

# Accord portant sur La couverture complémentaire frais de santé dans la Caisse Régionale Atlantique Vendée

## Préambule

Dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé, instituée par la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les entreprises doivent mettre en place une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais de santé. Auparavant, la Direction et les organisations syndicales de la Caisse Régionale avaient déjà mis en place, par accord collectif en date du 18 octobre 2007 prenant effet le 1<sup>er</sup> janvier 2008, et reconduit par accord en date du 28 septembre 2010, une couverture complémentaire frais de santé. Cet accord prenant fin le 31 décembre 2015, il a dès lors été convenu d'ouvrir les négociations afin d'établir un accord, répondant aux nouvelles exigences de la loi de sécurisation de l'emploi.

Mandatée par le Comité d'entreprise, la commission Mutuelle élargie aux organisations syndicales a travaillé, conjointement avec la Direction, sur l'étude technique préalable et un appel d'offre a été mené afin de définir un régime de complémentaire santé pour l'ensemble des salariés de la Caisse régionale Atlantique Vendée. Cet appel d'offre a été réalisé à partir d'un cahier des charges, offrant un niveau de prestations sur la base d'un contrat responsable. Un prestataire a été retenu à l'issue des soutenances de 5 soumissionnaires qui ont eu lieu les 15 et 16 septembre 2015.

Cet accord a pour objet de définir les modalités et les conditions d'application du régime de complémentaire santé.

Cet accord s'inscrit dans le cadre des nouvelles exigences légales et réglementaires actuellement en vigueur, issues notamment de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 et des décrets n°2012-25 du 9 janvier 2012, n°2014-786 du 8 juillet 2014, n°2014-1025 du 8 septembre 2014 et n°2014-1374 du 18 novembre 2014.

Entre les soussignés :

La Caisse régionale de Crédit agricole Atlantique Vendée, dont le siège est à Nantes, représentée par son Directeur Général, Monsieur Patrice CHERAMY,

Et les organisations syndicales représentatives :

CFDT, représentée par

SNECA-CGC représentée par *Philippe Porcel*

SUD-CAM, représentée par *Yohann TAQUEREAU*

Il a été convenu ce qui suit :

*Y.P.*

*PC*  
*ST*

## **Article 1 - Objet**

---

Le présent accord a pour objet d'instituer, en conformité avec les dispositions de la loi de sécurisation de l'emploi du 13 juin 2014, un régime obligatoire et collectif de protection sociale relatif au remboursement des frais de santé complémentaires. Cet accord vient en complément des régimes obligatoires de la Mutualité Sociale Agricole et de la Caisse Centrale de Prévoyance Mutuelle Agricole (membre d'AGRICA), garantissant les risques maladie, maternité, invalidité et décès.

## **Article 2 - Les bénéficiaires du régime complémentaire santé**

---

### **2.1 A titre obligatoire**

L'obligation d'adhésion revêt un caractère collectif et obligatoire à l'égard de tous les salariés de l'entreprise, quelle que soit la nature du contrat de travail.

Sont obligatoirement affiliés au régime de complémentaire prévoyance santé les salariés en CDI déjà présents au sein de la Caisse régionale Atlantique Vendée au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Seront obligatoirement affiliés au régime de complémentaire prévoyance santé tous les salariés embauchés en CDI à compter de cette même date.

L'affiliation est réalisée :

- au 1<sup>er</sup> jour du mois d'embauche ou au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant l'embauche si le salarié bénéficie déjà d'une couverture obligatoire jusqu'au dernier jour du mois d'embauche chez son précédent employeur ;
- jusqu'au dernier jour du mois de départ de la Caisse régionale.

Les salariés en contrat à durée déterminée se verront proposer l'adhésion au régime dès le premier jour de leur contrat de travail et quelle que soit la durée de celui-ci.

Les salariés sous contrat à durée déterminée ont la faculté de refuser d'adhérer au régime que leur propose la Caisse régionale sous conditions.

### **Cas des salariés dont le contrat est suspendu :**

Les salariés dont le contrat est suspendu pour quelque motif que ce soit restent affiliés à titre obligatoire.

Si la suspension du contrat est liée à une maladie, une maternité ou un accident, la contribution de l'employeur au financement de la cotisation est maintenue pendant toute la durée de la suspension.

Si la suspension du contrat est liée à un autre motif (congé convenance personnelle, création d'entreprise, CIF...), la contribution de l'employeur est maintenue pendant 6 mois. Au-delà, le salarié prend à sa charge l'intégralité de la cotisation due. Par exception, dans le cadre du congé parental d'éducation, la contribution de l'employeur est maintenue pendant 6 mois supplémentaires, soit 12 mois au total.

### **2.2 A titre facultatif**

Peuvent adhérer à titre facultatif au régime de complémentaire santé, sans participation de l'employeur :

- les conjoints, concubins ou pacsés des salariés bénéficiaires du régime ;
- les enfants de moins de 21 ans considérés comme ayants droit par la MSA ou la Sécurité Sociale de l'assuré, de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS, ou qui exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55% du SMIC. Cette limite d'âge est prorogé jusqu'à 28 ans pour les enfants qui poursuivent leurs études et bénéficient du régime des

Y.P. M<sub>2</sub> RP

étudiants. Sont assimilés à des étudiants les enfants qui poursuivent leurs études dans le cadre d'un contrat en alternance et bénéficient de revenus inférieurs à 55% du SMIC ;

- les enfants de l'assuré et de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS, quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés, sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21<sup>ème</sup> anniversaire ;

- les retraités, s'ils en font la demande dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties. L'organisme ou l'employeur adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire. Le montant de leurs cotisations est conforme à la loi Evin de 1989 et au Décret d'application du 30 août 1990 ;

- les ayants droit garantis d'un salarié décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès. L'employeur en informe l'organisme, qui adresse la proposition de maintien de la couverture à ces personnes, sans participation financière de l'employeur, dans le délai de deux mois à compter du décès.

### **Article 3 : Les cas de dispense d'affiliation**

---

En vertu des dispositions légales, rappelées par l'article R.242-1-6 du code de la sécurité sociale et par la circulaire ACOSS n° 2007-118, sont dispensés d'adhérer au régime de complémentaire santé, sans pour autant remettre en cause le caractère obligatoire et collectif du régime, les personnes suivantes :

-Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée initiale au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

-Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée initiale inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;

-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 ;

-Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 (CMUC) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. 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 devront justifier de leur dispense chaque année auprès de la DRH, dans le cadre de l'enquête annuelle sur la situation familiale des salariés ;

-Les salariés présents dans l'entreprise au 1<sup>er</sup> janvier 2008 justifiant de leur couverture par le régime obligatoire de leur conjoint sur la base d'un contrat à cotisation unique Famille à cette même date.

Cette justification devra être faite chaque année auprès de la DRH, dans le cadre de l'enquête annuelle sur la situation familiale des salariés.

Dans tous les cas, le salarié doit, pour pouvoir bénéficier d'une dispense, en faire une demande expresse à l'employeur. L'employeur doit ainsi être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés qui comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Les collaborateurs ci-dessus ayant choisi de ne pas adhérer au régime ne seront pas affiliés auprès de l'organisme assureur et ne bénéficieront pas de la participation de l'entreprise au financement de leur couverture.

Ces salariés pourront, à tout moment, revenir sur leur décision et solliciter par écrit leur adhésion au régime mis en place dans l'entreprise. Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le 1er jour du mois qui suit leur demande (sous réserve des dispositions du contrat d'assurance).

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser et d'adhérer au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

#### **Article 4 : Rupture du contrat et portabilité des droits**

---

Les salariés bénéficiaires du présent régime, ainsi que leurs ayants droit, auront droit au maintien, à titre gratuit, des garanties en vigueur dans l'entreprise en cas de rupture de leur contrat de travail, sauf en cas de faute lourde, ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, pendant une durée maximale de 12 mois, sous réserve de remplir l'ensemble des conditions fixées par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

Le financement du maintien de ces garanties est intégré dans les cotisations prévues au présent accord.

#### **Article 5 - Choix de l'organisme Assureur**

---

Les partenaires signataires ont retenu Crédit Agricole Assurances comme organisme assureur du régime complémentaire prévoyance frais de santé de la Caisse régionale Atlantique Vendée.

Un contrat responsable répondant aux dispositions de l'article L871-1 du code de la sécurité sociale et de la loi du 14 juin 2013, a été conclu avec Crédit Agricole Assurances et prend en charge les garanties désignées à l'article 6.

La Caisse régionale se réserve la possibilité de dénoncer le contrat conclu avec l'organisme assureur dans les conditions prévues par celui-ci, après en avoir informé les organisations syndicales.

#### **Article 6 – Garanties**

---

Les garanties dont disposent les salariés de la Caisse régionale sont exprimées dans le tableau des prestations annexé au présent accord.

Elles peuvent éventuellement être amenées à évoluer en fonction des décisions réglementaires en la matière.

Le suivi des garanties sera assuré par la Direction des Ressources Humaines.

#### **Article 7 - Financement du régime**

---

##### **7.1 Montant des cotisations brutes**

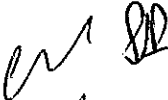
Les cotisations appelées par l'organisme assureur et finançant les garanties exposées sont exprimées mensuellement en Euros et sont valables du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de chaque année.

Leur éventuelle évolution sera appliquée en début d'année civile.

Pour information, le montant des cotisations 2016 est annexé au présent accord.

La cotisation est due par mois entier.

Y.P.

  
4

## **7.2 Abondement de l'employeur**

L'employeur participe directement au financement du régime de complémentaire santé obligatoire à hauteur de 50% de la cotisation « salarié seul » et ce, de manière uniforme, quelle que soit la catégorie professionnelle et indépendamment de la composition familiale.

Les ayants droit (conjoint, concubin, pacsé, enfants à charge) et les retraités ne bénéficient pas de la participation de l'employeur.

## **7.3 Part incombant au salarié**

Elle correspond à la partie restant due, après déduction de la participation de l'employeur, de la cotisation brute telle que fixée par le contrat groupe et figurant en annexe du présent accord.

Les cotisations restant à la charge du salarié après participation de l'employeur feront l'objet d'une retenue mensuelle obligatoire sur la rémunération des salariés par les soins de l'employeur sauf pour le salarié dont le contrat est suspendu et qui ne bénéficie plus de maintien de salaire.

Dans ce dernier cas et pour les ayants droit et retraités, l'organisme prestataire prélèvera directement les cotisations sur leur compte bancaire.

## **7.4. Régime social et fiscal de la contribution de l'employeur**

Conformément à l'article L137-15 du Code de la Sécurité Sociale, l'employeur s'acquittera du forfait social sur la contribution des employeurs versée au bénéfice des salariés pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance santé.

Par ailleurs, cette participation de l'employeur est réintégrée dès le 1<sup>er</sup> euro dans le revenu imposable du salarié (article 83 du code général des impôts).

## **Article 8 - Information des salariés et gestion administrative**

---

Les salariés seront informés de l'existence et du contenu du présent accord d'une part, par l'envoi d'une information généralisée et d'autre part, via la diffusion du texte de l'accord et des garanties complémentaires dans Chorale Doc, accessible par l'ensemble des salariés, à partir de leur poste de travail.



Les salariés seront informés au plus tard au mois de janvier de chaque année des évolutions éventuelles de garanties et de tarifs, par la mise à disposition dans Chorale Doc des éléments d'information dont dispose la Direction des Ressources Humaines.

Chaque bénéficiaire du présent accord se verra par ailleurs remettre la notice d'information du régime dont l'établissement incombe à l'assureur.

Les futurs embauchés bénéficiaires se verront remettre ce même document, accompagné des documents et informations nécessaires à leur affiliation, lors de l'embauche.

La gestion administrative du contrat Groupe est assurée par la Direction des Ressources Humaines. Elle fournit toutes les informations nécessaires au bon déroulement du contrat et est l'interlocutrice privilégiée des salariés et de l'organisme assureur pour toutes les questions relatives au régime mis en place.

Y.P.

## Article 9 - Suivi de l'accord

---

Le suivi de l'application du présent accord et du contrat groupe sera présenté au Comité d'Entreprise une fois par an.

## Article 10 - Durée de l'accord

---

Cet accord prend effet au 1<sup>er</sup> janvier 2016 et est conclu pour une durée déterminée de 3 ans. Il prendra fin le 31 décembre 2018.

Il cessera de produire tous ses effets à compter de sa date d'expiration. En aucun cas et pour quelque motif que ce soit, l'accord ne pourra continuer à s'appliquer au-delà du terme prévu.

Les parties signataires conviennent d'ouvrir la négociation pour la conclusion d'un nouvel accord complémentaire frais de santé dans les 6 mois précédant l'échéance du présent accord.

## Article 11 – Révision de l'accord

---

Cet accord pourra être révisé par l'une des parties moyennant un délai de prévenance de 2 mois. La partie qui souhaite réviser tout ou partie de l'accord devra en informer les autres parties par simple courrier en précisant les modifications proposées.

## Article 12- Dispositions finales

---

Conformément à la loi, cet accord sera déposé à la Direction Départementale du Travail et de l'Emploi à l'initiative de la Direction et aux Greffes du Conseil des Prud'hommes.

Les modalités d'enregistrement et de publicité des avenants éventuels au présent accord seront identiques à celles de l'accord lui-même.

Fait à Nantes le 17 décembre 2015

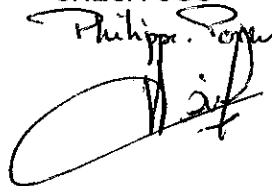
Le Directeur Général de la Caisse Régionale  
de Crédit Agricole Atlantique-Vendée  
P.CHERAMY

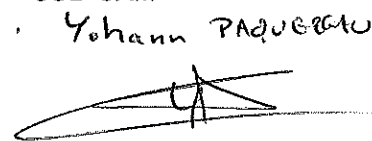


Le Délégué Syndical  
CFDT

Le Délégué Syndical  
SNECA-CGC

Le Délégué Syndical  
SUD-CAM

Philippe Pignatelli  


Yohann PAQUEAU  


Tarifs avec couverture des ayants droit facultative :

Bénéficiaire	SOCLE Obligatoire Tarif brut en euros
Isolé	64,39 €
Isolé + 1 enfant	81,61 €
Couple	93,27 €
Couple + 1 enfant	110,51 €

\* Seuls le premier enfant est payant, l'adhésion est gratuite pour le 2<sup>nd</sup> enfant et les suivants

Y.P.



PP

Actes	Assuré	Socle obligatoire
<b>SOINS DE VILLE</b>		
Honoraires (consultations et actes techniques dont radiologie) : médecins non signataires du contrat d'accès aux soins (généralistes, spécialistes)	BR	225% puis 200% en 2017
Honoraires (consultations et actes techniques dont radiologie) : médecins signataires du contrat d'accès aux soins (généralistes, spécialistes)	BR	Frais réels
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kiné...	BR	100%
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	BR	100%
Examens de laboratoires	BR	100%
<b>PHARMACIE SELON SMR</b>		
Pharmacie remboursée à 65%	BR	100%
Pharmacie remboursée à 30%	BR	100%
Pharmacie remboursée à 15%	BR	100%
Pharmacie prescrite non remboursable par le RO	Euros	50 € / an
<b>HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE</b>		
Honoraires hospitaliers : médecins non signataires du CAS	BR	225% puis 200% en 2017
Honoraires hospitaliers : médecins signataires du CAS	BR	245%*
Forfait journalier hospitalier	FR	Frais réels
Frais de séjour	BR	100%
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	BR	100%
Chambre particulière	Euros	60 € / jour
Chambre particulière en ambulatoire	Euros	15 € / jour
Frais d'accompagnant	Euros	35 € / jour
<b>MATERNITE</b>		
Soins, honoraires, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique	BR	100%
Chambre particulière	Euros	60 € / jour
Indemnité de naissance	Euros	153 €
<i>*Garanties ajoutée afin de respecter les contraintes du contrat responsable</i>		
<i>Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale</i>		
<b>OPTIQUE (Sécurité Sociale exclue)</b>		
Equipelement verres simples	BR	430 €
Equipelement verres complexes	BR	710 €
Equipelement verres hypercomplexes	BR	810 €
Dont monture	BR	140 €
Lentilles		
En € / an pour les deux yeux, y compris jetable, un prix est chargé systématiquement dans le cas de lentilles remboursées par la C.S.S.	BR	160 € / an
Opération de chirurgie réfractive cornéenne	BR	300 € / an
<i>* Modification ajoutée afin de respecter les contraintes du contrat responsable</i>		
<i>Les forfaits s'entendent remboursement de la Sécurité Sociale exclu dans la limite d'un équipement tous les deux ans, pour les paires de</i>		
<i>(1) Verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00</i>		
<i>(2) Verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ou verre</i>		
<i>(3) Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif</i>		
<b>DENTAIRE</b>		
Soins	BR	100%
Prothèses remboursables par le RO	BR	450%
Prothèses non remboursables par le RO	BR reconstituée	100%
Orthodontie acceptée par le RO	BR	350%
Orthodontie refusée et parodontologie non remboursée	FR	50% Frais réels maxi 750 € / an
Implantologie	FR	50% Frais réels maxi 750 € / an
<i>Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale</i>		
<b>APPAREILLAGES ET ACCESSOIRES MEDICAUX</b>		
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le RO	BR	150%
+ Forfait supplémentaire prothèse capillaire	Euros	230 € / an
+ Forfait supplémentaire prothèse mammaire externe	Euros	23 € / prothèse
+ Forfait grand appareillage	Euros	1 000 € / an
Prise en charge du lit médicalisé et du fauteuil roulant		
Prothèses auditives	BR	100%
+ Forfait supplémentaire achat prothèses auditives		
Prise en charge limitée par année civile et par bénéficiaire à 1 000 € en stéréo et 500 € en mono	Euros	1 000 €
<b>CURES THERMALES</b>		
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	BR	100%
+ Forfait supplémentaire	Euros	100 €
<i>Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale</i>		
<b>MEDECINE DOUCE</b>		
Ostéopathie, acupuncture, diététicien, étiopathie, chiropractie, podologie / pédicure, shiatsu, réflexologie, sophrologie, phytothérapie, naturopathie, micro kinésithérapie		40 €
En € / séance	Euros	Limité à 4 séances / an
<i>Uniquement praticiens rattachés à une fédération reconnue - détail dans les CG</i>		
<b>CONTRACEPTION FEMININE</b>		
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le RO	Euros	100 € / an
<b>PREVENTION</b>		
Ostéodensitométrie	Euros	60 € / an
Equilibre alimentaire, diététique	Euros	60 € / an
Vie sans tabac - Sevrage tabagique	Euros	60 € / an
Vaccin anti grippe	FR	Frais réels
Autres vaccins	Euros	25 € / an
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13/08/2004	BR	100%
<b>OBSEQUES</b>		
Indemnité obsèques	Euros	305 €
<b>ASSISTANCE</b>		
Garanties d'assistance pour la France métropolitaine		Incluses

40.  
BR