

Accord collectif départemental

**RÉGIME DE PRÉVOYANCE DES SALARIÉS NON CADRES
DES EXPLOITATIONS ET ENTREPRISES AGRICOLES
(Var)**

AVENANT N° 2 DU 1^{ER} OCTOBRE 2018
RELATIF À L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
POUR LES SALARIÉS NON AFFILIÉS À L'AGIRC

NOR : AGRS1997024M

Entre :

FDSEA du Var ;

FDCUMA du Var,

D'une part, et

SGA CFDT Côte d'Azur ;

Fédération CFTC-Agri ;

SNCEA CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Cet avenant a pour objet de mettre en conformité l'accord départemental du 4 décembre 2015 avec l'accord national du 10 juin 2008 révisé par les avenants n° 5 du 28 septembre 2016 et n° 6 du 17 avril 2018.

Article 1^{er}

Modifications apportées

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles signataires décident d'apporter les modifications suivantes :

L'article 6 « Bénéficiaires » est modifié ainsi :

« Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé, s'appliquent à tous les salariés relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC), bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois.

Sont donc exclus du dispositif frais de santé :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois. Pour ces salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé est assurée par le dispositif versement santé tel que défini dans l'article 8 du présent accord. »

L'article 8 « Assiette de calcul des cotisations » est remplacé par l'article 8 « Dispositif versement santé » qui suit :

« Article 8

Dispositif versement santé

Dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi n° 2013-504 du 14 juin 2013 généralisant la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé au plus tard au 1^{er} janvier 2016, et du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles décident de mettre en place le dispositif versement santé pour les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, dans les conditions définies ci-après.

Objet

Le dispositif versement santé permet à l'employeur de remplir son obligation de couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Bénéficiaires

Ce dispositif s'applique exclusivement aux salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Conditions

Pour bénéficier du versement santé les salariés doivent justifier auprès de leur employeur du bénéfice d'une couverture individuelle par un contrat de complémentaire santé responsable tel que défini à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et portant sur la période concernée.

Le salarié doit fournir à l'employeur un justificatif (attestation de l'organisme assureur, déclaration sur l'honneur...).

Le salarié ne peut pas cumuler le versement santé avec l'un des dispositifs suivants :

- la couverture maladie universelle – complémentaire (CMU-C) ;
- l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé (ACS) ;
- une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit ;
- ou une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Modalités :

Lors de la conclusion du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission, le salarié doit être informé par l'employeur :

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

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

À défaut d'attestation d'adhésion, le salarié doit remettre à l'employeur une copie de l'attestation de la carte de tiers payant santé (ou similaire) et s'engager à transmettre sous 21 jours (ou dans la limite de la date de fin du contrat de travail pour les contrats plus courts) l'attestation de l'assureur de l'adhésion à une complémentaire santé les justificatifs relatifs au bénéfice d'une couverture santé responsable dans un délai raisonnable fixé par l'employeur et au plus tôt le lendemain de l'embauche.

Le salarié ne justifiant pas du bénéfice d'un contrat responsable ne pourra pas prétendre au versement santé et ne sera pas couvert au titre de la couverture collective obligatoire.

Calcul du versement santé :

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

Cette participation patronale correspond à un montant mensuel équivalant à la contribution patronale de la couverture collective et obligatoire frais de santé majorée de 25 %. En tout état de cause, le montant de référence lié au versement santé ne peut être inférieur au seuil fixé annuellement par arrêté.

Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures mensuelles pour les salariés à temps partiel.

La participation patronale est exonérée de cotisations sociales dans les limites prévues par le code de la sécurité sociale mais entre dans l'assiette CSG-CRDS. »

L'article 9 « Assiette de calcul des prestations » est supprimé et son numéro mis en attente.

Le paragraphe 2 de l'article 16 « Mise en œuvre du principe de solidarité » est réécrit ainsi :

« En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation hors taxes de la couverture frais de santé en application du présent accord sera affecté au fonds de solidarité institué au niveau national pour participer au financement de ces mesures. Chaque année, les partenaires sociaux de la branche définissent les actions de solidarité prioritaires. »

L'annexe 1 « Dispositif frais de santé » est modifiée comme suit :

Le tableau des garanties est remplacé par le tableau ci-après, en annexe 1 du présent avenant.

Article 2

Entrée en vigueur, dépôt et demande d'extension

Le présent avenant entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant celui de la publication de son arrêté d'extension.

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

Fait à Hyères-les-Palmiers, le 1^{er} octobre 2018.

(Suivent les signatures)

ANNEXE 1

DISPOSITIF FRAIS DE SANTÉ

Accord agricole du Var

Salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC

Régime général à adhésion obligatoire du salarié

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

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

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

Hospitalisation chirurgicale et médicale, y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Hospitalisation chirurgicale et médicale	
Frais de séjour et fournitures diverses	100 % de la BR
Honoraires	100 % de la BR
Dépassement d'honoraires – signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	155 % de la BR
Dépassement d'honoraires – non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	100 % de la BR
Forfait journalier	100 % des frais réels par jour
Chambre particulière (hospitalisation & maternité), y compris forfait ambulatoire	55 euros par jour
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	100 % des frais réels
Hospitalisation à domicile	
Honoraires des médecins libéraux – signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	255 % de la BR
Honoraires des médecins libéraux – non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	200 % de la BR
Autres frais	100 % de la BR
Soins de ville (secteurs conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes – signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	100 % de la BR
Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes – non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	100 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité – signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	100 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité – non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	100 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	100 % de la BR

Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – non signataires OPTAM/ OPTAM-CO ⁽²⁾	100 % de la BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	100 % de la BR
Biologie médicale	100 % de la BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	100 % des frais réels
Pharmacie	
Frais pharmaceutiques remboursés par la SS ou la MSA	100 % de la BR
Vaccins non remboursés par la SS ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 40 euros
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac remboursé par la SS ou la MSA	0 € hors prescription médicale et 150 € par an et par bénéficiaire sur prescription
Frais de transport	
Frais de transport remboursé par la SS ou la MSA	100 % de la BR
Appareillage	
Orthopédie, prothèses auditives (+ piles et entretien) et prothèses diverses remboursées par la SS ou la MSA	100 % de la BR
Frais dentaires	
Soins dentaires remboursés par la SS ou la MSA : soins dentaires, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie	100 % de la BR
Inlays-onlays remboursés par la SS ou la MSA	125 % de la BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS ou la MSA : – couronnes, bridges et inter de bridges – couronnes sur implant – prothèses dentaires amovibles – prothèses dentaires transitoires – réparations sur prothèses – inlays-cores	210 % de la BR + 400 €/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la SS ou la MSA	160 % de la BR
Optique	
Limitation à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (1 équipement tous les ans)	
Verres remboursés par la SS ou la MSA	Cf. Grille optique détaillée
Monture remboursée par la SS ou la MSA	Adulte et enfant de 18 ans et + : 125 euros ; enfant – 18 ans : 125 euros
Lentilles remboursées ou non remboursées par la SS ou la MSA (y compris jetables)	455 % de la BR plus un forfait de 100 euros
Maternité	
Allocation naissance	1/3 PMSS/bénéficiaire
Prévention	
Actes de prévention hors fonds de solidarité	Pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat ⁽³⁾

Médecine alternative	
Acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, étio-pathie, homéopathe, méthode Mézières, microkinésithérapeute, nutritionniste, ostéopathe, pédicure, podologue, psychologue, psychomotricien, psychothérapeute, réflexologue, sophrologue	40 euros par consultation, dans la limite de 3 consultations par an et par bénéficiaire

Grille Optique détaillée

ADULTE ET ENFANT DE 18 ANS ET +	
Verres unifocaux	
Verre simple foyer sphérique	
Sphère de - 6,00 à + 6,00 (Codes LPP : 2203240, 2287916)	102 euros par verre
Sphère de - 6,25 à - 10,00 et sphère de + 6,25 à + 10,00 (Codes LPP : 2282793, 2280660, 2263459, 2265330)	113 euros par verre
Sphère HZ - 10 à + 10 (Codes LPP : 2235776, 2295896)	122 euros par verre
Verre simple foyer, sphéro-cylindrique	
Cylindre < + 4,00 et sphère de - 6,00 à + 6,00 (Codes LPP : 2259966, 2226412)	107 euros par verre
Cylindre < + 4,00 et sphère HZ < - 6,00 à > + 6,00 (Codes LPP : 2284527, 2254868)	119 euros par verre
Cylindre > + 4,00 et sphère de - 6,00 à + 6,00 (Codes LPP : 2212976, 2252668)	117 euros par verre
Cylindre > + 4,00 et de sphère HZ < - 6,00 ou > + 6,00 (Codes LPP : 2288519, 2299523)	130 euros par verre
Verres multifocaux	
Verre multifocal sphérique	
Sphère de - 4,00 à + 4,00 (Codes LPP : 2290396, 2291183)	121 euros par verre
Sphère HZ < - 4,00 ou > + 4,00 (Codes LPP : 2245384, 2295198)	135 euros par verre
Verres multifocal ou progressif, sphéro-cylindrique	
Quelle que soit la puissance de cylindre et sphère de - 8,00 à + 8,00 (Codes LPP : 2227038, 2299180)	133 euros par verre
Quelle que soit la puissance de cylindre et sphère HZ < - 8,00 à > + 8,00 (Codes LPP : 2202239, 2252042)	188 euros par verre
ENFANT - 18 ANS	
Verres unifocaux	
Verre simple foyer sphérique	
Sphère de - 6,00 à + 6,00 (Codes LPP : 2261874, 2242457)	172,50 euros par verre
Sphère de - 6,25 à - 10,00 et sphère de + 6,25 à + 10,00 (Codes LPP : 2243540, 2243304, 2297441, 2291088)	251 euros par verre

Sphère HZ – 10 à + 10 (Codes LPP : 2273854, 2248320)	312,50 euros par verre
Verre simple foyer, sphéro-cylindrique	
Cylindre < + 4,00 et sphère de – 6,00 à + 6,00 (Codes LPP : 2200393, 2270413)	172,50 euros par verre
Cylindre < + 4,00 et sphère HZ < – 6,00 à > + 6,00 (Codes LPP : 2283953, 2219381)	288 euros par verre
Cylindre > + 4,00 et sphère de – 6,00 à + 6,00 (Codes LPP : 2238941, 2268385)	255 euros par verre
Cylindre > + 4,00 et de sphère HZ < – 6,00 ou > + 6,00 (Codes LPP : 2245036, 2206800)	312,50 euros par verre
Verres multifocaux	
Verre multifocal sphérique	
Sphère de – 4,00 à + 4,00 (Codes LPP : 2259245, 2264045)	300 euros par verre
Sphère HZ < – 4,00 ou > + 4,00 (Codes LPP : 2238792, 2202452)	312,50 euros par verre
Verres multifocal ou progressif, sphéro-cylindrique	
Quelle que soit la puissance de cylindre et sphère de – 8,00 à + 8,00 (Codes LPP : 2240671, 2282221)	312,50 euros par verre
Quelle que soit la puissance de cylindre et sphère HZ < – 8,00 à > + 8,00 (Codes LPP : 2234239, 2259660)	312,50 euros par verre
<p>(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.</p> <p>(2) U « OPTAM/OPTAM-CO » remplace, à compter du 1^{er} janvier 2017, le CAS. Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/l'OPTAM-CO.</p> <p>(3) Les actes de prévention sont listés dans les conditions générales. À titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.</p> <p>BR : base de remboursement de la sécurité sociale/BRR : base de remboursement reconstitué/CAS : contrat d'accès aux soins/FR : frais réels/MR : montant remboursé par la sécurité sociale/MSA : mutualité sociale agricole/OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée/OPTAM-CO : option pratique tarifaire maîtrisée – chirurgie obstétrique/PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année/SS : sécurité sociale/TM : ticket modérateur (TM = BR – MR).</p> <p>Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la SS ou la MSA et tout autre organisme complémentaire.</p>	