



SANTÉ



PRÉVOYANCE

Guide Pratique de l'employeur

Convention Collective Régionale des entreprises
de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie

Salariés non cadres



SOMMAIRE

PRÉAMBULE	3
TITRE 1 • PRESENTATION DES GARANTIES	4
ARTICLE 1-1 GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	4
ARTICLE 1-2 GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	6
ARTICLE 1-3 GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE	7
ARTICLE 1-4 GARANTIE DÉCÈS	7
TITRE 2 • LA GESTION DES GARANTIES	9
ARTICLE 2-1 DÉCLARATION DES ENTRÉES ET DES SORTIES DE PERSONNEL	9
ARTICLE 2-2 LES PRESTATIONS	9
TITRE 3- LES COTISATIONS	10
ARTICLE 3-1 COTISATIONS GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	10
ARTICLE 3-2 COTISATIONS GARANTIES PRÉVOYANCE	10
ARTICLE 3-3 PAIEMENT DES COTISATIONS	10
ARTICLE 3-5 STATUT FISCAL ET SOCIAL DES GARANTIES	11
TITRE 4 • ACTION SOCIALE	12
ANNEXE 1 • TABLEAU DES GARANTIES	13
ANNEXE 2 • LISTE DES CONTACTS	15

P R É A M B U L E

Les partenaires sociaux de la convention collective régionale des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie du 3 juillet 1970 ont signé, le 27 janvier 2009, un accord relatif à la **mise en place d'un régime complémentaire de prévoyance**, et le 10 avril 2009 un accord relatif à la **mise en place d'un régime de frais de santé pour les salariés non cadres de la branche**.

Le régime frais de santé a fait l'objet d'une révision partielle par **avenant n°1 en date du 18 janvier 2011**, prenant effet au 1^{er} avril 2011.

Les partenaires sociaux ont désigné, comme assureur des garanties prévoyance et santé, l'institution de prévoyance **AGRI PRÉVOYANCE**, dont le siège social est situé 21 rue de la Bienfaisance, 75382 PARIS Cedex 08.

AGRI PRÉVOYANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM), sise 61 rue Taitbout 75009 PARIS.

Ces régimes sont mis en œuvre par AGRI PRÉVOYANCE dans le cadre d'un contrat collectif :

- à **adhésion obligatoire** pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application professionnel et territorial de la convention collective régionale des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie ;
- à **affiliation obligatoire** pour l'ensemble des employés et ouvriers, salariés de ces entreprises, tels que définis par ladite convention.

SANTE

AGRI PRÉVOYANCE délègue aux Caisses de Mutualité Sociale Agricole (MSA), dans le cadre d'une convention de gestion nationale, l'appel des cotisations et le règlement des prestations.

PREVOYANCE

AGRI PRÉVOYANCE délègue, dans le cadre de ladite convention de gestion nationale, l'appel des cotisations de l'ensemble des garanties prévoyance et le versement des prestations incapacité temporaire de travail aux Caisses de Mutualité Sociale Agricole. Le règlement des prestations incapacité permanente et décès est effectué par AGRICA pour le compte d'AGRI PRÉVOYANCE.

Ce guide vous permet de prendre connaissance des garanties de ce régime et des modalités de sa mise en œuvre au niveau de votre entreprise. Il se compose de quatre parties :

- le Titre 1 : présentation des garanties ;
- le Titre 2 : gestion des garanties ;
- le Titre 3 : cotisations ;
- le Titre 4 : action sociale.

La notice d'information qui accompagne ce guide doit, quant à elle, être remise à chacun de vos salariés.

TITRE 1 • PRÉSENTATION DES GARANTIES

Article 1-1

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

La garantie frais de santé a pour objet de compléter les prestations versées par le régime de base en matière de remboursement de frais de santé (frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation ...), dans la limite des frais réellement engagés.

1-1-1 • Les bénéficiaires

Les bénéficiaires de la garantie frais de santé, définis dans la convention collective régionale des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie du 3 juillet 1970, sont les suivants :

1. Le salarié, sous réserve qu'il ait acquis **six mois** d'ancienneté au cours des 24 derniers mois, dans des entreprises visées par la convention collective régionale des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie du 3 juillet 1970.

2. Les ayants-droit du salarié, à savoir :

- **son conjoint**, non divorcé, non séparé de droit ou de fait, résidant en France ;

Sont assimilés au conjoint :

- **Le cocontractant d'un PACS**, résidant en France ;
- **Le concubin**, résidant en France, justifiant de deux années de vie commune (cette condition n'est pas requise lorsqu'ils ont eu au moins un enfant en commun), sous réserve que le salarié ne soit ni marié ni pacsé.

- **ses enfants à charge** :

Par enfant, il faut entendre :

- les enfants du salarié (légitimes, adoptés ou reconnus) ;
- les enfants recueillis par le salarié et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;

- les enfants qui ont été élevés par le salarié pendant neuf ans au moins avant leur 16^{ème} anniversaire ;
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin aura été reconnue par le régime de base de Sécurité Sociale.

Sont considérés comme enfants à charge :

- tous les enfants âgés de moins de 18 ans ;
- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants, apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits au PÔLE EMPLOI et non indemnisés par le régime d'assurance chômage ;
- tous les enfants âgés invalides au sens de la législation sociale si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21^{ème} anniversaire.

1-1-2 • Affiliation et entrée en vigueur de la garantie

L'affiliation à la garantie frais de santé des employés et ouvriers, justifiant de 6 mois d'ancienneté dans des entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention collective au cours des 24 derniers mois, est **obligatoire**.

Cette affiliation prend effet :

- soit, dès la date de prise d'effet du régime si le salarié est déjà présent dans l'entreprise et qu'il remplit la condition d'ancienneté ;
- soit, le 1^{er} jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint l'ancienneté de 6 mois telle que définie ci-dessus.

La cotisation afférente à la garantie frais de santé est due à compter de la prise d'effet de l'affiliation du salarié.

Le régime ne prévoyant aucun délai de « carence », le droit à l'ensemble des prestations santé est ouvert au salarié et à ses ayants droit dès le 1^{er} jour de son d'affiliation.

1-1-3 • Montant de la garantie

La garantie frais de santé assure le remboursement des dépenses de santé consécutives à une maladie, une maternité ou un accident.

Ces remboursements sont réalisés après versement des prestations du régime social de base. Ils s'effectuent, poste par poste, conformément au tableau des garanties annexé ci-après.

Ils s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats dits « responsables », institué par l'Article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures.

En tout état de cause, ces remboursements ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés par l'assuré, après remboursements de toute nature auxquels il a droit.

1-1-4 • Cas d'affiliation facultative

Par dérogation au principe d'affiliation obligatoire de l'ensemble des employés et ouvriers justifiant de l'ancienneté requise, l'accord du 10 avril 2009 permet aux salariés relevant de l'une des catégories visées ci-dessous de choisir de ne pas être affiliés à la garantie frais de santé.

Ces catégories de salariés sont les suivantes :

- les bénéficiaires de la CMU- Complémentaire, pendant toute la durée de leur prise en charge au titre de celle-ci ;
- les bénéficiaires d'une couverture complémentaire obligatoire dans le cadre d'un autre emploi, tant qu'ils peuvent justifier annuellement de cette couverture obligatoire ;
- les travailleurs saisonniers et les salariés sous contrat à durée déterminée dont la durée du contrat de travail :
 - est inférieure à 12 mois ;
 - est supérieure ou égale à 12 mois et qui bénéficient d'une complémentaire santé par ailleurs ;
- les salariés à temps très partiel n'ayant qu'un seul employeur et les apprentis, dont la part de cotisation à leur charge représente 10% ou plus de leur rémunération brute.

Cependant, des modalités particulières peuvent être prévues à leur égard. Ainsi, dans les systèmes co-financés par l'employeur et le salarié, le caractère collectif n'est pas remis en cause lorsque, par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur prend en charge, pour les salariés à temps très partiel, l'intégralité de la cotisation due dès lors que la situation inverse conduirait le salarié à acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle, au moins égale à 10 % de sa rémunération ;

- les salariés dont le conjoint travaille dans la même entreprise, dans ce cas un seul des membres du couple peut être affilié en propre et l'autre en tant qu'ayant droit (souscription de l'extension famille).

Dans tous les cas, toute demande de dispense d'affiliation **écrite, accompagnée des justificatifs attestant de la situation**, doit vous être adressée chaque année par le salarié concerné.

Nous attirons toutefois votre attention sur les incidences que peuvent avoir la mise en œuvre de ces affiliations facultatives sur le traitement fiscal des cotisations affectées au financement de la garantie frais de santé.

C'est la raison pour laquelle, nous vous invitons à vous reporter aux dispositions relatives à ce sujet, prévues à l'article 3-5 du présent guide.

1-1-5 • Modalités d'affiliation et de modification de situation

Vos salariés doivent porter leur choix de souscription « isolé » ou « famille » pour la couverture santé sur leur bulletin d'affiliation.

En cas d'évolution ou de modification, par exemple la souscription à la garantie famille (demande d'extension familiale en raison de mariage, de la naissance d'un enfant...), vos salariés doivent compléter un nouveau bulletin en joignant les justificatifs.

Vous en conservez vous-même un double.

● Modalités de la demande d'extension familiale :

- annuellement :

au plus tard le 30 novembre de chaque année, par lettre à votre attention. Le conjoint ou les enfants sont alors admis dans l'assurance à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

- en cours d'année :

dans les 30 jours qui suivent l'évènement modifiant la situation familiale (mariage, décès...) ou modifiant la situation professionnelle du conjoint (embauche, licenciement...), par lettre à votre attention. Le conjoint ou les enfants sont alors admis dans l'assurance à compter du jour de l'évènement.

1-1-6 • Modalités de résiliation de l'option famille

- annuellement :

La résiliation annuelle est possible, par lettre remise à votre attention, au plus tard le 31 octobre de l'année.

La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

- en cours d'année :

la résiliation en cours d'année est possible, par lettre remise à votre attention, dans les trente jours qui suivent l'évènement modifiant la situation familiale (mariage, décès...) ou la situation professionnelle du conjoint (embauche, licenciement...).

La résiliation prend alors effet dès la survenance de l'évènement.

Vous devez informer la MSA de chaque décision.

Après toute résiliation, une nouvelle demande d'extension familiale ne peut intervenir au plus tôt qu'à l'expiration d'un délai de deux ans. Il ne sera dérogé à cette durée de deux ans qu'en cas de changement de situation familiale ou de modification de situation professionnelle du conjoint.

Article 1-2

GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Cette garantie assure aux salariés en arrêt de travail pour accident ou maladie, dûment justifié par prescription médicale, le versement d'indemnités journalières complémentaires à celles servies par le régime de base, au titre de l'Assurance Maladie.

1-2-1 • Bénéficiaires

Bénéficiaire de cette garantie :

- en cas d'accident du travail, de trajet et de maladie professionnelle ou de maladie et d'accidents de la vie privée, **l'ensemble** des salariés non cadres, à la condition de justifier d'une ancienneté de deux mois dans l'entreprise ou de six mois, continus ou non, dans la branche professionnelle, et ce, sur une période de douze mois ;
- l'ancienneté prise en considération pour l'ouverture du droit à l'indemnisation s'apprécie au premier jour de l'absence.

1-2-2 • Entrée en vigueur de la garantie

La garantie entre en vigueur :

- dès le 1^{er} jour d'arrêt indemnisé par le régime de base, en cas d'accident du travail, d'accident de trajet, ou de maladie professionnelle ;
- à compter du 8^{ème} jour d'arrêt indemnisé par le régime de base, en cas de maladie ou d'accident de la vie privée.

1-2-3 • Montant de la garantie

Les indemnités journalières complémentaires sont versées de sorte que le montant de l'indemnisation totale (indemnité du régime de base plus indemnité complémentaire) soit égal à 80 % du salaire brut tant que dure le versement des indemnités journalières du régime de base, que l'indemnisation résulte d'un accident du travail, de trajet, de maladie professionnelle ou de maladie ou accident de la vie privée.

L'indemnisation du salarié prévue ci-dessus ne peut avoir pour effet de servir au salarié une

indemnisation nette supérieure à sa rémunération d'activité.

La revalorisation des indemnités journalières complémentaires s'effectue selon les mêmes modalités que les indemnités journalières du régime de base.

1-2-4 • Maintien de la garantie

En cas de rupture du contrat de travail intervenant avant la fin de la période d'indemnisation, les indemnités journalières complémentaires continuent à être versées en complément des indemnités journalières du régime de base.

Article 1-3

GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE

Cette garantie assure le versement d'une **pension mensuelle complémentaire** à la pension ou à la rente servie par le régime de base, au titre de l'Assurance Invalidité ou de l'assurance Accidents du travail et Maladies professionnelles.

1-3-1 • Bénéficiaires

Les salariés bénéficient de la garantie incapacité permanente dès lors qu'ils perçoivent du régime de base :

- une pension d'invalidité de catégorie 1, 2 ou 3 ;
- une rente accident du travail pour un taux d'incapacité au moins égal à 2/3.

Les pensions complémentaires en cours de service à la date d'entrée en vigueur du régime, ou résultant d'un arrêt de travail à cette même date, continuent à être supportées par l'organisme antérieurement désigné. Seules les revalorisations sont effectuées par l'organisme assureur à compter de la date d'effet du régime, dans la mesure où elles ne le sont pas par l'organisme antérieurement désigné.

1-3-2 • Montant de la garantie

Le montant de la pension complémentaire porte l'indemnisation globale (pension ou rente du

régime de base plus pension complémentaire) à 80% du salaire brut du salarié.

Le salaire net pris en compte pour le calcul de la pension complémentaire correspond au douzième des salaires bruts perçus par le salarié au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail.

En tout état de cause, la pension complémentaire ne peut avoir pour effet de servir un revenu de remplacement net (pension ou rente du régime de base plus pension complémentaire) d'un montant supérieur à sa rémunération nette perçue avant l'incapacité permanente du salarié.

La revalorisation de la pension complémentaire s'effectue selon les mêmes modalités que celle du régime de base.

1-3-3 • Maintien de la garantie

Cette pension complémentaire est maintenue à l'intéressé aussi longtemps qu'il perçoit une pension ou une rente du régime de base.

Elle est suspendue si le régime de base suspend le versement de sa propre prestation.

Elle cesse, en tout état de cause, à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime de base.

Article 1-4

GARANTIE DÉCÈS

Cette garantie qui couvre le risque décès des employés et ouvriers en activité, quelle que soit leur ancienneté, comprend plusieurs prestations :

- un capital décès ;
- une rente éducation ;
- une indemnité frais d'obsèques.

Dans le cadre de la garantie décès, par « enfant », il faut entendre :

- les enfants du salarié (légitimes, adoptés ou reconnus, nés ou à naître) ;
- les enfants recueillis par le salarié et pour lequel la qualité de tuteur lui est reconnue ;
- les enfants qui ont été élevés par le salarié pendant neuf ans au moins avant leur 16^{ème} anniversaire ;

- les enfants dont la qualité d'ayant droit du conjoint aura été reconnue par le régime de base de sécurité sociale.

Sont considérés comme enfants « à charge » les enfants nés ou élevés :

- âgés de moins de 18 ans, quelle que soit leur situation ;
- âgés de 18 à 25 ans lorsqu'ils sont étudiants, apprentis, demandeurs d'emploi inscrits à PÔLE EMPLOI et non indemnisés par le régime Assurance Chômage ;
- reconnus invalides au sens de la législation des assurances sociales, quel que soit leur âge.

1-4-1 • Capital décès

● Bénéficiaires

Le capital est versé en priorité et en totalité au conjoint survivant non séparé de corps, à moins que le salarié ait fixé et notifié à AGRI PRÉVOYANCE une répartition entre son conjoint et ses descendants. Cette répartition ne peut toutefois réduire la part revenant au conjoint à moins de 50 % du capital.

En l'absence de conjoint survivant, le capital est versé aux descendants.

Il est précisé que le cocontractant d'un PACS est assimilé au conjoint non séparé de corps.

En cas d'absence de bénéficiaire prioritaire, le capital est attribué dans l'ordre suivant :

- aux bénéficiaires désignés par le salarié ;
- au concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune ;
- à ses héritiers.

CAS PARTICULIER :

En cas d'invalidité absolue et définitive (3^{ème} catégorie), constatée par le régime de base, interdisant au salarié toute activité rémunérée, et l'obligeant à être assisté d'une tierce personne pour les actes de la vie courante, le capital décès peut lui être versé, sur sa demande, de façon anticipée en 24 mensualités.

Le paiement anticipé du capital décès met fin à la prestation « capital décès ».

● Montant

Le montant du capital décès est égal à 100% de son salaire annuel brut.

Le salaire brut pris en compte est celui des 4 derniers trimestres civils précédant le décès.

Le montant de ce capital décès est majoré de 25% par enfant à charge au moment du décès. Il est également majoré de 50% pour le conjoint survivant non séparé de corps ou pour le cocontractant d'un PACS.

Les majorations familiales sont directement versées à l'enfant à charge si ce dernier est majeur, ou à son représentant légal, s'il est mineur.

Le montant minimum du capital est fixé à 8000 €.

1-4-2 • Rente éducation

● Bénéficiaires

Sous réserve pour le salarié décédé de justifier de 12 mois continus ou non d'affiliation à la garantie décès, chacun des enfants reconnus à sa charge, au jour de son décès, bénéficie d'une rente annuelle éducation.

Pour les enfants à charge de plus de 18 ans, le droit à la rente est soumis à la justification de la poursuite de la scolarité.

● Montant

En cas de décès du salarié, il est versé à chacun des enfants reconnus à sa charge au jour de son décès une rente annuelle éducation égale à :

- 4% du plafond annuel de la Sécurité Sociale par enfant âgé de 0 à 10 ans ;
- 8% du plafond annuel de la Sécurité Sociale par enfant âgé de 11 à 17 ans ;
- 11% du plafond annuel de la Sécurité Sociale par enfant âgé de 18 à 26 ans (s'il poursuit des études).

La rente éducation est versée directement à l'enfant s'il est majeur, ou à son représentant légal, s'il est mineur.

1-4-3 • Indemnité frais d'obsèques

● Bénéficiaires

En cas de décès d'un salarié, une indemnité frais d'obsèques est versée au bénéficiaire du capital décès ayant supporté les frais d'obsèques.

● Montant

Le montant de l'indemnité frais d'obsèques égal à 100% du plafond mensuel de Sécurité Sociale en vigueur au moment du décès.

1-4-4 • Exclusions de garantie

Pour toutes les prestations versées dans le cadre de la garantie décès, tous les risques décès sont couverts, à l'exception de ceux résultant de la guerre civile ou étrangère ou du fait volontaire du bénéficiaire.

Le décès résultant du suicide du salarié est couvert.

1-4-5 • Cessation de la garantie

La garantie décès cesse dès le 1^{er} jour du mois suivant :

- la rupture du contrat de travail, quelle qu'en soit la cause ;
- le décès.

La cotisation du mois, au cours duquel l'évènement est intervenu, reste due.

1-4-6 • Maintien de la garantie

En cas de rupture du contrat de travail, de non renouvellement ou de résiliation de l'accord collectif de prévoyance, la garantie décès est maintenue pour les salariés indemnisés au titre :

- de la garantie incapacité temporaire de travail ;
- de la garantie incapacité permanente.

TITRE 2 • LA GESTION DES GARANTIES

Article 2-1

DÉCLARATION DES ENTRÉES ET DES SORTIES DE PERSONNEL

C'est **auprès de la caisse de Mutualité Sociale Agricole (MSA)** que vous devez déclarer les entrées et les sorties de votre personnel.

Cette déclaration est valable pour le régime de base obligatoire et le régime complémentaire.

Lors du départ du salarié de l'entreprise, les cotisations du mois de départ sont dues et les garanties sont maintenues jusqu'au dernier jour du mois de départ.

Dès que vous avez connaissance de la date de départ d'un salarié de votre entreprise, il est indispensable de le signaler au plus vite en adressant à votre MSA (par fax ou courrier) l'« **AVIS de radiation** » déjà à votre disposition (ou à se procurer auprès de la MSA), à compléter avec vos coordonnées, celles du salarié concerné (Nom, prénom et numéro d'Assuré Social) ainsi que le **motif de la résiliation de son contrat de travail**.

Article 2-2

LES PRESTATIONS

● Gestion des prestations complémentaires frais de santé

En ce qui concerne le paiement des prestations Santé, la MSA rembourse conjointement la part obligatoire et la part complémentaire sans formalité particulière, exception faite des prothèses dentaires et de l'optique pour lesquels une facture devra être transmise à la MSA.

● Gestion des prestations incapacité temporaire complémentaire

Les indemnités journalières complémentaires sont versées, par la MSA, au même destinataire et simultanément aux indemnités journalières du régime de base et cela sans formalités supplémentaires.

Vous êtes informé de leur versement au moyen d'un bordereau trimestriel transmis par la MSA.

● Gestion des prestations incapacité permanente et décès

Les prestations incapacité permanente et décès sont réglées par AGRI PRÉVOYANCE.

Lors du décès d'un salarié, nous vous invitons à inciter la famille du défunt à contacter AGRI PRÉVOYANCE dans de brefs délais afin que les prestations « capital décès » et « rente éducation » puissent être payées rapidement au(x) bénéficiaire(s).

Concernant l'indemnité frais d'obsèques, le salarié doit contacter AGRI PRÉVOYANCE pour le versement de cette prestation.

TITRE 3 • LES COTISATIONS

Le financement des garanties du régime est assuré conjointement par l'employeur et le salarié.

Article 3-1

COTISATIONS GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

La cotisation de la garantie frais de santé est supportée par l'employeur et le salarié.

Le tableau ci-dessous récapitule cette répartition ainsi que le montant de la cotisation.

Cette répartition correspond au minimum prévu par la convention collective.

Tarif (en % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale) PMSS 2011 = 2946 €	Cotisation mensuelle	Part patronale	Part salariale
Isolé	1,102 % = 32,46 €	0,165 % = 4,86 €	0,937 % = 27,60 €
Famille (salarié ouvrant droit inclus)	3 % = 88,38 €	0,165 % = 4,86 €	2,835 % = 83,52 €

Juridiquement, il est possible pour votre entreprise, de prendre en charge un pourcentage plus élevé.

Article 3-2

COTISATIONS GARANTIES PRÉVOYANCE

Les cotisations servant au financement des garanties prévoyance sont assises sur la totalité des rémunérations brutes entrant dans l'assiette des cotisations du régime de base de Sécurité Sociale.

Leur montant est déterminé comme suit :

Garanties Prévoyance	Taux	Part employeur	Part salarié
Incapacité Temporaire de Travail	0,83 %	0,39 %*	0,44 %
Incapacité Permanente	0,40 %	0,31 %	0,09 %
Décès	0,42 %	0,32 %	0,10 %
Assurance des charges sociales	0,14 %	0,14 %	-
Total	1,79 %	1,16 %	0,63 %

* ces 0,39% représentent la couverture de la mensualisation légale.

Article 3-3

PAIEMENT DES COTISATIONS

Pour chaque garantie, vous devez prélever la part de cotisation due par le salarié, en l'indiquant sur son bulletin de salaire. Les cotisations à la charge du salarié sont déduites par l'employeur sur le bulletin de salaire sous une rubrique « prévoyance ».

L'employeur a la responsabilité du versement total des cotisations.

Chaque trimestre, la MSA, en tant que gestionnaire des garanties, appelle les cotisations correspondantes conjointement aux autres cotisations légales et conventionnelles.

Ainsi, pour chaque garantie et pour chacun de vos salariés, cet appel à cotisation indique le montant de la cotisation globalement due.

Pour la garantie frais de santé

Dans le cas particulier du salarié à temps partiel travaillant sur plusieurs entreprises, l'appel à cotisation est adressé à un seul de ses employeurs, choisi selon les critères suivants :

- l'employeur qui occupe de façon principale le salarié, c'est à dire à plus de 50% de son temps ;
- à défaut, le plus ancien employeur du salarié.

Pour tout problème concernant l'appel à cotisations, veuillez adresser un courrier à la MSA.

Article 3-4

STATUT FISCAL ET SOCIAL DES GARANTIES

- **Rappel sur les avantages sociaux et fiscaux des contrats santé et de prévoyance complémentaires**

Pour bénéficier des avantages sociaux et fiscaux visés au paragraphe 3.5.1, les contrats collectifs santé et de prévoyance complémentaires doivent respecter un certain nombre de règles. Notamment, seuls les contrats pour lesquels l'adhésion du salarié est **obligatoire** peuvent bénéficier de ces avantages.

Par exception à ce principe, les administrations sociales et fiscales autorisent, sans remise en cause du bénéfice des exonérations, des cas de dispense d'affiliation **pour certaines catégories de salariés définies, dans des conditions expressément prévus.**

Dans l'avenant n°1 à la convention collective régionale des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Haute-Normandie du 3 juillet 1970, les partenaires sociaux ont prévu des possibilités d'affiliation facultative au régime figurant à l'article 1-1-4.

3-4-1 • Statut fiscal et social des cotisations

● Statut fiscal

Les cotisations à un régime collectif obligatoire de prévoyance :

- sont déductibles du revenu imposable pour l'entreprise ;
- et n'entrent pas dans l'assiette pour le calcul de l'impôt sur le revenu pour le salarié, dans la limite d'une somme égale à 7% du montant annuel du plafond de la Sécurité Sociale, plus 3% de la rémunération brute annuelle retenue à concurrence de 8 fois le montant annuel du plafond de la Sécurité Sociale, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 3% de 8 fois le plafond de la Sécurité Sociale.

Elles sont soumises à la CSG-CRDS, comme n'importe quel élément de salaire, après abattement de 3%, à l'exception de la part de cotisation finançant l'obligation de maintien de salaire de 0,39%. Les cotisations patronales doivent donc être intégrées à l'assiette soumise à la CRDS et CSG payable par le salarié.

CSG prévoyance :

7,5% de 97% de (0,39% + 0,31% + 0,32%) – 0,39% soit de 0,63%

CSG santé :

7,5% de 97% de 4,86 € soit : 0,35 € (*)

CRDS prévoyance :

0,5% de 97% de (0,39% + 0,31% + 0,32%) – 0,39% soit de 0,63%

CRDS santé :

0,5% de 97% de 4,86€ soit : 0,02 € (*)

Enfin, pour les entreprises occupant plus de 9 salariés, la part de la cotisation Prévoyance financée par l'employeur, est soumise au paiement de la taxe de prévoyance de 8 % instaurée en 1996.

TCP prévoyance : 8% de 0,63%

TCP santé : 8% de 4,86 € soit : 0,39 € ()**

(*) : calculé sur la base du tarif 2011. Ce montant évolue en fonction du plafond mensuel de la sécurité sociale déterminé chaque année.

Cette part de cotisation est à déclarer auprès de la MSA.

● Statut social

Les cotisations patronales versées à un régime collectif obligatoire de prévoyance sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité Sociale à hauteur d'une fraction n'excédant pas un montant égal à la somme de 6% du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) et de 1,5% de la rémunération annuelle soumise à cotisation de sécurité sociale, sans que le total ainsi obtenu ne puisse excéder 12% de ce même plafond.

3-4-2 • Statut fiscal et social des prestations

● Statut fiscal

Exception faite des remboursements de la garantie Frais de santé et des capitaux décès, toutes les prestations sont soumises à l'impôt sur le revenu.

● Statut social

Seules sont soumises à cotisations de Sécurité Sociale les indemnités journalières complémentaires versées dans le cadre de la garantie incapacité de travail, au prorata de la contribution patronale.

En effet, les indemnités journalières correspondant à la part patronale de financement de la garantie incapacité de travail temporaire sont considérées comme ayant le caractère d'un salaire. Cette part des indemnités journalières est donc soumise à toutes les cotisations légales et conventionnelles.

Afin de vous éviter le calcul de ces cotisations sociales, la garantie incapacité de travail est complétée par l'assurance des charges sociales patronales.

Ces charges sociales dues sur les indemnités journalières complémentaires sont payées directement par AGRI PRÉVOYANCE à la Caisse de MSA sans autre formalité de votre part.

Les indemnités journalières sont servies nettes de cotisations ouvrières, mais également de CSG et de CRDS.

TITRE 4 • ACTION SOCIALE

Votre affiliation à AGRI PRÉVOYANCE vous donne accès à nos services d'action sociale.

Confrontés à une situation difficile, vous pouvez bénéficier d'une aide, notamment dans les cas suivants :

- accompagnement hospitalier ;
- aide à la famille (enfants en difficulté, placements, vacances...);
- dettes engendrées par un problème de santé ;
- réinsertion professionnelle suite à un accident du travail

Pour toute information, contactez le :

08 21 200 800 ou www.groupagric.com

Ce guide n'a qu'une valeur indicative, il est rédigé en fonction des paramètres juridiques actuellement existants.

Des modifications seront à prévoir face à une évolution juridique constante.

ANNEXE 1 • TABLEAU DES GARANTIES

GARANTIES	REGIME FRAIS DE SANTE ETAR DE HAUTE-NORMANDIE			
	Remboursements Régime de base ⁽¹⁾	Remboursements complémentaires ⁽¹⁾	Remboursements totaux ⁽¹⁾	Services d'assistance
SOINS COURANTS				
Honoraires de généralistes et spécialistes	70% BR(2)	230% BR(2)	300% BR(2)	Information par téléphone sur les adresses proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
Honoraires de médecine douce 4 pratiques médicales : acupuncture, homéopathie, chiropractie, ostéopathie	-	23€/consultation dans la limite de 4/an/famille	23€/consultation dans la limite de 4/an/famille	
Analyses biologiques, Auxiliaires médicaux, Radiologie et Actes techniques (3)	60 à 70% BR	30 à 40% BR	100% BR	Information par téléphone sur les laboratoires et centres de radiologie proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
Pharmacie	15 à 65% BR	TM	100% BR	4 portages de médicaments à domicile en cas d'immobilisation de plus de 5 jours
Pharmacie sur prescription non prise en charge par le régime de base	-	40€/an/famille	40€/an/famille	
Vaccins non pris en charge par le régime de Base	-	40€/an/famille	40€/an/famille	Information sur le calendrier des vaccins
PROTHESES				
Prothèses et appareillage (dont orthopédie) Part obligatoire 65% BR	65% BR	400% BR	465% BR	Informations par téléphone pour trouver le matériel. Organisation de la livraison
Part obligatoire 100% BR	100% BR	400% BR	500% BR	
Prothèses auditives	65% BR	390% BR + crédit 350€ par oreille(4)	455% BR + crédit 350€ par oreille(4)	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une prothèse de remplacement en cas de perte
OPTIQUE				
Forfait montures + lentilles	65% BR	175€/an	65% BR + 175€/an	Organisation et prise en charge de l'acheminement d'une paire de lunettes de remplacement en cas de perte. Service d'analyse et de conseil sur les devis optique
Forfait verres unifocaux	65% BR	182€/paire limité à 1 paire/an	65% BR + 182€/paire limité à 1 paire/an	
Forfait verres progressifs et multifocaux	65% BR	350€/paire limité à 1 paire par an	65% BR + 350€/paire limité à 1 paire par an	
Forfait optique	-	+50€ la 3 ^{ème} année si pas de conso. les 2 années précédentes	+50€ la 3 ^{ème} année si pas de conso. les 2 années précédentes	
DENTAIRE				
Soins dentaires	70% BR	30% BR	100% BR	Service d'analyse et de conseil sur les devis dentaire
Prothèses dentaires	70% BR	340% BR	410% BR	
Inlays core	70% BR	100% BR	170% BR	
Forfait parodontologique	-	100€/an	100€/an	
Forfait implantologie	-	200€/an	200€/an	
Orthodontie acceptée par le Régime de Base	100% BR	250% BR	350% BR	
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE				
Frais de séjour	80 à 100% BR	0 à 20% BR	100% BR	
Honoraires	80 à 100% BR	400% BR	480% à 500% BR	
Forfait journalier	-	FR	FR	
Chambre particulière	-	78€/jour limité à 60 jours/an	78€/jour limité à 60 jours/an	Remboursement complémentaire d'un éventuel reliquat sur les frais de lit d'accompagnant et de télévision. Remboursement des frais de transfert du téléphone du domicile sur celui de la chambre
Frais de lit d'accompagnant	-	52€/jour limité à 30 jours/an(5)	52€/jour limité à 30 jours/an(5)	
Forfait confort : prise en charge des frais de télévision et de téléphone	-	26€/an	26€/an	

ANNEXE 1 • TABLEAU DES GARANTIES (suite)

GARANTIES	REGIME FRAIS DE SANTE ETAR DE HAUTE-NORMANDIE			
	Remboursements Régime de base ⁽¹⁾	Remboursements complémentaires ⁽¹⁾	Remboursements totaux ⁽¹⁾	Services d'assistance
MATERNITE				
Honoraires	100% BR	200% BR	300% BR	Information par téléphone sur la santé, vie quotidienne, diététique, hygiène, vaccins. Orientation vers organismes spécialisés
Chambre particulière	-	52€/jour	52€/jour	
PSYCHIATRIE				
Frais de séjour	80 à 100% BR	0 à 20% BR	100% BR	
Honoraires	80 à 100% BR	200 à 220% BR	300% BR	
Forfait journalier	-	FR limité à 30 jours/an	FR limité à 30 jours/an	
POLYVALENTS				
Transport pris en charge sur prescription (sauf transport cure thermique)	65% BR	FR	FR	Communication d'adresses d'ambulanciers et organisation de la course
Forfait actes lourds « 18 euros »	-	18€	18€	
Forfait de confort en cas d'hospitalisation à domicile accepté par le Régime de Base (HAD)	-	52€/jour limité à 60 jours/an + Forfait prestations de services limité à 400€/an/famille	52€/jour limité à 60 jours/an + Forfait prestations de services limité à 400€/an/famille	Communication d'adresses de prestataires à domicile. Organisation et prise en charge de 20 jours de prestations de service dans la limite de 30h/an/contrat
Cures thermales : frais balnéaires acceptés	65% ou 70% BR	30 ou 35% BR + 150€/an	100% BR + 150€/an	

NB : les prestations des services assistance sont exprimées « à concurrence de ».

(1) Uniquement en secteur conventionné 1 et 2, praticiens et/ou établissements ;

(2) Les dépassements sur les consultations hors parcours ne sont pas pris en charge ;

(3) Y compris les actes de prévention « responsables » prévus par l'arrêté du 8 juin 2006 ;

(4) Un équipement tous les 3 ans et un réglage par an ;

(5) Y compris frais de lit d'accompagnant en maison de parents ou structure hôtelière agréée par l'établissement hospitalier.

BR : base de remboursement à partir de laquelle est calculé le remboursement obligatoire ;

TM : Ticket modérateur ; le ticket modérateur est la part financière qui reste à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie ;

FR : frais réels.

ANNEXE 2 • LISTE DES CONTACTS

Fédération MSA de Haute-Normandie

MSA de l'Eure

32 rue Politzer, 27036 EVREUX CEDEX

Tél : 02 32 23 43 43

Fax : 02 32 28 00 98

Site Internet : <http://www.msa-Haute-Normandie.fr>

MSA de la Seine-Maritime

Cité de l'Agriculture, 76236 BOIS GUILLAUME CEDEX

Tél : 02 35 12 70 70

Fax : 02 35 61 59 55

Site Internet : <http://www.msa-Haute-Normandie.fr>

AGRI PRÉVOYANCE
Groupe AGRICA

21, rue de la Bienfaisance
75382 Paris cedex 08
Tél. : 01 71 21 00 00
Fax : 01 71 21 00 01
www.groupagric.com

AGRI PRÉVOYANCE - institution de prévoyance régie par le Code Rural
Membre du GIE AGRICA GESTION - RCS Paris 493 373 682