

Avenant n° 3 du 29 janvier 2014
à l'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

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, 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, à savoir :

- Fédération départementale des CUMA de Mayenne,
- Fédération des CUMA Bretagne Ille Armor,
- Fédération départementale des CUMA du Finistère,
- 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.

Article 1^{er} - Modification de l'article 3 de l'accord du 15 juillet 2009

I - Le paragraphe 2 de l'article 3 relatif aux salariés bénéficiaires est ainsi rédigé :

« § 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 prévu 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 1^{er} 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. »

Il – Il est ajouté à l'article 3 un paragraphe 3 ainsi rédigé :

« § 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 2 – Modification de l'article 4 de l'accord du 15 juillet 2009

La première phrase de l'article 4 relatif à la garantie est ainsi rédigée.

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

Article 3 – Modification de l'article 9 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 9 relatif aux suspensions de contrat est ainsi rédigé :

« § 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 4 – Modification de l'annexe 1 de l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe 1 relative aux garanties de la complémentaire santé obligatoire est ainsi rédigée :

« 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)	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	
Régime général				
Médecine douce				
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture ^{(3) (4)}	-	-	3 actes/an 25 €/acte	3 actes/an 25 €/acte
<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 la mutuelle pour les chiropracteurs, 25 € maximum par séance.</i>				
Prévention				
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) ⁽³⁾	-	-	40 €/an	40 €/an
Vaccin anti-grippal ⁽³⁾	-	-	Frais réels	Frais réels
Autres vaccins (selon liste sur simple demande à l'organisme) ⁽³⁾	-	-	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>(3) 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) »

Article 5 – Modification de l'annexe 4 de l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe 4 est ainsi rédigée :

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

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 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> <i>(4) Ostéopathie et chiropractie : Selon liste préfectorale pour les ostéopathes et selon liste établie par la mutuelle pour les chiropracteurs, 25 € maximum par séance.</i></p>	-	-	3 actes/an 25 €/acte	3 actes/an 25 €/acte
<p>Prévention Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose)⁽³⁾ Vaccin anti-grippal⁽³⁾ Autres vaccins (Selon liste sur simple demande à l'organisme)⁽³⁾ Dietéticien 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></p>	- - - - 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). »

Article 6 – Modification de l'annexe 5 à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe 5 est ainsi rédigée :

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

Régime complémentaire+ 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 %	+ 355 %	455 %
Lentilles de contact refusées	-	-	3,2 % du PMSS/an (soit 100,13 €)	3,2 % du PMSS/an (soit 100,13 €)
Forfait supplémentaire ⁽³⁾				
- monture, verres unifocaux, lentilles acceptées par le régime obligatoire	-	-	11 % du PMSS (soit 344,19 €)	11 % du PMSS (soit 344,19 €)
- monture, verres multifocaux	-	-	16 % du PMSS (soit 500,64 €)	16 % du PMSS (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 %
Forfait supplémentaire ^{(4) (5)}				
- Prothèse dents visibles (incisives, canines, pré-molaires)	-	-	19,5 % du PMSS (soit 610,16 €)	19,5 % du PMSS (soit 610,16 €)
- Prothèses dents non visibles (molaires) et prothèses mobiles	-	-	14 % du PMSS (soit 438,06 €)	14 % du PMSS (soit 438,06 €)

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) Orthodontie acceptée par le régime obligatoire <i>(4) Un seul forfait dentaire par an et par bénéficiaire. (5) Prise en charge après acceptation du devis par le dentiste-conseiller.</i>	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 200 %	300 %
Médecine douce Ostéopathie, chiropractie, acupuncture ^{(6) (7)} <i>(6) Non pris en charge par le régime obligatoire. (Sur présentation de l'original de la facture). (7) Ostéopathie et chiropractie : Selon liste préfectorale pour les ostéopathes et selon liste établie par la mutuelle pour les chiropracteurs, 25 € maximum par séance.</i>	-	-	3 actes/an 25 €/acte	3 actes/an 25 €/acte
Prévention Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) ⁽⁶⁾ Vaccin anti-grippal ⁽⁶⁾ Autres vaccins (Selon liste sur simple demande à l'organisme) ⁽⁶⁾ Dietéticien Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004 <i>(6) 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) »

Article 6 – Annexe 6 à l'accord du 15 juillet 2009

Après l'annexe 5, il est créé une annexe 6 ainsi rédigée :

« 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. >>

Article 7 – Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur le premier jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension.

Article 8 - Dépôt et extension

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

Fait à ANGERS,

Le 29 janvier 2014

FRSEA
Monsieur Claude COCHONNEAU

FGA/CFDT
Monsieur

E.D.T
Madame Michèle TRESPEUCH

FNAF/CGT

Union des CUMA
Monsieur

FGTA/FO

CFTC-AGRI

SNCEA/CFE/CGC