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.
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 1er janvier 2008, une couverture complémentaire frais de santé. Cette couverture complémentaire frais de santé a fait l'objet d'un nouvel accord au 1er janvier 2016 afin de répondre aux nouvelles exigences de la loi de sécurisation de l'emploi.

Cet accord prenant fin au 31 décembre 2018, les parties ont convenu de le reconduire dans ses principales dispositions portant sur les modalités et les conditions d'application du régime de complémentaire santé.

Il a donc été convenu entre les soussignés :

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

Et les organisations syndicales représentatives :

CFDT, représentée par

SNECA-CGC représentée par Corinne DENIS

SUD-CAM, représentée par Yohann RAQUEREAU

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 - Objet

Le présent accord a pour objet de renouveler et de pérenniser, en conformité avec les dispositions de la loi de sécurisation de l'emploi du 13 juin 2014, le 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 1er janvier 2019.

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 1er jour du mois d'embauche ou au 1er 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 du travail ou maladie professionnelle, 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

YP 09

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 21ème 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 justifiant de leur couverture par le régime obligatoire de leur conjoint sur la base d'un contrat à adhésion obligatoire des membres de la famille.
Le salarié qui se trouve couvert par le régime de son conjoint en qualité d'ayant droit peut faire valoir sa dispense d'adhésion à tout moment, indépendamment de la date à laquelle sa situation vient à le faire bénéficier d'une autre couverture que celle de son entreprise.

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

-Quelle que soit leur date d'embauche, les salariés déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé .Cette dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance de leur contrat individuel.

YP SD

Dans tous les cas, le salarié doit, pour pourvoir 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

La Caisse régionale a 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.

En cas de dénonciation du contrat, un appel d'offres sera organisé par la Caisse régionale. Cet appel d'offres sera mené conjointement par le Service Achats et la Direction des Ressources Humaines. Les organisations syndicales ainsi que les représentants des amicales des retraités seront associés à cet appel d'offres.

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.

YP 09

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 1er janvier au 31 décembre de chaque année.
Leur éventuelle évolution sera appliquée en début d'année civile.
Pour information, le montant des cotisations 2019 est annexé au présent accord.
La cotisation est due par mois entier.

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 1er 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.

YP SD

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.

Article 9 - Suivi de l'accord

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

Article 10 - Durée de l'accord

Cet accord prend effet au 1er janvier 2019 et est conclu pour une durée indéterminée.

Article 11 – Dénonciation de l'accord

Cet accord pourra être dénoncé par l'une des parties moyennant un délai de prévenance de 3 mois. La partie qui souhaite dénoncer l'accord devra en informer les autres parties par lettre simple. Cette dénonciation donnera donner lieu à dépôt conformément à l'article L. 2231-6 du code du travail

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.

Cet accord sera publié dans la base nationale des accords collectifs de manière anonyme et en version complète.

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 7 décembre 2018

Le Directeur Général Adjoint de la Caisse Régionale de Crédit Agricole Atlantique-Vendée	Le Délégué Syndical CFDT	Le Délégué Syndical SNECA-CGC	Le Délégué Syndical SUD-CAM
Yves SCHWARTZ		Corinne DENIS	Yohann TAQUEREAU

YP

CD

Tarifs avec couverture facultative des ayants droit :

Cotisation selon la situation familiale	Cotisations 2019
Salarié	68,33 €
Salarié + Enfant(s)	89,75 €
Couple	103,21 €
Couple + Enfant(s)	124,63 €

Garanties y compris RO	Assiette	Garanties 2019
SOINS MÉDICAUX COURANTS		
Honoraires (consultations, visites généralistes et spécialistes)	-	
Médecins généralistes CAS	BR / Acte	400% BR
Médecins généralistes non CAS	BR / Acte	200%
Médecins spécialistes CAS	BR / Acte	400% BR
Médecins spécialistes non CAS	BR / Acte	200%
Honoraires (actes techniques et radiologie)	-	
Médecins CAS	BR / Acte	400%
Médecins non CAS	BR / Acte	200%
Auxiliaires médicaux	BR / Acte	100%
Analyses et examens médicaux remboursés par la Sécurité sociale	BR / Acte	100%
Transport remboursé par la Sécurité sociale	BR / Acte	100%
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale 65% et 30%	BR / Acte	100%
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale 15%		100%
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale	Euros / An	90% des frais réels par acte limité à 150€
Vaccin anti grippal	FR / Acte	
Autres vaccins	Euros / An	
Sevrage tabagique	Euros / An	
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par la Ss	Euros / An	
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, PSYCHIATRIE ET HOSPITALISATION À DOMICILE		
Frais de séjour en établissements conventionnés et non conventionnés	BR / Acte	400%
Honoraires en établissements conventionnés et non conventionnés	-	
• Médecins CAS	BR / Acte	400%
• Médecins non CAS	BR / Acte	200%
La franchise hospitalière (actes lourds supérieurs à 120 €)	FR / Acte	100% des frais réels
Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)	FR / Jour	100% des frais réels
Chambre particulière / hospitalisation - limité à 60 jours par an	€ / Jour	60 €
Chambre particulière / ambulatoire - limité à 60 jours par an	€ / Jour	15 €
Frais d'accompagnement / hospitalisation (limité à 60 jours - enfant de -16 ans et ascendant de +70 ans)	€ / Jour	35 €
HOSPITALISATION MATERNITE		
Frais de séjour en établissements conventionnés et non conventionnés	BR / Acte	400%
Honoraires en établissements conventionnés et non conventionnés	-	
• Médecins CAS	BR / Acte	400%
• Médecins non CAS	BR / Acte	200%
La franchise hospitalière (actes lourds supérieurs à 120 €)	FR / Acte	100% des frais réels
Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)	FR / Jour	100% des frais réels
Chambre particulière / hospitalisation - limité à 60 jours par an	€ / Jour	60 €

DENTAIRE		
Plafond dentaire	€ / An	3 000 €
Actes remboursées par la Sécurité sociale	-	
▪ Consultations et soins dentaires	BR / Acte	100%
▪ Inlays-onlays	BR / Acte	450%
▪ Prothèses dentaires	BR / Acte	450%
▪ Orthodontie	BR / Acte	350%
Parodontologie		100% + 200 €
Actes non remboursées par la Sécurité sociale	-	
▪ Prothèses dentaires	BRR / Acte	500 €
▪ Implantologie	Euros / An	750 €
▪ Orthodontie	Euros / An	500 €
▪ Parodontologie		500 €
OPTIQUE		
Plafond équipement lunettes (1 équipement (2 verres + 1 monture) tous les 24 mois entre 2 achats pour les adultes sauf en cas de modification de la vue ou pour les enfants, limité à un équipement tous les 12 mois entre 2 achats		
Equipement lunettes	-	
▪ Verre simple (par verre)	Euros / Verre	125 €
▪ Verre complexe (par verre)	Euros / Verre	285 €
▪ Verre hypercomplexe (par verre)	Euros / Verre	335 €
▪ Monture	Euros / Monture	140 €
Lentilles remboursées ou non remboursées par la SS	Euros / An	250 €
Chirurgie réfractive (myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie)	Euros / An	500 €
AUTRES SOINS		
Orthopédie et appareillages remboursés par la Sécurité sociale	BR / Acte	150%
+ Forfait supplémentaire pour prothèses capillaires	Euros / An	230 €
+ Forfait supplémentaire pour prothèses mammaires externes	Euros / Acte	100 €
+ Forfait supplémentaire pour grands appareillages (lit médicalisé et fauteuil roulant)	Euros / An	1 000 €
Prothèses auditives	BR / Acte	100%
+ Forfait supplémentaire pour l'achat de prothèses auditives	Euros / An	1000 €
Cures thermales pris en charge par la Sécurité sociale	BR / Acte	100%
+ Forfait supplémentaire	Euros / An	100 €
Actes de prévention pris en charge définis par l'arrêté du 08/06/08	BR / Acte	100%
Diététique	Euros / An	60 €
MEDECINES DOUCES		
Consultations : préciser les médécines douces prises en charge Consultations d'ostéopathe, acupuncteur, de diététicien, d'étiopathe, de chiropracteur, de podologue ou pédicure, reflexologue, sophrologue, phytothérapeute, naturopathe, microkinésithérapeute, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien, homéopathe, biokinergie	Euros / Acte limité en Séance / An	90 % des frais réels limité à 160€