entreprises concernées communiquent un état détaillé de ces bénéficiaires ;
- et, d'autre part, si le précédent organisme assureur transmet les provisions effectivement constituées à la date de la résiliation de son contrat, en application de l'article 30 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée ;
- l'indemnisation intégrale pour les salariés en arrêt de travail remplissant les conditions dont le contrat de travail est en cours à la date d'effet, alors qu'il n'existe aucun organisme assureur précédent.

Article 5

Assurance complémentaire frais de santé

Le salarié ayant 1 an d'ancienneté ou plus bénéficie d'une assurance complémentaire frais de santé.

La nature et le montant des prestations sont présentés dans le tableau annexé à l'accord.

Article 6

Gestion du régime de prévoyance national

Pour assurer la gestion du régime de prévoyance défini dans le présent accord et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires conviennent :

- d'effectuer une double désignation d'organismes assureurs pour les salariés non cadres et employeurs des exploitations et entreprises agricoles ayant une activité définie à l'article L. 722-1-1° (à l'exception des rous-

seurs-teilleurs de lin, des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques) et 4° du code rural, ou une activité de travaux agricoles visée à l'article L. 722-1-2° (à l'exception des entreprises du paysage), ainsi qu'aux coopératives d'utilisation de matériel agricole. Sont codésignés pour gérer le régime de protection sociale complémentaire soit Agri-Prévoyance et CRIA Prévoyance en coassurance, soit l'ANIPS ;

- de désigner :

- Agri-Prévoyance et CRIA Prévoyance en coassurance pour les garanties décès, incapacité temporaire et incapacité permanente ;
- et au groupement de coassurance figurant en annexe II et constitué des mutuelles de l'agriculture et de la mutuelle nationale de prévoyance - mutuelle substituée par l'UNPMF (union nationale de prévoyance de la mutualité française), régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité pour l'assurance complémentaire santé pour les salariés non cadres et employeurs des exploitations et entreprises agricoles ayant une activité définie à l'article L. 722-1-3° du code rural (à l'exception de l'Office national des forêts) et aux rousseurs-teilleurs de lin.

Les modalités et conditions de gestion s'effectuent selon les dispositions fixées dans la convention conclue entre les organismes assureurs et les partenaires sociaux signataires.

Article 7

Adhésion et antériorité

Tout employeur ayant une activité définie à l'article L. 722-1-1° (à l'exception des rousseurs-teilleurs de lin, des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques) et 4° du code rural, ou une activité de travaux agricoles visée à l'article L. 722-1-2° (à l'exception des entreprises du paysage), ainsi que les coopératives d'utilisation de matériel agricole sont tenus d'adhérer, pour l'ensemble des salariés concernés à l'article 3 du présent accord, à Agri-Prévoyance/CRIA Prévoyance ou à l'ANIPS en fonction de la répartition par région administrative arrêtée en application des modalités fixées entre les partenaires sociaux et les organismes désignés.

Tout employeur ayant une activité définie à l'article L. 722-1-3° du code rural (à l'exception de l'Office national des forêts) et les rousseurs-teilleurs de lin liés par le présent accord sont tenus d'adhérer, pour l'ensemble des salariés concernés à l'article 3 du présent accord, à Agri-Prévoyance/CRIA Prévoyance et au groupement de coassurance figurant en annexe II et constitué des mutuelles de l'agriculture et de la mutuelle nationale de prévoyance, sauf dans les cas définis ci-après.

Antériorité des accords de branche ou conventionnels départementaux, régionaux ou nationaux

Les partenaires sociaux signataires du présent accord ont décidé de permettre aux négociateurs de branche et/ou négociateurs locaux de disposer d'un délai de négociation pour construire ou adapter leur propre régime de prévoyance, en améliorant le socle minimal, en utilisant ou non les options facultatives élaborées en même temps que le socle minimal national par les

partenaires sociaux nationaux auprès de l'organisme désigné dans l'accord national, ou en passant leur propre appel d'offres et décider de leur organisme gestionnaire.

Au jour de l'entrée en vigueur du présent accord, le régime national de prévoyance s'appliquera obligatoirement aux employeurs et aux salariés bénéficiaires entrant dans le champ d'une convention collective ou accord collectif ne comportant pas de dispositions en matière de prévoyance ou en application des dispositions ci-après.

Une branche ou des secteurs d'activités ayant déjà conclu un accord collectif départemental, régional ou national de prévoyance au jour de l'entrée en vigueur du présent accord :

- comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 4 pour un niveau de prestations supérieures peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord pour ces garanties, les entreprises et salariés relevant de ce régime conventionnel sont exclus du régime national de prévoyance. Dans l'hypothèse où l'arrêté d'extension de l'accord concerné ne serait pas encore publié et conditionne son entrée en vigueur, cet accord doit prévoir la possibilité pour les entreprises de l'appliquer à titre volontaire par anticipation et l'entreprise doit l'appliquer, à défaut jusqu'à l'entrée en vigueur dudit accord les dispositions du présent accord national s'appliquent ;
- mais n'ayant pas mis en place une assurance complémentaire frais de santé d'un niveau supérieur à celle fixée à l'article 5, doivent obligatoirement rejoindre l'organisme désigné pour l'assurance complémentaire frais de santé et appliquer les dispositions correspondantes du présent accord.

Une branche ou des secteurs d'activités ayant déjà conclu un accord collectif départemental, régional ou national de prévoyance au jour de l'entrée en vigueur du présent accord :

- ne comprenant pas l'ensemble des garanties définies à l'article 4 ou pour un niveau de prestations égales ou inférieures, les entreprises et les salariés concernés doivent rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord pour les garanties définies à l'article 4 et appliquer les dispositions correspondantes ;
- mais ayant mis en place une assurance complémentaire frais de santé d'un niveau supérieur à celle fixée à l'article 5 peuvent ne pas remettre en cause leur propre assurance complémentaire frais de santé et ne pas rejoindre pour cette assurance l'organisme désigné dans le présent accord ; dans ce cas les entreprises et les salariés concernés sont exclus du régime national de prévoyance relevant d'un autre régime à titre obligatoire. Dans l'hypothèse où l'arrêté d'extension de l'accord concerné ne serait pas encore publié et conditionne son entrée en vigueur, cet accord doit prévoir la possibilité pour les entreprises de l'appliquer à titre volontaire par anticipation et l'entreprise doit l'appliquer, à défaut jusqu'à l'entrée en vigueur dudit accord les dispositions du présent accord national s'appliquent.

Une branche ou des secteurs d'activités ayant déjà conclu un accord collectif départemental, régional ou national de prévoyance au jour de l'entrée en vigueur du présent accord :

- comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 4 pour un niveau de prestations supérieures et une assurance complémentaire frais de santé d'un niveau supérieur à celle fixée à l'article 5 peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et conserver l'organisme de leur choix. Les entreprises et salariés relevant de ce régime conventionnel sont exclus du régime national de prévoyance. Dans l'hypothèse où l'arrêté d'extension de l'accord concerné ne serait pas encore publié et conditionne son entrée en vigueur, cet accord doit prévoir la possibilité pour les entreprises de l'appliquer à titre volontaire par anticipation et l'entreprise doit l'appliquer, à défaut jusqu'à l'entrée en vigueur dudit accord les dispositions du présent accord national s'appliquent.

L'obligation de rejoindre totalement ou partiellement l'organisme désigné pour tout ou partie du régime national de prévoyance ne peut pas être exigée avant l'entrée en vigueur du présent accord.

Au cas où une branche ou des secteurs d'activités, notamment du fait de la conclusion antérieure à la date d'entrée en vigueur du présent accord d'un régime de prévoyance conventionnel comportant des garanties globalement supérieures à celles définies dans le présent accord auprès d'un autre organisme assureur, viendrait à rejoindre après l'entrée en vigueur du présent accord le régime national de prévoyance, une pesée spécifique du risque représenté par cette branche ou ces secteurs serait réalisée afin d'en tirer les conséquences au regard de la mutualisation professionnelle nationale.

Dans ce cas, les organismes assureurs calculeront le taux de cotisation additionnel et son délai d'application nécessaire à la constitution des provisions correspondantes et à la sauvegarde de l'équilibre technique du régime professionnel.

Antériorité des régimes de prévoyance d'entreprise

Les entreprises disposant déjà d'un accord de prévoyance au jour de publication de l'arrêté d'extension du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 4 pour un niveau de prestations supérieures et une assurance complémentaire frais de santé d'un niveau supérieur à celle fixée à l'article 5, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord.

Les entreprises disposant déjà d'un accord de prévoyance au jour de publication de l'arrêté d'extension du présent accord :

- comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 4 pour un niveau de prestations supérieures peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord pour ces garanties ;
- mais n'ayant mis en place une assurance complémentaire frais de santé d'un niveau supérieur à celle fixée à l'article 5 doivent obligatoirement rejoindre pour l'assurance complémentaire frais de santé l'organisme désigné et appliquer les dispositions correspondantes du présent accord.

Les entreprises disposant déjà d'un accord de prévoyance au jour de publication de l'arrêté d'extension du présent accord :

- ne comprenant pas l'ensemble des garanties définies à l'article 4 ou pour un niveau de prestations égales ou inférieures doivent rejoindre pour les garanties définies à l'article 4 l'organisme désigné dans le présent accord et appliquer les dispositions correspondantes ;
- mais ayant mis en place une assurance complémentaire frais de santé d'un niveau supérieur à celle fixée à l'article 5 peuvent ne pas remettre en cause leur propre assurance complémentaire frais de santé et ne pas rejoindre pour cette assurance l'organisme désigné dans le présent accord.

L'obligation de rejoindre totalement ou partiellement l'organisme désigné pour tout ou partie du régime national de prévoyance ne peut pas être exigée avant l'entrée en vigueur du présent accord.

Au cas où une entreprise, notamment du fait de la souscription antérieure à la date d'extension du présent accord d'un régime de prévoyance comportant des garanties globalement supérieures à celles définies dans le présent accord auprès d'un autre organisme assureur, viendrait à rejoindre après l'entrée en vigueur du présent accord le régime national de prévoyance, une pesée spécifique du risque représenté par cette entreprise ou cet établissement serait réalisée afin d'en tirer les conséquences au regard de la mutualisation professionnelle.

Dans ce cas, les organismes assureurs calculeront la prime nécessaire à la constitution des provisions correspondantes et à la sauvegarde de l'équilibre technique du régime professionnel.

Par ailleurs, les entreprises qui ont mis en place un régime de prévoyance de niveau inférieur à la date d'extension du présent accord sur l'ensemble ou sur les garanties de l'article 5 ou sur l'assurance santé disposent d'un délai maximum de 12 mois à compter de la publication de l'arrêté d'extension pour rejoindre en totalité ou en partie, selon les modalités définies ci-dessus, le régime national de prévoyance établi par le présent accord et l'organisme désigné afin de respecter, le cas échéant, les délais de préavis et/ou de dénonciation qui peuvent être fixés par leurs régimes.

Article 8

Cotisations

1. Assiette

Les cotisations sont appelées pour tous les salariés définis à l'article 3 du présent accord sur la base des rémunérations brutes limitées à 4 fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale, servant au calcul de l'assiette des cotisations d'assurances sociales.

2. Taux de cotisations et répartitions

Pour tous les employeurs et les salariés, le taux global d'appel des cotisations destinées au financement des prestations définies à l'article 4 est de :

- 0,42 %, pour les garanties décès, incapacité temporaire et permanente ;
- réparti comme suit : 50 % à la charge des employeurs, soit 0,21 % ; 50 % à la charge des salariés, soit 0,21 %.

La couverture des prestations incapacité temporaire définie à l'article 4 est assurée par une cotisation fixée à 0,19 % et prise en charge intégralement par les salariés sur leur participation globale.

Pour les employeurs ayant une activité définie à l'article L. 722-1-1° (à l'exception des rouisseurs-teilleurs de lin, des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques) et 4° du code rural, ou une activité de travaux agricoles visée à l'article L. 722-1-2° (à l'exception des entreprises du paysage), ainsi que les coopératives d'utilisation de matériel agricole :

Le taux de la cotisation annuelle pour l'assurance complémentaire frais de santé est :

- égal à 0,88 % du plafond annuel de sécurité sociale, soit 24,40 € par mois au 1^{er} janvier 2008 ;
- réparti comme suit : 15 % à la charge des employeurs dans la limite d'un montant de 5 € par mois et 85 % à la charge des salariés.

Ces pourcentages sont applicables pour les exercices 2009 et 2010 dans le cadre de la réglementation applicable au 1^{er} janvier 2008.

Ils seront ensuite indexés en fonction de l'indice national de consommation médicale totale (moyenne sur les 3 dernières années) pour maintenir l'équilibre (avec pour objectif un rapport sinistres sur cotisations proche de 85 %), sauf si les résultats de cette assurance et l'évolution de la réglementation ne justifient pas une telle indexation.

Pour les employeurs ayant une activité définie à l'article L. 722-1-3° (à l'exception de l'Office national des forêts) et pour les rouisseurs-teilleurs de lin :

Le taux de la cotisation annuelle pour l'assurance complémentaire frais de santé est :

- égale à 1,14 % du plafond annuel de sécurité sociale, soit 31,53 € par mois au 1^{er} janvier 2008 ;
- réparti comme suit : 15 % à la charge des employeurs dans la limite d'un montant de 5 € par mois et 85 % à la charge des salariés.

Les taux de cotisations ci-dessus seront maintenus jusqu'au 30 juin 2011 et suivront sur cette période, si les résultats techniques le nécessitent (rapport sinistres sur primes supérieur à 95 %), l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale (sauf modifications législatives, réglementaires ou conventionnelles modifiant les prestations du régime obligatoire de l'assurance maladie).

Pour l'Alsace et la Moselle, les taux de la cotisation annuelle pour l'assurance complémentaire santé sont fixés à :

- 0,47 % du plafond annuel de sécurité sociale pour les entreprises définies à l'article L. 722-1-1° et 4°, les entreprises de travaux agricoles visées à l'article L. 722-1-2° (à l'exception des entreprises du paysage), ainsi que les coopératives d'utilisation de matériel agricole ;
- 0,89 % pour les entreprises définies à l'article L. 722-1-3° (à l'exception de l'Office national des forêts) et pour les rouisseurs-teilleurs de lin ;
- avec les mêmes répartitions que ci-dessus.

3. Collecte

Les cotisations sont collectées par les organismes désignés. Le recouvrement des cotisations peut être confié à la mutualité sociale agricole par les organismes assureurs selon les modalités définies entre eux et la mutualité sociale agricole.

4. Suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à complément de 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 ainsi que les garanties frais de santé peuvent continuer à être accordées, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante.

En cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident (toutes origines) 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 incapacité permanente professionnelle 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 prestations d'assurance complémentaire frais de santé est maintenu, les cotisations correspondantes continuant à être versées par l'employeur et le salarié normalement ;
- le bénéfice des garanties décès, incapacité permanente professionnelle est maintenu avec versement des cotisations correspondantes. Toutefois, en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident (toutes origines) les garanties sont maintenues sans versement de cotisation.

Article 9

Clause de réexamen

Le régime de prévoyance mis en œuvre par le présent accord fera l'objet d'une révision, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, pour permettre aux partenaires sociaux signataires d'en réexaminer, au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les conditions tant en matière de garantie que de financement et de choix des organismes assureurs.

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 à leur niveau atteint à cette date, dans l'hypothèse où les partenaires sociaux ne procéderaient pas à la désignation d'un nouvel organisme assureur.

En cas de changement d'organisme assureur, l'organisme concerné transférera au nouvel assureur les provisions mathématiques correspondant aux prestations en cours de service à la date de résiliation.

Ainsi, le nouvel assureur procédera au versement desdites prestations jusqu'à leur terme.

Les partenaires sociaux, en application de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, organiseront les modalités de la poursuite des revalorisations avec le nouvel organisme assureur et tous autres organismes pouvant assurer ce type de prestation.

Article 10

Accord de gestion spécifique et suivi du régime

Les modalités de mise en œuvre pratique des garanties prévues par l'accord font l'objet d'un protocole de gestion séparé qui définit entre les organismes assureurs désignés et les partenaires sociaux, notamment :

- la constitution d'une commission paritaire de suivi ;
- les réunions et le rôle de la commission paritaire de suivi ;
- la réalisation d'un bilan annuel sur les cotisations perçues, les frais de gestion, les prestations versées, les revalorisations instituées, les provisions constituées ;
- la transmission de données statistiques sur les entreprises et les salariés couverts.

Il est par ailleurs mis en place par les organisations professionnelles signataires un conseil paritaire de surveillance qui a pour mission de :

- faire le bilan des entreprises et salariés relevant du présent accord à partir des éléments transmis par les différents organismes assureurs désignés dans l'accord à leur commission paritaire de suivi ;
- faire un bilan annuel de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de prévoyance mis en place par l'accord ;
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime transmis par les commissions paritaires de suivi ;
- de vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions ;
- de consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés.

Le conseil paritaire de surveillance est composé de 3 représentants désignés par chaque organisation syndicale de salariés signataire de l'accord national 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 FNSEA. La commission peut inviter des représentants des organismes assureurs et toutes personnes jugées utiles.

Article 11

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 de 1 an à compter du préavis.

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

Fait à Paris, le 10 juin 2008.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

Assurance complémentaire frais de santé

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base MSA	REMBOURSEMENT accord national en % de la base de remboursement régime MSA
Frais médicaux:		
Consultations, visites, médecins ou spécialistes	70 %	30 %
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60 %	40 %
Massages, pédicures, orthophonistes	60 %	40 %
Orthoptistes, sages-femmes ..	60 %	40 %
Analyses, examens de laboratoire	60 %	40 %
Radiographie, électro-radiologie	60 %	40 %
Actes de prévention responsable	70 %	30 %
	De 35 à 70 %	De 30 à 65 %
Pharmacie	De 15 à 100 %	De 0 à 85 %
Optique:		
Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée ..	65 %	390 % + un crédit de 200 € par an
Dentaire:		
Prothèse acceptée	70 %	140 % + un crédit de 300 € par an
Frais de soins	70 %	30 %
Appareillage:		
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf prothèses auditives	65 %	35 %
Hospitalisation:		
(secteur conventionné ou non)		
Frais de soins et séjours	De 80 à 100 %	De 0 à 20 %
Dépassement d'honoraires ..	-	150 %
Chambre particulière	-	25 € par jour
Forfait hospitalier	-	100 % dès le 1 ^{er} jour

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base MSA	REMBOURSEMENT accord national en % de la base de remboursement régime MSA
Maternité: (secteur conventionné ou non)		
Frais de soins et séjours	100 %	-
Dépassement d'honoraires et chambre particulière	-	Crédit d'un tiers du PMSS/bénéficiaire/maternité

ANNEXE II

Groupement de coassurance des mutuelles de l'agriculture et de la mutuelle nationale de prévoyance

Alsace

Départements 67 et 68, MUT'EST, 11, boulevard Wilson, 67082 Strasbourg Cedex.

Aquitaine

Départements 24, 33, 40, 47 et 64, mutuelle OCIAE, 8, terrasse du Front-du-Médoc, Horizon 1, 33054 Bordeaux Cedex.

Auvergne

Département 03, ADREA mutuelle, 226, cours de la Libération, 38069 Grenoble Cedex 2.

Départements 43 et 63, EOVI mutuelle Drôme ARPICA, 5, rue Belle-Image, BP 1026, 26028 Valence Cedex.

Département 15, Union mutualiste santé vie, 9, rue de Metz, 31000 Toulouse.

Basse-Normandie

Départements 14, 50 et 61, PREVADIES, 143, rue Blomet, 75015 Paris.

Bourgogne

Départements 21 et 71, ADREA mutuelle, 226, cours de la Libération, 38069 Grenoble Cedex 2.

Département 58, SPHERIA Val-de-France, 16 rue des Grands-Champs, 45025 Orléans Cedex.

Département 89, PREVADIES, 143, rue Blomet, 75015 Paris.

Bretagne

Départements 22, 29, 35 et 56, PREVADIES, 143, rue Blomet, 75015 Paris.

Centre

Départements 18, 36, 37 et 41, Harmonie mutualité, 28, rue de Rennes, BP 21, 49010 Angers Cedex 01.

Départements 28 et 45, SPHERIA Val-de-France, 16 rue des Grands-Champs, 45025 Orléans Cedex 1.

Champagne-Ardenne

Départements 08, 10, 51 et 52, PREVADIES, 143, rue Blomet, 75015 Paris.

Franche-Comté

Départements 25, 39, 70 et 90, ADREA mutuelle, 226, cours de la Libération, 38069 Grenoble Cedex 2.

Haute-Normandie

Départements 27 et 76, PREVADIES, 143, rue Blomet, 75015 Paris.

Ile-de-France

Départements 75, 77, 78, 91, 92, 93, 94 et 95, Fédération mutualiste francilienne (FMP), maison de la mutualité, 24, rue Saint-Victor, 75250 Paris Cedex 05.

Paris - Ile-de-France

MNP UNPMF, 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon Cedex.

Languedoc-Roussillon

Départements 11 et 66, Les mutuelles via santé, 1, avenue Jules-Carsalade-du-Pont, BP 89921, 66866 Perpignan Cedex 9.

Département 30, ADREA mutuelle, 226, cours de la Libération, 38069 Grenoble Cedex 2.

Département 34, EOVI mutuelle Drôme ARPICA, 5, rue Belle-Image, BP 1026, 26028 Valence Cedex.

Département 48, Union mutualiste santé vie, 9, rue de Metz, 31000 Toulouse.

Limousin

Département 19, Union mutualiste santé vie, 9, rue de Metz, 31000 Toulouse.

Départements 23 et 87, EOVI mutuelle Drôme ARPICA, 5, rue Belle-Image, BP 1026, 26028 Valence Cedex.

Lorraine

Départements 54, 55, 57 et 88, PREVADIES, 143, rue Blomet, 75015 Paris.

Midi-Pyrénées

Départements 09, 12, 31, 32, 46, 81 et 82, Union mutualiste santé vie, 9, rue de Metz, 31000 Toulouse.

Département 65, mutuelle OCIANE, 8, terrasse du Front-du-Médoc, Horizon 1, 33054 Bordeaux Cedex.

Nord - Pas-de-Calais

Départements 59 et 62, APREVA, 2, boulevard Denis-Papin, 59000 Lille.

Pays de la Loire

Départements 44, 49 et 85, Harmonie mutualité, 28, rue de Rennes, BP 21, 49010 Angers Cedex 01

Départements 53 et 72, PREVADIES, 143, rue Blomet, 75015 Paris.

Picardie

Départements 02, 60 et 80, APREVA, 2 boulevard Denis-Papin, 59000 Lille.

Poitou-Charente

Départements 16 et 17, mutuelle OCIANE, 8, terrasse du Front-du-Médoc, Horizon 1, 33054 Bordeaux Cedex 17.

Départements 79 et 86, Harmonie mutualité, 28, rue de Rennes, BP 21, 49010 Angers Cedex 01.

Provence-Alpes-Côte d'Azur

Départements 04 et 05, ADREA mutuelle, 226, cours de la Libération, 38069 Grenoble Cedex 2.

Départements 13, 06, 2A et 2B, La mutuelle verte, 78, cours Lafayette, BP 521, 83041 Toulon Cedex 9.

Départements 83 et 84, EOVI mutuelle Drôme ARPICA, 5, rue Belle-Image, BP 1026, 26028 Valence Cedex.

Rhône-Alpes

Départements 01, 38, 69, 73 et 74, ADREA mutuelle, 226, cours de la Libération, 38069 Grenoble Cedex 2.

Départements 07, 26, 42 et 69, EOVI mutuelle Drôme ARPICA, 5, rue Belle-Image, BP 1026, 26028 Valence Cedex.

ANNEXE III

Coordonnées

AGRICAR, 21, rue de la Bienfaisance, 75732 Paris Cedex 08.

ANIPS, 8-10, rue d'Astorg, 75008 Paris.

UNPMF, 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon Cedex.

Annexe II Assurance complémentaire frais de santé non-cadre

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

modifié par l'avenant 1 du 30 mai 2013, l'avenant 2 du 22 janvier 2014, l'avenant 3 du 2 juin 2014, l'avenant 4 du 30 octobre 2015, l'avenant 5 du 30 juin 2016, l'avenant 6 du 13 février 2018 et l'avenant 7 du 3 octobre 2018.

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

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.

(Avenant n°3 du 2 juin 2014) « Cette assurance couvrira à titre obligatoire le salarié bénéficiaire et ses ayants droit tels que définis ci-après pour les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord. »

Article 3 – Durée et entrée en vigueur

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 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

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié ayant 3 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 définie 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

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, 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).
- Pour les salariés à employeurs multiples relevant du présent accord, le bénéficiaire sera affilié au titre d'un seul employeur. Sauf accord expresse 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 droit 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 bénéficient 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 1er 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 1er 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

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

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

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 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.

1. Taux de cotisations et répartition**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.

Régime optionnel supplémentaire

L'adhésion facultative au régime optionnel supplémentaire, défini dans annexe 2, entraîne une cotisation 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 maternité**

En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à 1 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 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 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 3 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 1 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. » (Avenant 3 du 2 juin 2014)

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 bénéficiaient 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 et prévoyance 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 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 10.

Article 10 – Adhésions individuelles volontaires

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 droit. 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 à Pôle emploi ne bénéficiant pas ou plus de la portabilité légale ainsi que, pour une durée maximale de 12 mois, les ayants droit d'un salarié décédé.
2. Les retraités ou préretraités et leurs ayants droit.

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 15 - 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.)

Annexe 1 : Tableau des garanties – Régime obligatoire

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT REGIME DE BASE		REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE (incluant le remboursement du régime de base)
	MSA Hors Alsace Moselle	MSA Alsace Moselle	Socle obligatoire
Frais médicaux			
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes et spécialistes (1)	70%	90%	200 % BR (Autres praticiens) 290 % BR (OPTAM / OPTAM CO)
Actes Techniques et dépassement d'honoraires (1)	70%	90%	200 % BR (Autres praticiens) 290 % BR (OPTAM / OPTAM CO)
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM...) (1)	70%	90%	200 % BR (Autres praticiens) 290 % BR (OPTAM / OPTAM CO)
Sages-femmes	70%	90%	290 % BR
Auxiliaires médicaux	60%	90%	290 % BR
Analyses médicales	60% ou 100%	90% à 100%	290 % BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	-	30 € par séance / 1 séance par an
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire
Pharmacie			
Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65% BR	90%	100 % BR
Médicaments à service médical rendu "modéré"	30% BR	80%	100 % BR
Médicaments à service médical rendu "faible"	15% BR	15%	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	-	Néant
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	-	Néant
Hospitalisation (conventionné ou non)			
Frais de séjour	80% à 100%	100%	100 % BR
Honoraire médical et chirurgical	80% à 100%	100%	100 % BR
Dépassements d'honoraires	-	-	100 % BR (Autres praticiens) ⁽¹⁾ 155 % BR (OPTAM / OPTAM CO)
Forfait Journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	-	100%	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €)	-	-	100 % FR
Hospitalisation (<i>hors</i> Chambre <i>maternité et psychiatrie</i>)	-	-	25 € / jour
particulière Maternité	-	-	25 € / jour
Psychiatrie	-	-	25 € / jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	-	15 € / jour
Frais accompagnant (moins de 16 ans)	-	-	Néant
Maternité ⁽²⁾	-	-	1/3 PMSS
Frais de transport	65%	65%	100 % BR
Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65% à 70%	65% à 90%	100% BR

Dentaire			
Soins Dentaires	70%	90%	200 % BR
Inlays et Onlays (acceptés par le régime de base)	70%	90%	200 % BR
Inlay Cores (acceptés par le régime de base)	70%	90%	200 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoprotées)	70%	90%	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire
Prothèses dentaires (refusées par le régime de base)	-	-	200 €/An
Parodontologie (refusée par le régime de base)	-	-	Néant
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70% à 100%	90% à 100%	220 % BR
Orthodontie (refusée par le régime de base)	-	-	200 €/An
Optique			
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) (3)			Tous les 2 ans
Monture seule	60%	90%	455 % BR
2 verres simples classe (a) (4)	60%	90%	60 % / 90 % BR + 220 €
2 verres complexes classe (b) (4)	60%	90%	60 % / 90 % BR + 350 €
2 verres très complexes classe (c) (4)	60%	90%	60 % / 90 % BR + 350 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) (4)	60%	90%	60 % / 90 % BR + 285 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) (4)	60%	90%	60 % / 90 % BR + 285 €
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) (4)	60%	90%	60 % / 90 % BR + 350 €
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0% à 60%	0% ou 90%	100 % BR + 100 € / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	-	Néant
Prothèse hors dentaire			
Prothèse auditive (hors entretien)	60%	90%	200 % BR + 300 €/An
Autres prothèses et petit appareillage	60%	90%	100 % BR
Gros appareillage	100%	100%	100 % BR
Fourniture médicale et pansement	60%	90%	100 % BR

Légende :

BR : Base de Remboursement

TM : Ticket Modérateur

OPTAM / OPTAM CO : Option de pratique tarifaire maîtrisée / Option de pratique tarifaire maîtrisée Chirurgie

Obsétrique

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

FR : Frais Réels

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)

(2) Dans la limite des frais réellement engagés

(3) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles
Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre ≤ + 4,00 dioptries

Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs

Verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries

(4) Y compris forfait monture

Annexe 2 : Tableau des garanties – Régime optionnel supplémentaire

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT RÉGIME DE BASE		REMBOURSEMENT OPTIONNEL (incluant le remboursement du régime du socle obligatoire)
	MSA Hors Alsace Moselle	MSA Alsace Moselle	
Frais médicaux			
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes et spécialistes (1)	70%	90%	200 % BR (Autres praticiens) Frais réels (OPTAM / OPTAM CO)
Actes Techniques et dépassement d'honoraires (1)	70%	90%	200 % BR (Autres praticiens) Frais réels (OPTAM / OPTAM CO)
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM...) (1)	70%	90%	200 % BR (Autres praticiens) Frais réels (OPTAM / OPTAM CO)
Sages-femmes	70%	90%	Frais réels
Auxiliaires médicaux	60%	90%	Frais réels
Analyses médicales	60% ou 100%	90% à 100%	Frais réels
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	-	-	30 € par séance / 3 séances par an
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire	0 € à 150 € / an / bénéficiaire
Pharmacie			
Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65% BR	90%	100 % BR
Médicaments à service médical rendu "modéré"	30% BR	80%	100 % BR
Médicaments à service médical rendu "faible"	15% BR	15%	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	-	Néant
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	-	Néant
Hospitalisation (conventionné ou non)			
Frais de séjour	80% à 100%	100%	100 % BR
Honoraire médical et chirurgical	80% à 100%	100%	100 % BR
Dépassements d'honoraires	-	-	Frais réels (OPTAM) ⁽¹⁾ 155 % BR (Autres praticiens)
Forfait Journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	-	100%	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €)	-	-	100 % FR
Chambre particulière	Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)		30 € / jour
	Maternité		55 € / jour
	Psychiatrie		30 € / jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	-	15 € / jour
Frais accompagnant (moins de 16 ans)	-	-	25 € / jour
Maternité ⁽²⁾	-	-	1/3 PMSS
Frais de transport	65%	65%	100% BR
Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65% à 70%	65% à 90%	100% BR + 200 €/An

Dentaire			
Soins Dentaires	70%	90%	Frais réels
Inlays et Onlays (acceptés par le régime de base)	70%	90%	200 % BR
Inlay Cores (acceptés par le régime de base)	70%	90%	200 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoprotégées)	70%	90%	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire
Prothèses dentaires (refusées par le régime de base)	-	-	400 € / an / bénéficiaire
Parodontologie (refusée par le régime de base)	-	-	Néant
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70% à 100%	90% à 100%	300 % BR
Orthodontie (refusée par le régime de base)	-	-	400 € / an / bénéficiaire
Optique			
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) (3)			Tous les 2 ans
Monture seule	60%	90%	60 % / 90% BR + 100 €
2 verres simples classe (a) (4)	60%	90%	60 % / 90% BR + 270 €
2 verres complexes classe (b) (4)	60%	90%	60 % / 90% BR + 450 €
2 verres très complexes classe (c) (4)	60%	90%	60 % / 90% BR + 550 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) (4)	60%	90%	60 % / 90% BR + 360 €
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) (4)	60%	90%	60 % / 90% BR + 410 €
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) (4)	60%	90%	60 % / 90% BR + 500 €
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0% à 60%	0% ou 90%	100 % BR + 300 € / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	-	Néant
Prothèse hors dentaire			
Prothèse auditive (hors entretien)	60%	90%	200 % BR + 650 € / an / bénéficiaire
Autres prothèses et petit appareillage	60%	90%	165 % BR
Gros appareillage	100%	100%	100 % BR
Fourniture médicale et pansement	60%	90%	100 % BR

Légende :

BR : Base de Remboursement

TM : Ticket Modérateur

OPTAM / OPTAM CO : Option de pratique tarifaire maîtrisée / Option de pratique tarifaire maîtrisée Chirurgie

Obstétrique

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

FR : Frais Réels

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

(2) Dans la limite des frais réellement engagés

(3) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles

Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre ≤ + 4,00 dioptries

Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs

Verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries

(4) Y compris forfait monture

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. »

Avenant n° 8 du 8 juillet 2020 à l'accord régional du 3 juillet 2009 instituant un régime d'assurance complémentaire frais de santé pour les salariés non-cadres des exploitations agricoles de Champagne-Ardenne

Entre :

La fédération régionale des syndicats d'exploitants agricoles (FRSEA) Grand Est ;

L'union régionale des syndicats des entrepreneurs des territoires de Champagne Ardenne ;

La fédération régionale des coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) de Grand Est,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

L'UPRA CFDT ;

La CFTC AGRI ;

La FNAF CGT ;

Le SNCEA CFE-CGC ;

La FGTA-FO,

d'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

La loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a créé un remboursement intégral d'un ensemble de soins dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire : cette offre est accessible à tous les Français disposant d'une complémentaire santé responsable.

La mise en place de cette réforme va se déployer par étape, jusqu'à mise en œuvre complète en 2021. Pour l'audiologie, l'optique et le dentaire, il existera plusieurs catégories de remboursement, dont une prévoira des équipements « offre 100 % santé » intégralement remboursée (assurance maladie obligatoire + complémentaire santé).

Afin de se mettre en conformité avec cette loi et ses textes réglementaires, les partenaires sociaux font évoluer à compter du 1^{er} janvier 2020, les montants des prestations complémentaires santé concernées (l'audiologie, l'optique et le dentaire) du régime conventionnel obligatoire, définies dans les annexes I et II de l'accord régional du 3 juillet 2009.

De plus, pour faciliter la lecture des garanties santé par les salariés assurés, conformément à la logique de la loi, une nouvelle présentation modifie les tableaux des garanties du régime conventionnel obligatoire et du régime optionnel.

Article 1^{er} | Modification des tableaux des annexes 1 et 2 de l'accord régional

Les tableaux de garanties figurant dans les annexes 1 et 2 de l'accord régional du 3 juillet 2009 sont supprimés et remplacés par le tableau joint à l'annexe 1 du présent avenant.

Article 2 | Entrée en vigueur et dépôt

Le présent avenant entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Il sera déposé à l'unité départementale de la Marne de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Grand Est.

Article 3 | Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Fait à Châlons-en-Champagne, le 8 juillet 2020.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Tableau des garanties

Prestations en vigueur au 01/01/2020	REGIME OBLIGATOIRE	REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE (incluant le remboursement du régime de base)	
	(à titre indicatif MSA hors Alsace Moselle)	Base	Option 1
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			
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 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			
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			
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 antipétosis, verres iséiconiques)	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
DENTAIRE			
SOINS			
Soins	70%	200% BR	Frais réels
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (10)		100 % santé	100 % santé
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
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			
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 :

Le 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) ;

L'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) ;

Pour 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 à 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