

Accord du 15 juillet 2009
sur une protection sociale complémentaire en santé
dans certains départements des Pays de la Loire
et de l'Ouest de la France

*(Modifié par les avenants n°2 du 11 juillet 2013 et n°3 du 29 janvier 2014)**

Codes IDCC : 9492 ; 9532 ; 9722 ; 9494 ; 9723 ; 9491 ; 9531 ; 9721 ; 8526 ; 8535 ; 8525.

Les organisations professionnelles et syndicales ci-après :

d'une part,

- La Fédération Régionale des Syndicats d'Exploitants Agricoles (FRSEA) des Pays de la Loire ,

Agissant tant en son nom propre qu'au nom des Fédérations et Syndicats professionnels desquels elle a reçu mandat à l'effet de les engager dans les termes du présent accord et recensés en annexe 2, à savoir :

- Fédération Viticole de l'Anjou,
- Union Horticole de l'Anjou,
- Syndicat des Horticulteurs, Pépiniéristes et Maraîchers de la Mayenne,
- Union Syndicale des Horticulteurs et Pépiniéristes de la Sarthe,
- La Fédération régionale des Producteurs de Fruits ;

- Les Entrepreneurs des Territoires (EDT) des Pays de la Loire ;

- L'Union des Coopératives d'Utilisation de Matériel Agricole (CUMA) des Pays de la Loire,

Agissant tant en son nom propre qu'au nom des Fédérations desquelles elle a reçu mandat à l'effet de les engager dans les termes du présent accord et recensées en annexe 2, à savoir :

- Fédération départementale des CUMA de Mayenne,
- Fédération départementale des CUMA des Côtes d'Armor,
- Fédération départementale des CUMA du Finistère,
- Fédération départementale des CUMA d'Ille et Vilaine,
- Fédération départementale des CUMA du Morbihan ;

d'autre part,

- La Fédération Générale Agroalimentaire CFDT, FGA CFDT ;
- La Fédération Nationale Agroalimentaire et Forestière CGT, FNAF CGT ;
- La Fédération Générale des Travailleurs de l'Agriculture, de l'Alimentation et des secteurs connexes FO, FGTA FO ;
- La Fédération CFTC de l'Agriculture ;
- Le Syndicat National des Cadres d'Entreprises Agricoles CFE-CGC, SNCEA CFE-CGC ;

sont convenus de ce qui suit.

** L'avenant n°1 n'a pas été déposé à l'UT de la DIRECCTE est n'est donc pas valable. L'avenant n° 2 du 11/07/2013 a été étendu par arrêté du 11/12/2013, il est applicable le 1^{er}/01/2014. L'avenant n°3 du 29/01/2014, a été étendu par arrêté du 14 août 2014, il est applicable le 1^{er}/09/2014.*

Préambule

Ayant pris acte des dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, et au vu des régimes de prévoyance existant dans le champ d'application du présent accord, les organisations professionnelles d'employeurs et de salariés sont convenues d'instaurer des garanties de complémentaire santé dans les conditions qui suivent.

Article 1 - Champ d'application

Le présent accord est applicable aux salariés travaillant dans :

- les exploitations de polyculture, d'élevage, de viticulture, de maraîchage ou cultures légumières, d'horticulture et les pépinières des départements de Maine et Loire, Mayenne et Sarthe ;
- les exploitations et établissements d'arboriculture des départements de Loire-Atlantique, Maine et Loire, Mayenne, Sarthe, Vendée, Côtes-d'Armor, Ille et Vilaine, Morbihan et Deux-Sèvres (ressortissant de la convention collective en date du 8 avril 2003 réglementant les conditions d'emploi, de travail et de rémunération des salariés arboricoles de certains départements de l'ouest de la France) ;
- les coopératives d'utilisation de matériel agricole des départements de Loire-Atlantique, Maine et Loire, Mayenne, Sarthe, Côtes-d'Armor, Finistère, Ille et Vilaine et Morbihan ;
- les entreprises de travaux agricoles et forestiers des départements de Loire-Atlantique, Maine et Loire, Mayenne, Sarthe et 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 l'entreprise ;
- pour déterminer ensuite 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 - Entrée en vigueur

§ 1 - Date d'entrée en vigueur

Le présent accord entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tôt 1^{er} janvier 2010.

§ 2 - Application volontaire

Dans l'hypothèse où la publication de son arrêté d'extension ne serait pas intervenue à la date du 1^{er} janvier 2010, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application, adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes du présent accord, l'appliqueront à la date du 1^{er} janvier 2010.

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 du présent accord et par conséquent pas engagées elles-mêmes, auraient la faculté d'appliquer volontairement les dispositions du présent accord à la date du 1^{er} janvier 2010, de telle manière que les salariés bénéficiaires, au sens de l'article 3 ci-dessous, en profitent dès le 1^{er} janvier 2010, plutôt que de relever successivement de l'accord national du 10 juin 2008 sus cité puis du présent accord.

Article 3 - Salariés bénéficiaires

§ 1 - Détermination des salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent :

- à tout salarié ayant six mois d'ancienneté et plus dans l'entreprise ;
- et relevant du champ d'application du présent accord ;

à l'exclusion :

- des cadres et personnels ressortissants de la Convention Collective du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP ressortissants d'autres dispositions conventionnelles.

Pour les dispositions du présent accord la condition d'ancienneté est réputée acquise au 1er jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert six mois d'ancienneté.

En outre, les salariés nouvellement embauchés qui, au titre de leur précédent emploi dans une entreprise relevant du champ d'application du présent accord, étaient bénéficiaires de l'assurance complémentaire frais de santé instituée par l'article 4, ce dont ils devront justifier auprès du nouvel employeur, jouissent d'un transfert de ce droit à l'assurance complémentaire frais de santé, opposable à ce nouvel employeur, dès lors que les deux circonstances suivantes sont réunies :

- leur embauche intervient dans les trois mois suivant la fin du contrat de travail ;
- leur recrutement est effectué pour une durée d'au moins six mois.

§ 2 - Tolérances

Les caractères collectif et obligatoire du présent régime ne font pas obstacle, en l'état ce jour des dispositions de l'article R. 242-1-6 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.

- Quelle que soit leur date d'embauche, les salariés bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, peuvent demander à être exclus de l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire

pour un niveau de prestations au moins équivalentes. Cette exclusion prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non renouvellement annuel de l'attestation, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié. En cas d'exclusion les cotisations correspondantes ne sont pas dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Le salarié doit justifier chaque année de la couverture obligatoire dont il bénéficie.

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'obtention de la condition d'ancienneté prévue au § 1 du présent article.

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.

- Les salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) qui devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute peuvent choisir de ne pas cotiser.
- Les dispositions relatives aux salariés à temps très partiel s'appliquent également aux apprentis.
- Peuvent également choisir de ne pas cotiser les salariés bénéficiant d'une couverture de complémentaire frais de santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi (cas des salariés à employeurs multiples). Le salarié à employeurs multiples qui demande à être dispensé d'affiliation doit le faire savoir par écrit en produisant tous documents justifiant de la couverture souscrite par ailleurs.

Il est entendu que dans le cas où tous les employeurs du salarié relèvent du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès des organismes concernés. Cet employeur est celui chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié.

- Les salariés bénéficiaires des dispositions de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale relatives à la protection sociale complémentaire en matière de santé (dite CMU-C) ainsi que ceux bénéficiant d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (article L. 863-1 du CSS) peuvent être dispensés d'affiliation jusqu'à l'échéance du contrat individuel. Le salarié qui demande à être dispensé d'affiliation doit le faire savoir par écrit en produisant tous documents justifiant de la couverture dont il bénéficie à ce titre.
- Les salariés en contrat à durée déterminée, y compris les apprentis et indépendamment de leur rémunération dans ce cas, ayant six mois d'ancienneté et moins de douze mois d'ancienneté ont aussi la faculté de demander à être exclus.

La demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition de six mois d'ancienneté.

§ 3 - Portabilité

Les salariés bénéficient des dispositions légales sur le maintien des garanties de protection sociale complémentaire en cas de cessation 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. Ces dispositions figurent en annexe 6 au présent accord pour information.

Pour bénéficier des prestations, le demandeur d'emploi bénéficiant du maintien des garanties doit fournir 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 4 - Garantie assurance complémentaire frais de santé

Le salarié justifiant de l'ancienneté prévue à l'article 3 ci-dessus bénéficie d'une assurance complémentaire frais de santé.

Cette assurance couvrira obligatoirement la prise en charge du ticket modérateur pour au moins deux prestations de prévention figurant dans l'arrêté du 8 juin 2006 pris en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Elle ne couvrira en aucun cas :

- la majoration du ticket modérateur à défaut de choix d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant ;
- la modulation du ticket modérateur lorsque le patient n'autorise pas le professionnel de santé auquel il a recours à accéder à son dossier médical personnel et à le compléter ;
- les dépassements d'honoraires de certains spécialistes consultés en dehors du parcours de soin ;
- la participation forfaitaire ou la franchise annuelle respectivement mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

Le régime établi par le présent article ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet.

Article 5 - Options prédéfinies collectivement

Les salariés bénéficiaires auront la faculté, dans leurs rapports avec l'organisme désigné, de bénéficier des garanties décrites dans l'annexe 3 moyennant l'acquiescement par le salarié de la cotisation directement auprès de l'organisme et fixée comme cette annexe le retient.

Il est entendu que ces options étant choisies par le salarié, l'employeur n'y contribue en rien et le paiement de la cotisation correspondante ne sera en aucune manière l'affaire de l'entreprise.

Le régime rassemblant ces options est mutualisé dans un compte distinct de celui des assurés à titre obligatoire.

Article 6 - Gestion du régime

Pour assurer la gestion du régime de prévoyance défini dans le présent accord et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires conviennent de désigner :

- **PREVADIES**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, inscrite au Registre national des Mutuelles sous le n° 442 224 671, dont le Siège Social se situe 143 rue BLOMET 75 015 PARIS, adhérente à La Fédération de la Mutualité Française ;
- **HARMONIE MUTUALITE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, inscrite au Registre national des Mutuelles sous le n° 500 751 789, dont le Siège Social se situe 143 rue BLOMET 75 015 PARIS, adhérente à La Fédération de la Mutualité Française.

Les modalités et conditions de gestion s'effectuent selon les dispositions fixées dans la convention conclue entre les organismes assureurs et les partenaires sociaux signataires.

Article 7 - Adhésion et antériorité

§ 1 - Adhésion

Tout employeur ayant une activité entrant dans le champ d'application est tenu d'adhérer, pour l'ensemble des salariés concernés à l'article 3 du présent accord, à l'organisme assureur désigné à l'article précédent en fonction de sa compétence territoriale telle que celle-ci ressort de ses statuts, c'est à dire à ce jour :

Département du siège de l'entreprise	Organisme assureur
Loire-Atlantique (44)	HARMONIE MUTUALITE
Maine et Loire (49)	HARMONIE MUTUALITE
Mayenne (53)	PREVADIES
Sarthe (72)	PREVADIES
Vendée (85)	HARMONIE MUTUALITE
Côtes d'Armor (22)	PREVADIES
Finistère (29)	PREVADIES
Ille et Vilaine (35)	PREVADIES
Morbihan (56)	PREVADIES
Deux-Sèvres (79)	HARMONIE MUTUALITE

§ 2 - Antériorité des régimes d'entreprise

Les entreprises disposant déjà d'une assurance complémentaire frais de santé obligatoire au jour de la publication de l'arrêté d'extension du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 4 pour un niveau de prestations supérieur, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord.

Article 8 - Cotisations

§ 1 - Assiette

Les cotisations sont appelées pour tous les salariés définis à l'article 3 du présent accord sur la base du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

§ 2 - Taux de cotisation et répartition

Le taux de la cotisation pour l'assurance complémentaire frais de santé est égal à 0,89 % du plafond mensuel de sécurité sociale, soit 25,45 € par mois au 1^{er} janvier 2009, répartie comme suit : 15 % à la charge de l'employeur dans la limite d'un montant de 5 € par mois, et 85 % à la charge du salarié.

Ce taux de 0,89 % est applicable pour les exercices 2010, 2011 et 2012 dans le cadre de la réglementation applicable au 1^{er} janvier 2009.

§ 3 - Appel et recouvrement

L'appel et le recouvrement des cotisations instituées à titre obligatoire par le présent accord seront confiés à la caisse de Mutualité Sociale Agricole dont dépend l'entreprise ou l'établissement, pour le compte de l'organisme assureur, selon les termes d'un accord conclu entre eux.

Le paiement de ces cotisations s'effectuera dans les mêmes conditions que celui des cotisations légales.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées. L'organisme gestionnaire des cotisations, en application de l'article L. 932-9 du code de la Sécurité Sociale, procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

Article 9 - Suspension du contrat de travail

§ 1 - Suspension du contrat pour maladie, accident (toutes origines) ou pour maternité

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité pris en charge par la MSA et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties de complémentaire frais de santé sont maintenues sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence.

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

§ 2 - Suspension du contrat pour un motif non lié à une maladie ou à un accident

En cas de suspension du contrat de travail pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie du salaire par

l'employeur, le salarié bénéficie des garanties de complémentaire frais de santé pendant les trois premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation.

Après cette période, il peut pendant la période de suspension restant à courir demander à l'organisme assureur à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé en acquittant directement la cotisation globale.

L'employeur doit informer l'organisme assureur de la suspension du contrat et de la durée de la suspension du contrat au début de celle-ci.

Article 10 - Clause de réexamen

Le régime mis en œuvre par le présent accord fera l'objet d'une révision, dans un délai qui ne pourra excéder cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, pour permettre aux partenaires sociaux d'en réexaminer, au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les conditions tant en matière de garantie que de financement et de choix des organismes assureurs.

Même après extension, les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent accord en cas de difficultés d'application.

En cas de changement d'organisme assureur, l'organisme assureur désigné auparavant maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet du changement.

Article 11 - Accord de gestion spécifique et suivi du régime

Les modalités de mise en œuvre pratique des garanties prévues par l'accord font l'objet d'un protocole de gestion séparé qui définit entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux, notamment:

- la constitution d'une commission paritaire de suivi ;
- les réunions et le rôle de la commission paritaire de suivi ;
- la réalisation d'un bilan annuel sur les cotisations perçues, les frais de gestion, les prestations versées, l'impact sur la mutualisation du risque de la prise charge par l'organisme assureur des cotisations et prévue à l'article 9 §1 ;
- la transmission de données statistiques sur les entreprises et les salariés couverts.

Par ailleurs, les organisations professionnelles signataires se réuniront afin de :

- faire le bilan des entreprises et salariés relevant du présent accord à partir des éléments transmis par l'organisme assureur désigné dans l'accord à la commission paritaire de suivi ;
- faire un bilan annuel de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de prévoyance mis en place par l'accord ;
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime transmis par la commission paritaire de suivi ;
- de vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions ;
- de consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés.

Article 12 - Durée de l'accord

L'accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve d'un préavis de trois mois. Les modalités de dénonciation sont celles définies dans l'article L. 2261-9 du Code du Travail.

En cas de dénonciation du présent accord, l'organisme assureur concerné maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation.

Article 13- Dépôt et extension

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

Fait à ANGERS,

Le 15 juillet 2009

(Mise à jour au 1^{er} septembre 2014)

Annexe 1 - Assurance complémentaire frais de santé obligatoire (art. 4)

Régime complémentaire obligatoire

Descriptif des actes Régime général	Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Rembt complémentaire		Rembt Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Soins médicaux et paramédicaux				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes (1)	70 %	30 %	-	100 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	-	100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %	-	100 %
<i>(1) Hors parcours de soins coordonnés, pas de prise en charge des dépassements d'honoraires.</i>				
Pharmacie				
Vignettes orange	15 %	85 %	-	100 %
Vignettes bleues	30 %	70 %	-	100 %
Vignettes blanches	65 %	35 %	-	100 %
Analyses et examens				
Actes médicaux techniques et d'échographie	70 %	30 %	-	100 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	70 %	30 %	-	100 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %	-	100 %
Appareillages et accessoires médicaux				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	-	100 %
Prothèses auditives	60 %	40 %	-	100 %
+ Forfait supplémentaire achat prothèses auditives	-	-	5,25 % du PMSS/an (soit 164,27 €)	5,25 % du PMSS/an (soit 164,27 €)
Cures thermales				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %	-	100 %
Hospitalisation médicale - chirurgicale				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	-	100 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %	-	100 %
Forfait journalier hospitalier	-	-	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	-	-	35 €/jour	35 €/jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	-	15 € par jour*	15 € par jour*
<i>* Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.</i>				
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans	-	-	20 €/jour	20 €/jour
<i>Hospitalisation : sur la base des codes DMT (discipline médico-tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</i>				
- services de cure médicale ;				
- ateliers thérapeutiques ;				
- instituts ou centres médicaux à caractère éducatifs, psycho-pédagogiques et professionnels ;				
- centres de rééducation professionnelle ;				
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.				
Maternité				
Frais de maternité (2)	-	-	1/3 du PMSS/an (soit 1 043 €)	1/3 du PMSS/an (soit 1 043 €)
<i>(2) Prise en charge du dépassement d'honoraires et de chambre particulière</i>				
Optique				
Monture, verres, lentilles acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 355 %	455 %
Forfait supplémentaire			7 % du PMSS/an (soit 219,03 €)	7 % du PMSS/an (soit 219,03 €)
Lentilles de contact refusées			3,2 % du PMSS/an (soit 100,13 €)	3,2 % du PMSS/an (soit 100,13 €)
Dentaire				
Soins	70 %	30 %	-	100 %
Prothèses remboursables par le régime obligatoire	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
Forfait supplémentaire	-	-	10,5 % du PMSS/an (soit 328,55 €)	10,5 % du PMSS/an (soit 328,55 €)
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	-	100 %

Descriptif des actes (suite) Régime général	Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Rembt complémentaire		Rembt Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Médecine douce Ostéopathie, chiropractie, acupuncture ^{(3) (4)} <i>(3) Non pris en charge par le régime obligatoire. (Sur présentation de l'original de la facture).</i> <i>(4) Ostéopathie et chiropractie : Selon liste préfectorale pour les ostéopathes et selon liste établie par l'organisme pour les chiropracteurs, 25€ maximum par séance.</i>	-	-	3 actes/an 25 €/acte	3 actes/an 25 €/acte
Prévention Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) ⁽³⁾ Vaccin anti-grippal ⁽³⁾ Autres vaccins (selon liste sur simple demande à l'organisme) ⁽³⁾ Diététicien Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004 <i>(3) Non pris en charge par le régime obligatoire. (Sur présentation de l'original de la facture).</i>	- - - 60 % à 70 %	- - - 40 % à 30 %	40 €/an Frais réels 25 €/an 50 €/an	40 €/an Frais réels 25 €/an 50 €/an 100 %

PMSS: plafond mensuel de la Sécurité sociale, réévalué chaque année (3129€ pour 2014)

Annexe 2 - Organisations ayant donné mandat

Mandat donné à la FRSEA

Maine et Loire

Fédération Viticole de l'Anjou
Union Horticole de l'Anjou

Mayenne

Syndicat des Horticulteurs, Pépiniéristes et Maraîchers de la Mayenne

Sarthe

Union Syndicale des Horticulteurs et Pépiniéristes de la Sarthe

Ouest

La Fédération régionale des Producteurs de Fruits

Mandat donné à la l'Union des CUMA des Pays de la Loire

Mayenne

Fédération départementale des CUMA de Mayenne

Côtes-d'Armor

Fédération départementale des CUMA des Côtes d'Armor

Finistère

Fédération départementale des CUMA du Finistère

Ille et Vilaine

Fédération départementale des CUMA d'Ille et Vilaine

Morbihan

Fédération départementale des CUMA du Morbihan

Annexe 3 - Options prédéfinies collectivement (art. 5)

Garanties et cotisations fixées en application de l'article 5.

Ancienneté dans l'entreprise ou situation	nature des risques →	Prestations correspondant à celles du régime obligatoire (cf. tableau annexe 1)	Sur complémentaire 1 (cf. tableau annexe 4)	Sur complémentaire 2 (cf. tableau annexe 5)
12 mois	Salarié	-----	1,04%PMSS	1,19%PMSS
	Conjoint	0,89%PMSS	1,04%PMSS	1,19%PMSS
	Enfant**	0,61% PMSS	0,71% PMSS	0,79% PMSS
Inférieure à 12 mois	Salarié	0,89%PMSS	1,04%PMSS	1,19%PMSS
	Conjoint	0,89%PMSS	1,04%PMSS	1,19%PMSS
	Enfant**	0,61% PMSS	0,71% PMSS	0,79% PMSS

Régime d'accueil « anciens salariés non retraités »	Isolé	1,02%PMSS	1,20%PMSS	1,37%PMSS
	Conjoint	1,02%PMSS	1,20%PMSS	1,37%PMSS
	Enfant**	0,61% PMSS	0,71% PMSS	0,79% PMSS
Régime d'accueil retraités	Isolé	1,335%PMSS	1,56%PMSS	1,78%PMSS
	Conjoint	1,335%PMSS	1,56%PMSS	1,78%PMSS
	Enfant**	0,61%PMSS	0,71%PMSS	0,79%PMSS

** Au delà du deuxième enfant : pas de cotisation (gratuité)

Annexe 4 - Nature des garanties correspondant à l'option :
Régime complémentaire obligatoire + option 1

Descriptif des actes Régime général	Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Rembt complémentaire		Rembt Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Soins médicaux et paramédicaux				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes ⁽¹⁾	70 %	30 %	-	100 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	-	100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %	-	100 %
<i>(1) Hors parcours de soins coordonnés, pas de prise en charge des dépassements d'honoraires.</i>				
Pharmacie				
Vignettes orange	15 %	85 %	-	100 %
Vignettes bleues	30 %	70 %	-	100 %
Vignettes blanches	65 %	35 %	-	100 %
Analyses et examens				
Actes médicaux techniques et d'échographie	70 %	30 %	-	100 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	70 %	30 %	-	100 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %	-	100 %
Appareillages et accessoires médicaux				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	-	100 %
Prothèses auditives	60 %	40 %	-	100 %
+ Forfait supplémentaire achat prothèses auditives	-	-	10,5 % du PMSS/an (soit 328,55 €)	10,5 % du PMSS/an (soit 328,55 €)
Cures thermales				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %	-	100 %
Hospitalisation médicale - chirurgicale				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	-	100 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %	-	100 %
Forfait journalier hospitalier	-	-	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	-	-	40 €/jour	40 €/jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	-	15 € par jour*	15 € par jour*
<i>* Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.</i>				
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans	-	-	35 €/jour	35 €/jour
<i>Hospitalisation : sur la base des codes DMT (discipline médico-tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</i>				
- services de cure médicale ;				
- ateliers thérapeutiques ;				
- instituts ou centres médicaux à caractère éducatifs, psycho-pédagogiques et professionnels ;				
- centres de rééducation professionnelle ;				
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.				
Maternité				
Frais de maternité ⁽²⁾	-	-	1/3 du PMSS/an (soit 1 043 €)	1/3 du PMSS/an (soit 1 043 €)
<i>(2) Prise en charge du dépassement d'honoraires et de chambre particulière</i>				
Optique				
Monture, verres, lentilles acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 355 %	455 %
Forfait supplémentaire	-	-	10,5 % du PMSS/an (soit 328,55 €)	10,5 % du PMSS/an (soit 328,55 €)
Lentilles de contact refusées	-	-	3,2 % du PMSS/an (soit 100,13 €)	3,2 % du PMSS/an (soit 100,13 €)
Dentaire				
Soins	70 %	30 %	-	100 %
Prothèses remboursables par le régime obligatoire	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
Forfait supplémentaire	-	-	14 % du PMSS/an (soit 438,06 €)	14 % du PMSS/an (soit 438,06 €)
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 100 %	200 %

Descriptif des actes (suite) Régime général	Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Rembt complémentaire		Rembt Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<p>Médecine douce</p> <p>Ostéopathie, chiropractie, acupuncture ⁽³⁾ ⁽⁴⁾</p> <p><i>(3) Non pris en charge par le régime obligatoire. (Sur présentation de l'original de la facture).</i></p> <p><i>(4) Ostéopathie et chiropractie : Selon liste préfectorale pour les ostéopathes et selon liste établie par l'organisme pour les chiropracteurs, 25€ maximum par séance.</i></p>	-	-	3 actes/an 25 €/acte	3 actes/an 25 €/acte
<p>Prévention</p> <p>Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) ⁽³⁾</p> <p>Vaccin anti-grippal ⁽³⁾</p> <p>Autres vaccins (selon liste sur simple demande à l'organisme) ⁽³⁾</p> <p>Dietéticien</p> <p>Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004</p> <p><i>(3) Non pris en charge par le régime obligatoire. (Sur présentation de l'original de la facture).</i></p>	- - -	- - -	40 €/an Frais réels 25 €/an 50 €/an	40 €/an Frais réels 25 €/an 50 €/an
	60 % à 70 %	40 % à 30 %		100 %

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale, réévalué chaque année (3129 € pour 2014)

Annexe 5 - Nature des garanties correspondant à l'option : **Régime complémentaire obligatoire + option 2**

Descriptif des actes Régime général	Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Rembt complémentaire		Rembt Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Soins médicaux et paramédicaux				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes ⁽¹⁾	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %	-	100 %
<i>(1) Hors parcours de soins coordonnés, pas de prise en charge des dépassements d'honoraires.</i>				
Pharmacie				
Vignettes orange	15 %	85 %	-	100 %
Vignettes bleues	30 %	70 %	-	100 %
Vignettes blanches	65 %	35 %	-	100 %
Analyses et examens				
Actes médicaux techniques et d'échographie ⁽¹⁾	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée ⁽¹⁾	70 %	30 %	+ 50 %	150 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %	+ 50 %	150 %
<i>(1) Hors parcours de soins coordonnés, pas de prise en charge des dépassements d'honoraires.</i>				
Appareillages et accessoires médicaux				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	-	100 %
Prothèses auditives	60 %	40 %	-	100 %
+ Forfait supplémentaire achat prothèses auditives	-	-	14 % du PMSS/an (soit 438,06 €)	14 % du PMSS/an (soit 438,06 €)
Cures thermales				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %	-	100 %
Hospitalisation médicale - chirurgicale				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	-	100 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %	-	100 %
Forfait journalier hospitalier	-	-	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	-	-	60 €/jour	60 €/jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	-	15 € par jour*	15 € par jour*
<i>* Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.</i>				
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans	-	-	50 €/jour	50 €/jour
<i>Hospitalisation : sur la base des codes DMT (discipline médico-tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</i>				
- services de cure médicale ;				
- ateliers thérapeutiques ;				
- instituts ou centres médicaux à caractère éducatifs, psycho-pédagogiques et professionnels ;				
- centres de rééducation professionnelle ;				
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.				
Maternité				
Frais de maternité ⁽²⁾	-	-	1/3 du PMSS/an (soit 1 043 €)	1/3 du PMSS/an (soit 1 043 €)
<i>(2) Prise en charge du dépassement d'honoraires et de chambre particulière</i>				
Optique				
Monture, verres, lentilles acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 35 %	455 %
Lentilles de contact refusées	-	-	3,2 % du PMSS/an (soit 100,13 €)	3,2 % du PMSS/an (soit 100,13 €)
Forfait supplémentaire ⁽³⁾				
- montures, verres unifocaux, lentilles acceptés par le régime obligatoire	-	-	11 % du PMSS/an (soit 344,19 €)	11 % du PMSS/an (soit 344,19 €)
- monture, verres multifocaux	-	-	16 % du PMSS/an (soit 500,64 €)	16 % du PMSS/an (soit 500,64 €)
<i>(3) Un seul forfait optique par an et par bénéficiaire</i>				
Dentaire				
Soins	70 %	30 %	-	100 %
Prothèses remboursables par le régime obligatoire	70 %	30 %	+ 110 %	210 %

Descriptif des actes (suite) Régime général	Remboursement régime obligatoire (à titre indicatif)	Rembt complémentaire		Rembt Total y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Dentaire (suite)				
Forfait supplémentaire ^{(4) (5)}				
- Prothèses dents visibles (incisives, canines, pré-molaires)	-	-	19,5 % du PMSS/an (soit 610,16 €)	19,5 % du PMSS/an (soit 610,16 €)
- Prothèses dents non visibles (molaires) et prothèses mobiles	-	-	14 % du PMSS/an (soit 438,06 €)	14 % du PMSS/an (soit 438,06 €)
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 200 %	300 %
<i>(4) Un seul forfait par an et par bénéficiaire.</i>				
<i>(5) Prise en charge après acceptation du devis par le dentiste-conseiller.</i>				
Médecine douce				
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture ^{(6) (7)}	-	-	3 actes/an 25 €/acte	3 actes/an 25 €/acte
<i>(6) Non pris en charge par le régime obligatoire. (Sur présentation de l'original de la facture).</i>				
<i>(7) Ostéopathie et chiropractie : Selon liste préfectorale pour les ostéopathes et selon liste établie par l'organisme pour les chiropracteurs, 25 € maximum par séance.</i>				
Prévention				
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) ⁽⁶⁾	-	-	40 €/an	40 €/an
Vaccin anti-grippal ⁽⁶⁾	-	-	Frais réels	Frais réels
Autres vaccins (selon liste sur simple demande à l'organisme) ⁽⁶⁾	-	-	25 €/an	25 €/an
Dietéticien			50 €/an	50 €/an
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004	60 % à 70 %	40 % à 30 %		100 %
<i>(6) Non pris en charge par le régime obligatoire. (Sur présentation de l'original de la facture).</i>				

PMSS: plafond mensuel de la Sécurité sociale, réévalué chaque année (3129€ pour 2014)

Annexe 6 - Dispositions légales sur la portabilité

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

1° Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation 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 lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;

2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4° Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;

5° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;

6° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail.

Fait à ANGERS,

Le 15 juillet 2009

FRSEA
Monsieur Claude COCHONNEAU

FGA/CFDT
Monsieur Fabien GUIMBRETIERE

E.D.T
Madame Michèle TRESPEUCH

FNAF/CGT

Union des CUMA
Monsieur Jean-Paul RIVALIN

FGTA/FO

CFTC-AGRI

SNCEA/CFE/CGC