Avenant n°5 du 12 novembre 2024 à l'accord du 22 juin 2009 sur une protection sociale complémentaire en santé de Vendée

(Code IDCC : 9851, 9852, 9853, 8535,7024)

Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités de la Vendée
ENREGISTRE LE 05 DEC. 2024
sous le n° 02/2024

Entre :

Les organisations professionnelles agricoles et syndicales de salariés ci-après :

D'une part,

- La Fédération Départementale des Syndicats d'Exploitants Agricoles (FDSEA) de la Vendée ; BD
- L'Union des Coopératives d'Utilisation de Matériel Agricole (CUMA) des Pays de la Loire, section Vendée ; DF
- VERDIR Pays de la Loire. BD

Et

D'autre part,

- Le Syndicat Général Agroalimentaire CFDT de Vendée (SGA CFDT 85) ; LH
- L'Union Départementale FO de Vendée ;
- Le SNCEA-CFE-CGC ; JQ
- La Fédération CFTC Agri ; DB
- L'Union Syndicale Régionale Agroalimentaire et Forestière CGT des Pays de la Loire. CR

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles ci-dessus désignées ont mis en place depuis le 22 juin 2009 un Accord départemental portant sur une protection sociale complémentaire en agriculture (frais de santé), en application des dispositions de l'accord national du 10 juin 2008.

Il est ici précisé que les garanties maintien de salaire, incapacité de travail et décès sont acquises aux salariés en vertu de l'accord collectif de prévoyance interbranche du 9 septembre 1999 consolidé.

De nouvelles négociations ont été engagées par les partenaires sociaux, afin d'adapter et de réviser, aux nouvelles obligations légales et réglementaires, l'Accord départemental du 22 juin 2009 et d'assurer une parfaite sécurité juridique au système de protection sociale complémentaire frais de santé en agriculture sur le département de Vendée.

Considérant les éléments qui précèdent et la nécessité, pour les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles, d'assurer la pérennité du régime mis en place par l'Accord départemental du 22 juin 2009, le présent avenant organise l'architecture de la couverture conventionnelle en matière de protection sociale complémentaire frais de santé des salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 dans les secteurs de la production agricole et des CUMA en Vendée.

Dans la mesure où le présent accord à vocation à s'appliquer essentiellement auprès de très petites entreprises, les partenaires sociaux estiment que ces dispositions leurs sont particulièrement applicables et que, par conséquent, ils répondent à l'obligation issue de l'article L2261-23-1 du code du travail.

ARTICLE A. Révision totale de l'Accord départemental du 22 juin 2009

Le présent avenant constitue un accord de révision au sens des articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du Code du travail.

LH CR JQ

DF BD DB

Les dispositions des articles 1 jusqu'à 11 ainsi que l'Annexe 1 du présent avenant, abrogent et remplacent en totalité les termes de l'Accord départemental du 22 juin 2009 sur une protection sociale complémentaire en Agriculture et de ses avenants, tels que définis par ses signataires.

Dès lors, les articles ci-après se substituent à l'intégralité des dispositions consolidées de l'Accord du 22 juin 2009.

«

Article 1. Champ d'application

Le présent accord s'applique aux salariés visés à l'article 4 du présent accord travaillant dans les exploitations ayant une activité de polyculture, d'élevage, de maraîchage et de cultures légumières, d'horticulture et de pépinières, de viticulture, de transformation, de conditionnement et de commercialisation des produits agricoles et dans les coopératives d'utilisation de matériels agricoles (CUMA) dont le siège social est situé sur le département de Vendée.

En cas de doute sur la délimitation de ce champ d'application, on retiendra :

- pour déterminer le champ d'application professionnel, l'activité principale de l'exploitation ou de l'entreprise ;

- pour déterminer le champ d'application territorial, le département du siège de l'établissement, représenté par des bâtiments d'exploitation, même si l'activité est exercée dans un département limitrophe.

Article 2. Durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Article 3. Suivi, révision et dénonciation de l'accord

Les organisations liées par le présent accord en assurent le suivi en commission paritaire réunie comme en matière de révision à l'exception de la forme recommandée avec avis de réception de la demande de réunion.

Le présent accord pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2261-7 à L. 2261-13 du Code du travail.

Le présent accord pourra être révisé conformément aux articles L. 2261-7 et L.2261-8 du Code du travail.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative d'une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ d'application de l'accord ou d'une ou plusieurs organisations professionnelles d'employeurs de la branche représentatives dans le champ d'application de l'accord, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux signataires.

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles représentatives se réunira alors dans un délai d'un (1) mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

Conformément à l'article L. 2261-9 du Code du travail, les parties signataires et/ou adhérentes au présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de trois (3) mois.

La dénonciation par l'une des parties signataires et/ou adhérente doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément à l'article L. 2261-9 du Code du travail.

LH CR SQ DB DF BD

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles représentatives se réunit alors dans un délai d'un (1) mois à compter de la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de trois (3) mois.

L'accord dénoncé continue donc à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un (1) an à compter de l'expiration du préavis de trois (3) mois.

Article 4. Salariés bénéficiaires

§1. Détermination des salariés bénéficiaires

Le présent accord s'applique aux salariés travaillant dans les exploitations et coopératives visées à l'article 1 et ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017.

Sont donc exclus du présent accord :

- Les techniciens, agents de maîtrise et cadres relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 ;
- Les VRP et les bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

§2. Dispense d'adhésion

Les caractères collectif et obligatoire du présent régime ne font pas obstacle, en l'état ce jour des dispositions des articles R. 242-1-6 et D 911-2 et suivants du code de la sécurité sociale et de l'accord national du 10 juin 2008, à la faculté du salarié, placé dans l'une des situations suivantes, d'être à son choix dispensé d'adhésion.

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 rapportant le cas échéant les justificatifs nécessaires :

- 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 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 la complémentaire santé solidaire (CSS). 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 en contrat à durée déterminée dont la durée du contrat de travail est inférieur à 3 mois et qui justifient avoir souscrit à une couverture respectant les conditions fixées à l'article L871-1 du code de la sécurité sociale ;
- Les salariés bénéficiant pour les mêmes risques, de prestations servies au titre d'un autre emploi, y compris en tant qu'ayant droit, au titre d'un des régimes suivants :

LH JQ NB
DF BD

- 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 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 issus de la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.
- Régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG).

La demande de ne pas cotiser doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du 1er mois qui suit celui de l'embauche. 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.

Dans tous les cas les employeurs des exploitations et entreprises agricoles doivent être en mesure de produire la demande de dispense et le cas échéant le justificatif des salariés concernés.

Cette demande de dispense comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix après réception de la part de l'employeur des documents d'information afférents.

§ 3. Portabilité à titre gratuit

Les salariés, dont les droits à remboursements complémentaires en application du dispositif frais de santé prévu par le présent accord ont été ouverts chez le dernier employeur, bénéficient des dispositions légales sur le maintien des garanties de protection sociale complémentaire en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions définies par les textes légaux et ce à compter de la date fixée par la loi.

Il est précisé que le maintien des garanties est applicable à compter de la date de rupture 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 consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois.

Pour bénéficier des prestations, le demandeur d'emploi bénéficiant du maintien des garanties doit fournir auprès de l'organisme assureur à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties l'ensemble des justificatifs demandés au salarié auxquels s'ajoute le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations demandées sont dues.

Article 5. Niveau des garanties du dispositif frais de santé

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles signataires du présent accord ont décidé d'établir un tableau de garanties frais de santé composé :-

- D'un niveau minimum obligatoire de garanties, dénommé : « SOCLE NIVEAU 1 » ;

- D'un niveau de garantie optionnel pour l'entreprise, dénommé « SOCLE NIVEAU 2 » ;

LH DB

- De deux (2) niveaux de garanties facultatives pour le salarié, dénommées : « OPTION 1 » et « OPTION 2 ».

§1. SOCLE NIVEAU 1 obligatoire

Les salariés visés à l'article 4§1 du présent accord bénéficient d'une assurance complémentaire frais de santé.

La nature et le montant des prestations du « SOCLE NIVEAU 1 » sont présentés dans le tableau annexé à l'accord en Annexe 1.

Les garanties « frais de santé » du présent accord sont exprimées :

- En pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article 4 du présent accord ou du Ticket Modérateur (TM) ;
- En pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Le cumul des prestations versées au bénéficiaire du présent dispositif (régime des assurances sociales agricoles et garantie complémentaire), ne peut excéder pour chaque acte les frais réels engagés par ces derniers.

Ces garanties sont conformes aux exigences des contrats dits « solidaires » et « responsables », notamment celles posées par l'article L. 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la sécurité sociale. 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.

Ces garanties sont également conformes à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et à l'article R 871-2 du code de la sécurité sociale sur le 100% santé.

§2. SOCLE NIVEAU 2 facultatif souscrit par l'entreprise

L'entreprise peut par décision unilatérale opter à titre purement facultatif pour ses salariés visés à l'article 4§1 du présent accord pour un niveau de garanties supérieur.

Cette extension de garanties relevant de la décision de l'employeur, il en assurera partiellement le financement dans les conditions de l'article 6§1 du présent accord.

La nature et le montant des prestations du « SOCLE NIVEAU 2 » sont présentés dans le tableau annexé à l'accord en Annexe 1.

§3. Garanties facultatives souscrites par le salarié

Les organisations liées par le présent accord ayant entièrement satisfaits à toutes les dispositions du I A de l'article 1er de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi en application des articles précédents, proposent dès lors et hors ce cadre légal, aux salariés ressortissants de l'accord de bénéficier, à titre purement facultatif, d'une extension de leur couverture « frais de santé » à leurs ayants droit ou de souscrire pour eux-mêmes ou leurs ayants droit, des garanties facultatives optionnelles en complément de celles prévues au §1 et au §2 de l'article 5.

De telles extensions ou options relevant de la seule décision du salarié, il devra en assurer la totalité du financement.

La nature et le montant des prestations de « OPTION 1 » et « OPTION 2 » sont présentés dans le tableau annexé à l'accord en Annexe 1.

Il est précisé que les salariés des entreprises ayant opté pour le SOCLE NIVEAU 2 facultatif peuvent opter pour les garanties facultatives « OPTION 2 ».

LH GR SQ DF BD DB

Article 6. Financement du dispositif frais de santé

§1. Cas général

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du « SOCLE NIVEAU 1 » frais de santé définies à l'Annexe 1 du présent accord, au titre du seul salarié, est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

- 50 % minimum à la charge de l'employeur ;
- 50 % maximum à la charge du salarié.

Si l'entreprise décide d'opter pour le « SOCLE NIVEAU 2 » frais de santé définies par l'Annexe 1 du présent accord, au titre du seul salarié, le financement de cette option est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

- 50 % minimum à la charge de l'employeur ;
- 50 % maximum à la charge du salarié.

Si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture « frais de santé » à ses ayants droit ou s'il souhaite souscrire des garanties facultatives optionnelles en complément de celles du « SOCLE NIVEAU 1 » ou du « SOCLE NIVEAU 2 » définies à l'Annexe 1, il devra en assurer la totalité du financement.

§2. Salariés à employeurs multiples

Le cas particulier d'un salarié travaillant régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord est régi comme suit :

Pour les garanties collectives complémentaires frais de santé, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. Cet employeur est celui chez lequel le salarié a été employé en premier, sauf accord exprès écrit entre les employeurs et le salarié.

Par ailleurs, le caractère collectif et obligatoire de la couverture frais de santé ne pourra être considéré comme respecté qu'à la condition que le salarié bénéficiant d'une couverture de complémentaire frais de santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi demande à être dispensé d'affiliation par écrit en produisant au moment de son embauche tous documents justifiant de la couverture souscrite par ailleurs.

Article 7. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisées

L'adhésion des salariés à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ; ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, y compris en cas d'activité partielle.

Si l'absence est inférieure à un (1) mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

Article 8. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisées

L'adhésion des salariés à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les trois (3) premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- Le congé sans solde ;
- Le congé sabbatique ;
- Le congé parental d'éducation à plein temps ;

LH DB

DP

- Le congé pour création d'entreprise ;
- Le congé de solidarité internationale ;
- Le congé de solidarité familiale ;
- Le congé d'enseignement ou de recherche.

Après cette période, lesdits salariés peuvent, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont ils relèvent à titre individuel à continuer de bénéficier de la garantie complémentaire santé sous réserve qu'ils s'acquittent seuls de l'intégralité de la cotisation au titre du contrat collectif concerné, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur.

Article 9. Portabilité loi Evin – Maintien des garanties aux ex-salariés et ayants droits

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « Loi Evin », et sous condition d'avoir bénéficié effectivement du dispositif frais de santé du présent accord, l'organisme assureur maintient cette couverture à titre individuel avec des garanties identiques à celles des salariés actifs, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit :

- Des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six (6) mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit (maintien prévu à l'article 4 §3) ;
- Des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze (12) mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois suivant le décès.

Conformément aux dispositions de l'article 1er du Décret n°90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables aux personnes visées aux alinéas précédents ne peuvent pas être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux correspondant à la part finançant la couverture du salarié actif.

Toutefois pour les contrats souscrits ou pour les adhésions intervenues à compter du 1er juillet 2017, conformément au Décret n°2017-372 du 21 mars 2017, les tarifs applicables en cas de maintien de la garantie frais de santé dans le cadre du dispositif prévu par la loi Evin sont soumis à un plafonnement progressif échelonné sur 3 ans. Ils ne peuvent être supérieurs, à compter de la date d'effet du contrat ou de l'adhésion :

- la première année, aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- la deuxième année, de plus de 25 % de ces tarifs ;
- la troisième année, de plus de 50 % de ces mêmes tarifs.

Cette adhésion est purement facultative. Elle est à la charge du seul bénéficiaire et n'emporte aucune obligation pour l'employeur en matière de cotisations ou de prestations.

Article 10. Mise en œuvre du principe de solidarité

Les exploitations et entreprises agricoles devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies à l'article 11 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1% de la cotisation Hors Taxes de la couverture frais de santé sera affectée au financement de ces mesures.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ci-après ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est

LH, JQ
DF BD DB

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.

Article 11. Dispositifs de prévention et d'action sociale

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 comprendre une ou plusieurs des actions suivantes

- Une action collective de prévention sur les troubles musculosquelettiques 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 aux articles 7 et 8.

»

ARTICLE B. Durée et entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension.

Dans l'hypothèse où la publication de l'arrêté d'extension de l'avenant n°5 du 12 novembre 2024 à l'accord du 22 juin 2009 sur une protection sociale complémentaire en santé ne serait pas intervenue à la date du 1er janvier 2025, les exploitants et les entreprises relevant du champ d'application adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes du présent accord l'appliqueront à la date du 1er janvier 2025.

Dans la même hypothèse, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application qui ne seraient pas adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes dudit avenant et par conséquent pas engagées elles-mêmes, auraient la faculté d'appliquer volontairement les dispositions de l'avenant n°5 du 12 novembre 2024 à l'accord du 22 juin 2009 sur une protection sociale complémentaire en santé, de telle manière que les salariés bénéficiaires au sens de l'article 4 du présent avenant, en profitent dès le 1er janvier 2025, plutôt que de relever successivement des termes de l'accord dans sa version antérieure, puis de ceux de l'accord tel qu'il est modifié par son avenant n°5.

ARTICLE C. Dépôt et publicité

La partie la plus diligente des organisations signataires du présent avenant le notifie à l'ensemble des organisations représentatives à l'issue de la procédure de signature.

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du Code du travail, un exemplaire du présent avenant sera déposé auprès de la direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités de Vendée (DDETS 85), ainsi qu'au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes du lieu de sa conclusion.

Une version sur support électronique est également communiquée à la DDETS du lieu de signature de l'avenant.

Les parties conviennent de solliciter l'extension du présent avenant.

Fait à la Roche sur Yon, le 12 novembre 2024

FDSEA de Vendée

Monsieur DEJINEAU Bertrand

Union des CUMA des Pays de la Loire,

Section Vendée

Monsieur DUVAL Frédéric

VERDIR Pays de la Loire

Monsieur DEJINEAU Bertrand

SGA CFDT 85

Madame Laure HUGOT

FO de Vendée

SNCEA-CFE-CGC

Monsieur Jean QUENTIN

CFTC Agri

Monsieur Dominique BOUCHEREL

USRAF - CGT des Pays de la Loire

Monsieur Emmanuel GRUAND

Annexe 1

CG AB JQ
CH BD DF

100% SANTE

	Régime obligatoire (RO)	Socle niveau 1	Socle niveau 1 + option 1 = Socle amélioré niveau 2	Socle niveau 1 + option 2 = Socle amélioré niveau 2 + option 2
		Régime obligatoire + Mutualia		
Soins courants				
Honoraires médicaux : consultations				
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	70%	100%	200%	400%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	70%	100%	180%	200%
Honoraires médicaux : actes techniques				
- Généralistes et spécialistes praticiens adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	70%	100%	170%	220%
- Généralistes et spécialistes praticiens non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	70%	100%	150%	200%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner				
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	70%	100%	170%	210%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	70%	100%	150%	190%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	100%	150%	200%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%	120%	180%
Médicaments				
- Médicaments pris en charge par le RO (y c vaccins)	15% à 100%	100%	100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO (patchs, gommes, pastilles	65%	100%	100%	100%
- Médicaments non pris en charge par le RO (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%) avec prescription	-	-	20 € / an	40 € / an
Matériel médical pris en charge par le RO, pansements et accessoires	60%	100%	200%	200%
Matériel médical pris en charge par le RO : Autre appareillage	60% à 100%	100%	200%	300%
Fauteuil roulant	60%	200%	200%	285% + 200 €
Transports pris en charge par le RO	55%	100%	100%	100%
Hospitalisation				
Honoraires médicaux et chirurgicaux				
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	80% à 100%	255%	255%	350%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	80% à 100%	200%	200%	200%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	100%	100%	100%
Chambre particulière avec nuitée	-	25 € / jour	77,19 € / jour	80 € / jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	25 € / jour	40 € / jour	40 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (2)	-	15 € / jour	28,59 € / jour	50€/jour (max 10 jours) puis 30€/jour
Hospitalisation en cas de maternité (3)	100%	33,33% PMSS	33,33% PMSS	40% PMSS
Optique (5)				
Equipements 100% santé (5)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (5)				
- Monture	60%	Adulte : 15 € - Enfant : 100 €	100 €	100 €
- Verres simples	60%	215 €	215 €	315 €
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe	60%	323 €	398 €	460 €
- Verres complexes ou très complexes	60%	430 €	580 €	600 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables)	0 à 60%	100% + 100 € / an	100% + 150 € / an	100% + 300 € / an
Autres prestations optiques 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Chirurgie réfractive	-	-	-	300 € / an / oeil
Dentaire (6)				
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé				
- Soins pris en charge par le RO	60%	100%	100%	100%
- Inlay et onlay pris en charge par le RO	60%	125%	200%	250%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé				
- Prothèses prises en charge par le RO	60%	210% + 300€ / an / bénéficiaire	210% + 350€ / an / bénéficiaire	630% + 400 € / an / bénéficiaire (y.c implantologie)
- Inlay core pris en charge par le RO	60%	125%	195%	-
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO	-	-	300 € / an	350 € / an
Orthodontie prise en charge par le RO	60% à 100%	160%	200%	300%
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	-	100 € / an	200 € / an
Parodontologie	-	-	80 € / an	100 € / an
Aides auditives (7)				
Equipements 100% santé (8)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (8)	60%	100%	1700 € / oreille	1700€ / oreille
Cures thermales prises en charge par le RO				
Soins, transport, hébergement : pris en charge par le RO	55 à 70%	100%	100%	100% + 150 € / an
Prévention (9)				
Actes de prévention pris en charge par le RO (10)				
- Prévention des caries pour les enfants	60%	100%	100%	100%
- Détartrage annuel dentaire	60%			
- Orthodontie dentaire	70%			
- Dépistage des troubles du langage pour les enfants	70%			
- Dépistage de l'hépatite B	70%			
- Dépistage auditif	70%			
- Autres actions de prévention prises en charge par le RO	70%			
Bien-être				
- Médecines douces (10)				
- Acupuncture	-	1 x 30€ / an	2 x 30€ / an	4 x 30€ / an
- Diététique	-			
- Etiopathie	-			
- Ostéopathie	-			
- Sophrologie	-			
- Vaccins prescrits	-	-	40 € / an	40 € / an
- Substituts nicotiniques	-	15 € / an	40€ / an	50 € / an
Assistance et services				
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui	Oui	Oui
Téléconsultation	-	Oui	Oui	Oui

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - FR : Frais Réels - RO : Régime Obligatoire - TM : Ticket Modérateur

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

Les taux de remboursement de la Sécurité Sociale sont mentionnés ci-dessous à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision réglementaire ou législative. Les taux indiqués s'appliquent aux tarifs de Base de Remboursement de Sécurité Sociale, dans la limite des frais engagés et sous réserve de remboursement par le Régime Obligatoire. Les garanties s'appliquent dans les limites des dispositions du contrat.

Les garanties sont responsables au sens des articles L.871-1 et R 871-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Par conséquent, la mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire ainsi que les franchises et majorations applicables en cas de non-respect du parcours de soins. Dans le cadre des actes de plus de 120 euros mis en oeuvre par des spécialistes, la participation forfaitaire est prise en charge par la mutuelle.

(1) Forfait journalier facturé par les établissements de santé, à l'exclusion de celui facturé par les établissements médicaux sociaux tels que définis réglementairement et repris dans le contrat
(2) Accompagnement de l'enfant de moins de 16 ans Prise en charge du lit et des repas
(3) Pour les dépassements d'honoraires et de chambre particulière en maternité, dans la limite des frais engagés
(4) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues Remboursement de la monture limité à 100 euros
(5) Equipements composés de 2 verres et une monture Limité à un équipement tous les deux ans. Tels que définis réglementairement et selon les conditions et modalités de prise en charge prévues dans le contrat
(6) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par le contrat
(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par le contrat
(8) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.
(9) Selon les modalités et conditions prévues au contrat
(10) Inscrits au répertoire ADELI ou amené à le remplacer Acupuncture exercée par un médecin une sage femme ou un chirurgien-dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement

DF BD
JQ CG AB
CH