

**ACCORD D'ENTREPRISE SUR LA CREATION D'UN CONTRAT COLLECTIF
D'ADHESION A UN REGIME COMPLEMENTAIRE MALADIE**

Entre :

- La Caisse Régionale de Crédit Agricole Provence Côte d'Azur représentée par Monsieur Philippe BRASSAC, Directeur Général,
et
- Les organisations syndicales désignées in fine, représentées par leurs délégués syndicaux,

PREAMBULE

La Caisse Régionale, désireuse d'améliorer la protection sociale de l'ensemble des salariés tel que défini à l'article 2 ci-dessous, modifie la couverture complémentaire des dépenses de santé à adhésion obligatoire. Le présent accord annule et remplace les dispositifs de même nature en vigueur dans la Caisse régionale.

ARTICLE 1 : OBJET DE L'ACCORD

Le présent accord a pour objet de développer le régime de prévoyance complémentaire de la Caisse régionale, dans le cadre de l'article 83-2° du Code Général des Impôts et des dispositions du code de la sécurité sociale, au bénéfice des salariés définis à l'article 2 du présent accord.

Cette couverture permet de compléter totalement ou partiellement les prestations en nature servies par le régime général de la sécurité sociale en remboursement des frais exposés compte tenu de l'état pathologique du bénéficiaire.

Cet accord annule et remplace l'accord du 21/11/2002 portant sur la contribution de l'employeur à la mutuelle complémentaire, l'accord du 12/12/2003 portant création d'un contrat collectif d'adhésion à un régime complémentaire maladie, et de son avenant du 17/01/2005 portant sur la contribution de l'employeur.

ARTICLE 2 : BENEFICIAIRES

Article 2-1 : L'adhésion à titre obligatoire

Sont affiliés obligatoirement au régime complémentaire maladie, la totalité des salariés de la Caisse Régionale présents ou à venir, sous contrat à durée indéterminée, à compter de la date de titularisation telle que définie par la Convention Collective.

Article 2-2 : L'adhésion à titre facultatif

L'adhésion permet l'affiliation à titre facultatif, à la même date ou postérieurement, sans bénéfice des exonérations fiscales ni de la contribution de l'employeur, prévues pour les contrats collectifs à adhésion obligatoire :

- du conjoint ou concubin (qui est assimilé(e) au conjoint sous réserve qu'il (elle) puisse justifier de deux années de vie commune à la date du risque. Cette condition de durée n'est pas exigée lorsqu'un ou plusieurs enfants sont issus de cette union) ou du contractant d'un pacte civil de solidarité, ayant une activité professionnelle ou non,

Handwritten signatures and initials: JB, PG, JLD, NF, JZ, GA, PL

- des enfants à charge du salarié qui doivent figurer sur le bulletin individuel d'adhésion du salarié.

L'adhésion n'est pas obligatoire pour les salariés mentionnés ci-dessous. Ils pourront toutefois choisir d'adhérer volontairement à titre individuel. Dans ce cas, conformément aux dispositions de la réglementation en vigueur, ils ne bénéficieront pas des exonérations fiscales prévues pour les contrats collectifs à adhésion obligatoire. Ils ne bénéficieront pas de la contribution de l'employeur.

- Agents sous contrat de travail à durée indéterminée en période de stage, conformément aux dispositions de l'article 10 de la Convention Collective Nationale du Crédit Agricole Mutuel ;
- Agents sous contrat de travail à durée déterminée ;
- Agents présents au sein de la Caisse Régionale au jour de la mise en place de l'accord, et qui sont déjà couverts par un contrat collectif complémentaire maladie obligatoire de leur conjoint. Ces personnes devront fournir un justificatif de l'adhésion.
- Agents placés sous un régime social étranger.

Peuvent être affiliés à titre facultatif, sans bénéfice des exonérations fiscales prévues pour les contrats collectifs à adhésion obligatoire ni de la contribution de l'employeur :

- d'une façon générale les salariés non concernés par l'obligation d'adhésion,
- les salariés dont le contrat est suspendu hormis les cas de maintien de la contribution employeur dans les conditions prévues à l'article 2-3 du présent accord
- les salariés retraités
- les salariés en cessation anticipée d'activité.

Article 2-3 : La contribution de l'employeur

S'agissant de la contribution de l'employeur, une distinction est faite selon que l'absence relève de raisons de santé ou de convenances personnelles.

- La contribution de l'employeur est maintenue au profit du salarié absent en raison d'une maladie, d'une maternité, ou d'un accident, tant que le salarié bénéficie du maintien de salaire prévu aux articles 23 et 24 de la Convention Collective Nationale.
- Dans les autres cas de suspension du contrat de travail, la contribution de l'employeur est maintenue pendant 6 mois, à compter du 1er Juillet 2008. Au-delà de cette période, le salarié affilié à titre facultatif prendra en charge l'intégralité de la contribution couvrant la période de suspension du contrat de travail restant à courir.
Ces dispositions concernent notamment les congés de longue durée pour convenances personnelles et création d'entreprise, et le congé parental d'éducation.

Les formalités d'adhésion des salariés seront gérées par l'employeur auprès de l'organisme assureur.

Les modifications intervenant dans leur situation personnelle ou celle de leur famille, et impactant le régime complémentaire maladie, devront parvenir à l'organisme assureur, soit directement, soit par l'intermédiaire de la Direction des Ressources Humaines.

ARTICLE 3 : DESIGNATION DE L'ORGANISME ASSUREUR

Dans le cadre de l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale, le présent accord désigne la Mutuelle Verte, dont le siège social est situé 78 cours Lafayette à Toulon, pour la gestion du régime Frais de santé de la Caisse Régionale.

Conformément à l'article L 912-2 du code de la Sécurité Sociale, le choix de l'organisme assureur sera réexaminé tous les 3 ans à compter du 1^{er} janvier 2008.

Le choix de cet organisme résulte d'une décision des Organisations Syndicales.

JB PG JLD NF J- GA BL

La convention d'adhésion sera signée entre la Mutuelle Verte, le secrétaire du Comité d'entreprise et l'Employeur.

ARTICLE 4 : GARANTIES

Les garanties sont exprimées en Annexe du présent accord.

ARTICLE 5 : COTISATIONS

Les cotisations pour l'année 2008 sont exprimées mensuellement et en Euros.

Composition familiale des bénéficiaires	Garantie de Base
Salarié seul	63.95€
Salarié et 1 enfant ou plus	78.02€
Salarié + conjoint hors CA	84.42€
Salarié + conjoint hors CA, et 1 enfant ou plus	98.49€

Les modalités d'appel des cotisations seront définies dans la convention signée entre Mutuelle Verte, la Caisse régionale et le Comité d'Entreprise.

ARTICLE 6 : PARTICIPATION EMPLOYEUR

La participation employeur est fixée à 46.91% de la cotisation brute du salarié adhérent à titre obligatoire.

La contribution de l'employeur s'applique uniquement aux garanties de base annexées au présent accord ; les garanties optionnelles ne font pas l'objet d'une prise en charge spécifique.

ARTICLE 7 : INTERVENTION DU COMITE D'ENTREPRISE

Le comité d'entreprise aura en charge, en lien avec la commission mutuelle, le suivi du contrat d'adhésion.

Il définira sa contribution dans le cadre de son budget annuel.

ARTICLE 8 : SUIVI DU REGIME

Une Commission Mutuelle est instituée. Elle est composée de membres désignés par l'employeur et de membres désignés par les organisations syndicales, afin d'examiner tous les aspects pouvant toucher à l'application du présent accord, et proposer les aménagements souhaitables.

Elle obéira aux règles de fonctionnement des instances représentatives du personnel, en particulier en ce qui concerne la désignation des participants et l'imputation des crédits d'heures.

JB PG JLD MF RGA 86

Par ailleurs, la Commission Mutuelle sera chargée de faire un examen des conditions d'adhésions à l'organisme assureur au cours du deuxième trimestre 2008, et de rendre sa conclusion au CE au plus tard le 30 Juin 2008.

ARTICLE 9 : CONSULTATION DU COMITE D'ENTREPRISE

Conformément à l'article L 432-3 du Code du Travail, le comité d'entreprise a été consulté le 22 Novembre 2007 sur le contenu du présent accord.

Les avenants éventuels au présent accord seront présentés, pour avis, au Comité d'entreprise avant leur signature.

ARTICLE 10 : DATE D'EFFET, DUREE ET DENONCIATION DE L'ACCORD

Le présent accord entrera en application le 1^{er} janvier 2008 pour une durée indéterminée.

Il fera l'objet d'un examen complémentaire dans les 5 mois précédents la date anniversaire de reconduction.

Dans l'hypothèse où des modifications légales ou conventionnelles modifieraient les impacts de cet accord, la Caisse Régionale et les Organisations syndicales conviennent de se rencontrer pour examiner les aménagements éventuels.

Il pourra être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve de respecter un délai de préavis de dénonciation de 6 mois.

La dénonciation sera notifiée à l'autre partie par lettre recommandée avec accusé de réception. L'accord reste applicable pendant un délai de un an à compter de l'expiration du délai de préavis ou jusqu'à l'entrée en vigueur, avant expiration du délai précité, d'un accord remplaçant le texte dénoncé.

Conformément aux dispositions de l'article L132-10 du code du travail, le présent accord sera déposé, par l'employeur, auprès de l'Inspection des Lois Sociales en Agriculture et du secrétariat du Greffe du Conseil de Prud'homme.

Fait à Saint Laurent du Var, le 30 novembre 2007.

Pour la Caisse Régionale de Crédit Agricole Provence Côte d'Azur

Le Directeur Général, M. Philippe BRASSAC

Les Délégués Syndicaux

CFDT,
représentée par : Monsieur Michel FINE délégué syndical central ;

CFTC,
représentée par : Monsieur Jean-Pierre GABAUDE délégué syndical central ;

CGC,
Représentée par : Monsieur Jean-Luc DUYCK délégué syndical central ;

CGT,
représentée par : Monsieur Antoine SIRI délégué syndical central ;

Handwritten notes at the bottom of the page: "B PG JLD ne R 26"

UNSA,
représentée par : Monsieur Pierre LAMPERTI délégué syndical central ;

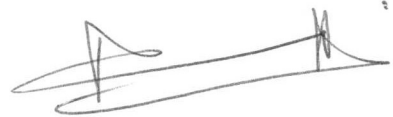


SNIACAM,
représenté par : Monsieur Joël COMETTI délégué syndical central.



FO,
Représentée par Robert DUSSAILLANT, délégué syndical central

SUD,
Représenté par Bernard TRUCCHI, délégué syndical central



PG

JLD nf BL

ANNEXE : GARANTIES**La Mutuelle Verte**

Mutuelle Nationale Interprofessionnelle

PRESTATIONS
au 01/01/2007**<< GARANTIE GS PCA >>**

- * Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement aux Régimes d'Assurance Maladie Obligatoire Français.
 * Les remboursements Régime d'Assurance Maladie Obligatoire + Mutuelle Verte sont limités aux frais réels.
 * La participation forfaitaire de l'assuré (article L322-2 du Code S.S.), prévue à 1 Euro au 01/01/2005, ne pourra donner lieu à remboursement.
 * La majoration de la participation de l'assuré ainsi que les dépassements d'honoraires des médecins consultés en dehors du parcours de soins coordonné (sans prescription préalable du médecin traitant) ne pourront donner lieu à un remboursement de la Mutuelle.
 * Dans le cadre des contrats responsables, la garantie ci-dessous prend en charge l'ensemble des prestations de prévention prévues par l'arrêté du 8 juin 2006 publié au JO du 18 juin 2006 et figurant à l'article R.871-2 du code de la S.S.
 PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (2.682 Euros au 1er janvier 2007).

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS		
	Régime de Base	Complémentaire	Total
HONORAIRES MEDICAUX CONVENTIONNES			
- Consultation, radios, visite (1)	70 %	105 %	175 %
HONORAIRES MEDICAUX NON CONVENTIONNES	70 %	Une consultation d'un généraliste conventionné	70 % + Une consultation d'un généraliste conventionné
OSTEOPATHIE, CHIROPRACTIE (2)		7,50 Euros	7,50 Euros
PHARMACIE (3)			
- Vignettes bleues	35 %	65 %	100 %
- Vignettes blanches	65 %	35 %	100 %
ANALYSES	60 %	105 %	165 %
AUXILIAIRES MEDICAUX	60 %	105 %	165 %
OPTIQUE			
- Verres, monture, lentilles acceptées	65 %	605 %	670 %
- Prime Optique :			
Monture ou verres ou lentilles (acceptées ou refusées)	-	200 Euros (4)	200 Euros (4)
- Opération des yeux par laser (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)		Forfait (5) 153 Euros	Forfait (5) 153 Euros
APPAREILLAGE			
- Orthopédie, prothèse médicale	65 %	335 %	400 %
- Prothèse auditive	65 %	335 %	400 %
DENTAIRE			
- Soins	70 %	105 %	175 %
- Prothèses acceptées	70 %	230 %	300 %
- Prothèses refusées	-	110 %	110 %
- Orthodontie acceptée	100 %	175 %	275 %
- Implants dentaires	-	Forfait 300 Euros (5)	Forfait 300 Euros (5)
TRANSPORTS	65 %	105 %	170 %
CURE THERMALE		Aucun	Aucun
HOSPIT. MEDICALE, MATERNITE ET PSYCHIATRIE (6)			
- Honoraires et séjour	80% ou 100%	100 %	200 % max
- Forfait journalier hospitalier (7)	-	100 %	100 %
- Chambre particulière (7)	-	46 Euros/Jour maxi	46 Euros/Jour maxi
- Participation aux frais d'accouchement (8)	-	69 Euros	69 Euros
HOSPITALISATION CHIRURGICALE (6)			
- Honoraires et séjour	80% ou 100%	Tiers Payant CCPMA (9)	Rbt R.O. + Tiers Payant CCPMA (9)
- Chambre particulière (durée illimitée)	-	(Frais réels dans la limite de 60% de la dépense totale)	(Frais réels dans la limite de 60% de la dépense totale)
- Frais accompagnant enfant (10)	-		
- Forfait journalier hospitalier (durée illimitée)	-	100 %	100 %
AUTRES PRESTATIONS			
- OBSEQUES ADULTE (jusqu'à 65 ans)	-	732 Euros	732 Euros
- OBSEQUES ENFANT (jusqu'à 18 ans)	-	366 Euros	366 Euros
FORFAIT ACTES LOURDS (18 Euros)		100% du Forfait	100% du Forfait
MUTUELLE VERTE ASSISTANCE 24 h / 24 h 7j / 7j		OUI	OUI

- (1) La majoration de déplacement des consultations à domicile considérées comme médicalement non justifiées par les médecins et le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire n'est pas prise en charge (actes codifiés "DE" : Dépassement Exceptionnel).
 (2) Pour les actes effectués par un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales. Trois séances maximum par année civile et par bénéficiaire.
 (3) En cas d'application du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (T.F.R.) par l'Assurance Maladie Obligatoire, le remboursement complémentaire s'effectuera sur la même base (TFR).
 (4) Tous les deux ans, année civile, par bénéficiaire.
 (5) Forfait par année civile et par bénéficiaire.
 (6) Hors soins externes. Les soins externes font l'objet d'un remboursement suivant la nature de l'acte.
 (7) Forfait journalier hospitalier (selon tarif en vigueur) et chambre particulière, limités à 90 jours en médecine, à 30 jours en psychiatrie, par année civile et par bénéficiaire. Sans limitation de durée en médecine aiguë.
 (8) Directement liée aux prestations maternité et versée à la mère lorsqu'elle est bénéficiaire des prestations de La Mutuelle Verte.
 (9) Pour les personnes ne bénéficiant plus de la prise en charge du risque chirurgie par la C.C.P.M.A., nous assurons ce risque dans les mêmes conditions.
 (10) Jusqu'à 2 ans quelle que soit l'intervention chirurgicale et jusqu'à 10 ans pour une intervention chirurgicale qui fait l'objet d'une exonération du ticket modérateur.

PG JLD RF
 JL 814 PL

ANNEXE : GARANTIES**La Mutuelle Verte**

Mutuelle Nationale Interprofessionnelle

PRESTATIONS
au 01/01/2007**<< GARANTIE OPTIONNELLE GS PCA >>****DANS CES PRESTATIONS SONT INCLUSES LES PRESTATIONS DE BASE**

- * Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement aux Régimes d'Assurance Maladie Obligatoire Français.
 * Les remboursements Régime d'Assurance Maladie Obligatoire + Mutuelle Verte sont limités aux frais réels.
 * La participation forfaitaire de l'assuré (article L322-2 du Code S.S.), prévue à 1 Euro au 01/01/2005, ne pourra donner lieu à remboursement.
 * La majoration de la participation de l'assuré ainsi que les dépassements d'honoraires des médecins consultés en dehors du parcours de soins coordonné (sans prescription préalable du médecin traitant) ne pourront donner lieu à un remboursement de la Mutuelle.
 * Dans le cadre des contrats responsables, la garantie ci-dessous prend en charge l'ensemble des prestations de prévention prévues par l'arrêté du 8 juin 2006 publié au JO du 18 juin 2006 et figurant à l'article R.871-2 du code de la S.S.
 PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (2.682 Euros au 1er janvier 2007)

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS		
	Régime de Base	Complémentaire	Total
HONORAIRES MEDICAUX CONVENTIONNES			
- Consultation, radios, visite (1)	70 %	180 %	250 %
HONORAIRES MEDICAUX NON CONVENTIONNES	70 %	Une consultation d'un généraliste conventionné	70 % + Une consultation d'un généraliste conventionné
OSTEOPATHIE, CHIROPRACTIE (2)		23 Euros	23 Euros
PHARMACIE (3)			
- Vignettes bleues	35 %	65 %	100 %
- Vignettes blanches	65 %	35 %	100 %
ANALYSES	60 %	105 %	165 %
AUXILIAIRES MEDICAUX	60 %	105 %	165 %
OPTIQUE			
- Verres, monture, lentilles acceptées	65 %	605 %	670 %
- Prime Optique : Monture ou verres ou lentilles (acceptées ou refusées)	-	300 Euros (4)	300 Euros (4)
- Opération des yeux par laser (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)		300 Euros (5)	300 Euros (5)
APPAREILLAGE			
- Orthopédie, prothèse médicale	65 %	335 %	400 %
- Prothèse auditive	65 %	335 %	400 %
DENTAIRE			
- Soins	70 %	155 %	225 %
- Prothèses acceptées	70 %	280 %	350 %
- Prothèses refusées	-	160 %	160 %
- Orthodontie acceptée	100 %	225 %	325 %
- Implants dentaires	-	Forfait 450 Euros (5)	Forfait 450 Euros (5)
TRANSPORTS	65 %	105 %	170 %
CURE THERMALE	65 %	150 Euros (5)	RO + 150 Euros (5)
HOSPIT. MEDICALE, MATERNITE ET PSYCHIATRIE (6)			
- Honoraires et séjour	80% ou 100%	100 %	200 % max
- Forfait journalier hospitalier (7)	-	100 %	100 %
- Chambre particulière (7)	-	60 Euros/jour maxi	60 Euros/jour maxi
- Participation aux frais d'accouchement (8)	-	120 Euros	120 Euros
HOSPITALISATION CHIRURGICALE (6)			
- Honoraires et séjour	80% ou 100%	Tiers Payant CCPMA (9) (Frais réels dans la limite de 60% de la dépense totale)	Rbt R.O. + Tiers Payant CCPMA (9) (Frais réels dans la limite de 60% de la dépense totale)
- Chambre particulière (durée illimitée)	-		
- Frais accompagnant enfant (10)	-		
- Forfait journalier hospitalier (durée illimitée)	-	100 %	100 %
AUTRES PRESTATIONS			
- OBSEQUES ADULTE (jusqu'à 65 ans)	-	732 Euros	732 Euros
- OBSEQUES ENFANT (jusqu'à 18 ans)	-	366 Euros	366 Euros
FORFAIT ACTES LOURDS (18 Euros)		100% du Forfait	100% du Forfait
MUTUELLE VERTE ASSISTANCE 24 h / 24 h 7 j / 7 j		OUI	OUI

- (1) La majoration de déplacement des consultations à domicile considérées comme médicalement non justifiées par les médecins et le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire n'est pas prise en charge (actes codifiés "DE" : Dépassement Exceptionnel).
 (2) Pour les actes effectués par un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales. Trois séances maximum par année civile et par bénéficiaire.
 (3) En cas d'application du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (T.F.R.) par l'Assurance Maladie Obligatoire, le remboursement complémentaire s'effectuera sur la même base (T.F.R.).
 (4) Tous les deux ans, année civile, par bénéficiaire.
 (5) Forfait par année civile et par bénéficiaire.
 (6) Hors soins externes. Les soins externes font l'objet d'un remboursement suivant la nature de l'acte.
 (7) Forfait journalier hospitalier (selon tarif en vigueur) et chambre particulière, limités à 90 jours en médecine, à 30 jours en psychiatrie, par année civile et par bénéficiaire. Sans limitation de durée en médecine aiguë.
 (8) Directement liée aux prestations maternité et versée à la mère lorsqu'elle est bénéficiaire des prestations de La Mutuelle Verte.
 (9) Pour les personnes ne bénéficiant plus de la prise en charge du risque chirurgie par la C.C.P.M.A., nous assurons ce risque dans les mêmes conditions.
 (10) Jusqu'à 2 ans quelle que soit l'intervention chirurgicale et 10 ans pour une intervention chirurgicale qui fait l'objet d'une exonération du ticket modérateur.

JP JG JLD RF JR JH PC