

**ACCORD RELATIF A LA MISE EN PLACE D'UN REGIME DE
COMPLEMENTAIRE SANTE AU SEIN DE LA CAISSE REGIONALE DE CREDIT
AGRICOLE DES COTES D'ARMOR**

Entre les soussignés :

La Caisse Régionale de Crédit Agricole Mutuel des Côtes d'Armor, représentée par
Monsieur Jean-Yves CARILLET, Directeur Général,

d'une part,

et les Organisations Syndicales :

- C F D T représentée par *Patricia JOURDEN*
- C G T représentée par *Gwenael MAHE*
- FO représentée par *Emmanuel JAGUIN*
- SNECA / CGC représentée par *Jean DULU*
- SUDCAM représentée par *Nathalie BERTMAND*

d'autre part,

Préambule

Les Organisations syndicales et la Direction se sont réunies à l'occasion de plusieurs réunions de négociation au cours de l'année 2015 afin de mettre en place un régime de complémentaire santé au bénéfice des salariés de la Caisse Régionale du Crédit Agricole des Côtes d'Armor.

En effet, en application de l'ANI du 11 janvier 2013, transposé dans la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la Sécurisation de l'Emploi, les entreprises sont tenues de proposer une complémentaire santé à tous leurs salariés pour le 1^{er} janvier 2016.

Le régime de complémentaire santé institué par la Caisse Régionale des Côtes d'Armor intervient en complément des prestations versées par le régime de la Mutualité Sociale Agricole.

Cet accord a pour objectif de faire bénéficier les salariés d'un régime de bon niveau, de prestations de qualité, à un coût optimisé, instaurant un dispositif pérenne et responsable.

Il a donc, dans ce cadre, été convenu et arrêté ce qui suit.

Article 1 – Objet

Le présent accord définit les modalités du régime collectif de complémentaire santé mis en place au sein de la Caisse Régionale des Côtes d'Armor après information et consultation du CHSCT et du CE et en détermine les conditions de mise en place.

Article 2 – Adhésion des salariés

2.1 Caractère collectif du régime de complémentaire santé

Le présent accord concerne l'ensemble des salariés de la Caisse Régionale des Côtes d'Armor.

2.2 Caractère obligatoire du régime de complémentaire santé

L'adhésion des salariés au régime est obligatoire au premier jour du contrat de travail qu'elle qu'en soit la nature et à partir du 1^{er} janvier 2016 pour les contrats en cours. Elle résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives des salariés dans l'entreprise. Les salariés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Toutefois, sans remettre en cause le caractère obligatoire du régime de complémentaire santé institué par le présent accord, les salariés répondant aux conditions ci-après pourront faire la demande d'être dispensés de l'affiliation au régime :

- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- Les salariés bénéficiant par ailleurs d'une couverture santé collective et obligatoire (par le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un PACS ou autre employeur) répondant aux conditions de l'article L242-1 du Code de la sécurité sociale, à condition de le justifier chaque année ;
- Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale (CMU complémentaire) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1, jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.

Les salariés entrant dans un des cas de dispense précités et qui ne souhaiteraient pas être affiliés au régime de complémentaire santé devront le faire savoir par écrit à la Direction des Ressources Humaines et joindre les documents justificatifs dans un délai de 15 jours à compter de la mise en place de ce régime ou de leur embauche ou de la survenue d'un évènement ouvrant droit à dispense.

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

2.3 Adhésion facultative au régime de complémentaire santé

Peuvent adhérer à titre facultatif au régime de complémentaire santé, sans participation de l'employeur et selon les modalités prévues au contrat :

- Le conjoint ou le concubin ou le partenaire lié par un PACS du salarié ;
- Leurs enfants à charge tels que définis par le contrat collectif d'assurance.

Article 3 – Garanties

Les garanties complémentaires dont bénéficient les salariés de la Caisse Régionale des Côtes d'Armor sont annexées au présent accord.

Les garanties souscrites ne sauraient constituer un engagement pour la Caisse Régionale des Côtes d'Armor qui n'est tenue, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations.

Par conséquent, ces garanties relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Article 4 – Financement du régime de complémentaire santé

4.1 Cotisations brutes

Les cotisations appelées par l'organisme assureur et finançant les garanties exposées sont exprimées mensuellement en euros.

Au 1^{er} janvier 2016, les cotisations mensuelles sont fixées à :

Bénéficiaires	Cotisations brutes
Salariés (Cotisation obligatoire)	1,12 % du PMSS ⁽¹⁾ soit 35,50 €
Conjoint, concubin, pacsé (Cotisation facultative)	1,25 % du PMSS ⁽¹⁾ soit 39,63 €
Enfant ⁽²⁾ (Cotisation facultative)	0,70 % du PMSS ⁽¹⁾ soit 22,19 €

⁽¹⁾ Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 3170 € au 1er janvier 2015

⁽²⁾ Seul les deux premiers enfants sont payants : le régime de complémentaire santé est gratuit pour le troisième enfant et les suivants.

4.2 Participation de l'employeur

L'employeur participe directement au financement d'une partie de la cotisation obligatoire du salarié relative au régime de complémentaire santé.

A cet effet, l'employeur prend en charge, de façon uniforme, une partie des cotisations incombant au salarié qui se trouve dans l'obligation d'adhérer au régime.

La participation de l'employeur s'élève à 50% de la cotisation globale de chaque salarié, hors option(s) complémentaire(s) facultative(s) éventuellement souscrite(s) par le salarié, soit 17,75 € au 1^{er} janvier 2016.

G. N. P. ES NL 094

Les ayants droits (conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, enfant à charge) et les retraités ne bénéficient pas du financement de l'employeur, même s'ils adhèrent à titre facultatif au régime de complémentaire santé.

4.3 Cotisations à la charge du salarié

Les cotisations restant à la charge du salarié, après la participation de la Caisse Régionale des Côtes d'Armor et la participation éventuelle du CE, seront prélevées mensuellement sur son salaire par l'employeur.

4.4 Evolution ultérieure des cotisations

Les cotisations sont indexées sur le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

En cas d'augmentation des cotisations dans la limite de 4% par an, due notamment à une modification législative ou réglementaire ou à un rapport prestations/cotisations déséquilibré, cette augmentation sera automatique. La hausse des cotisations sera répartie dans ce cas entre l'employeur et les salariés dans les mêmes proportions que celles prévues à l'article 4.2 ci-dessus.

Dans l'hypothèse où l'augmentation des cotisations serait supérieure à 4%, celle-ci fera l'objet d'échanges entre les membres de la Commission paritaire de suivi du régime de complémentaire santé prévue à l'article 8 et pourra donner lieu à la signature d'un avenant au présent accord.

4.5 Effet du paiement de taxes sur la contribution de l'employeur

La participation de l'employeur au régime de complémentaire santé est soumise au forfait social de 8%. Dans le cas où le forfait social augmenterait, cette augmentation fera l'objet d'échanges entre les membres de la Commission paritaire de suivi du régime de complémentaire santé prévue à l'article 8.

Article 5 – Suspension du contrat de travail

5.1 Suspension du contrat de travail avec indemnisation

Dans tous les cas de suspension du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation complémentaire ou maintien total ou partiel de salaire (maladie, maternité, etc.), et pendant toute la période d'indemnisation, la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné. Les cotisations salariales continueront à être précomptées sur le montant de la rémunération maintenue et la Caisse Régionale maintiendra sa participation patronale.

5.2 Suspension du contrat de travail non-indemnisée

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail n'ouvrant pas ou plus droit à indemnisation ou maintien de salaire (congé pour convenance personnelle, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, etc.), le bénéfice du régime est maintenu. La participation de l'employeur sera maintenue pendant une durée d'un an.

Au-delà de la période d'un an indiquée ci-dessus, le bénéfice du régime est maintenu sans financement de l'employeur.

Le salarié devra régler directement à l'employeur, par prélèvement automatique sur son compte bancaire, la part de cotisations restant à sa charge.

Article 6 – Rupture du contrat de travail et portabilité des droits

Les salariés bénéficiaires du présent régime, ainsi que leurs ayants droit, auront droit au maintien des garanties en vigueur dans l'entreprise en cas de rupture de leur contrat de travail 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 assuré par un système de mutualisation. Le coût correspondant est intégré dans les cotisations prévues au présent écrit.

Les retraités anciens salariés peuvent demander à l'organisme assureur le maintien à titre individuel de la couverture, sans financement de l'employeur.

En cas de décès du salarié bénéficiaire, le conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS ainsi que les ayants droits survivants peuvent demander à l'organisme assureur le maintien de la couverture, sans financement de l'employeur, dans les limites fixées par la loi Evin.

Article 7 – Obligation d'information

7.1 Information individuelle

La Caisse Régionale des Côtes d'Armor s'engage à remettre à chaque salarié et à tout nouvel embauché une notice d'information détaillée établie par l'organisme assureur résumant notamment les garanties, leurs modalités d'application, le montant des cotisations et un bulletin d'adhésion.

Les salariés seront informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations afférentes aux garanties souscrites.

7.2 Information collective

Le CHSCT et le CE ont été respectivement informés et consultés sur ce projet d'accord en date du 10 septembre 2015 et du 24 septembre 2015.

Le CHSCT et le CE auront connaissance du rapport établi chaque semestre par l'organisme assureur sur les comptes du contrat d'assurance collective.

Article 8 – Commission paritaire de suivi du régime de complémentaire santé

Dans le cadre du présent accord, il est instauré une Commission paritaire de suivi du régime de complémentaire santé, appelée « Commission Complémentaire santé » et chargée de suivre l'exécution du contrat et de décider de mesures éventuelles.

La Commission Complémentaire santé sera composée de deux représentants par organisation syndicale dans l'entreprise et de représentants de la Direction.

Des représentants de l'organisme assureur pourront également participer aux réunions de la Commission Complémentaire santé sur demande de celle-ci.

La Commission se réunira deux fois par an à l'initiative de la Direction ou du président de la Commission Complémentaire santé.

Article 9 – Durée, révision et dénonciation de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il pourra être révisé conformément aux dispositions des articles L2261-7 et -8 du Code du travail. Il pourra également être dénoncé conformément aux dispositions des articles L2261-9 et suivants du même Code.

Il s'appliquera à partir du 1^{er} janvier 2016.

Les parties conviennent de se réunir pour examiner dans les meilleurs délais les conséquences de toute évolution législative ou réglementaire ayant un impact sur les dispositions du présent accord ou sur les conditions de son application.

Article 10 – Publicité et dépôt

Conformément à la législation, le présent accord sera déposé auprès de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) ainsi qu'auprès du greffe du Conseil de Prud'hommes.

Fait à PLOUFRAGAN, le 12 octobre 2015

Les organisations syndicales

Le Directeur Général

Jean-Yves CARILLET

CFDT Patricia JOURDEN



CGT Armand TRAPE



FO Emma STAVIN



SNECA/CGC Jean DUCU



SUDCAM Nathalie BENTRAND



A.N. A'ES < NL JEU

Annexe : Garanties applicables au 1^{er} janvier 2016

G.N. R. ES NL JM

TABLEAU DES GARANTIES SOUSCRITES PAR L'ENTREPRISE

Les postes sont présentés Sécurité sociale incluse sauf mention contraire.

Actes	Assiette	Offre CAA	Offre CAA + Option 1	Offre CAA + Option 2	Offre CAA + Option 3
SOINS MEDICAUX COURANTS					
Honoraires (consultations et actes techniques dont radiologie) : médecins signataires du contrat d'accès aux soins (généralistes, spécialistes)	BR	150%	175%	200%	225%
Honoraires (consultations et actes techniques dont radiologie) : médecins non signataires du contrat d'accès aux soins (généralistes, spécialistes)	BR	125%	150%	175%	200%
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (anc. vignettes blanches)	BR	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu modéré (anc. vignettes bleues)	BR	100%	100%	100%	100%
Auxiliaires médicaux	BR	100%	100%	100%	100%
Analyses	BR	100%	100%	100%	100%
Transport	BR	100%	100%	100%	100%
HOSPITALISATION					
Frais de séjour établissements conventionnés	BR	150%	175%	200%	225%
Frais de séjour établissements non conventionnés	BR	100%	100%	100%	100%
Honoraires (consultations et actes techniques) : médecins signataires du contrat d'accès aux soins	BR	150%	175%	200%	225%
Honoraires (consultations et actes techniques) : médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	BR	125%	150%	175%	200%
Franchise hospitalière	BR	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier					
<i>Sans limitation de durée dans les établissements de santé</i>	FR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière					
<i>En € / jour</i>	Euros	40 €	60 €	70 €	90 €
Frais d'accompagnement (y compris lit)					
<i>En € / jour, plafonnés à 60 jours / année civile</i>	Euros	35 €	50 €	65 €	80 €
<i>Enfant de moins de 16 ans et ascendant de plus de 70 ans</i>					
DENTAIRE					
Consultations et soins dentaires	BR	100%	100%	100%	100%
Inlay-onlay	BR	300%	300%	375%	450%
Prothèses dentaires prises en charge dont inlay-core	BR	300%	300%	375%	450%
Prothèses sur implant prises en charge	BR	375%	375%	475%	575%
Prothèses dentaires non prises en charge					
<i>En % BR reconstituée</i>	BR reconstituée	200%	225%	300%	375%
Orthodontie prise en charge	BR	300%	300%	375%	450%
Orthodontie non prise en charge					
<i>En % BR reconstituée</i>	BR reconstituée	200%	200%	275%	350%
Implantologie					
<i>En € / implant</i>	Euros	300 €	600 €	800 €	1 000 €
Parodontologie, endodontie (remboursées et non remboursées)					
<i>En BR + € / an</i>	BR + Euros	100% BR	100% BR + 200 €	100% BR + 250 €	100% BR + 300 €
Plafonds dentaires					
<i>par an / bénéficiaire</i>	Euros	1 500 €	2 000 €	2 500 €	3 000 €

Le remboursement inclut le remboursement de la Sécurité sociale sauf pour les prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale, l'orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale, l'implantologie, la parodontologie et l'endodontie non remboursées par la Sécurité sociale

Un plafond global en Euros est prévu sur les garanties dentaires (hors consultations et soins dentaires, prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale et orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale. Il s'applique sur l'ensemble des autres garanties, dont les inlay-onlay)

Actes	Assiette	Offre CAA	Offre CAA + Option 1	Offre CAA + Option 2	Offre CAA + Option 3
OPTIQUE (Sécurité Sociale exclue)					
Monture	Euros	100 €	100 €	110 €	130 €
Verre simple (par verre) ⁽¹⁾	Euros	65 €	85 €	95 €	110 €
Verre complexe (par verre) ⁽²⁾	Euros	130 €	155 €	195 €	235 €
Verre hypercomplexe (par verre) ⁽³⁾	Euros	155 €	205 €	245 €	285 €
Lentilles prises en charge ou non <i>En € / an pour les deux yeux, y compris jetables</i>	Euros	175 €	200 €	250 €	300 €
Chirurgie réfractive <i>En € / oeil</i> <i>Myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie</i>	Euros	200 €	300 €	400 €	500 €
<i>Les forfaits s'entendent remboursement de la Sécurité Sociale exclu dans la limite d'un équipement tous les deux ans pour les paires de lunettes (une monture et deux verres) pour les adultes sauf en cas de modification de la vue</i>					
<i>(1) Verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00</i>					
<i>(2) Verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif</i>					
<i>(3) Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries</i>					
AUTRES					
Grands et petits appareillages pris en charge <i>Orthèses, prothèses médicales, orthopédie et locations d'appareils</i>	BR	100%	250%	300%	350%
Prothèses auditives prises en charge <i>En BR + € / an</i>	BR + Euros	100% BR	100% BR + 800 €	100% BR + 1 000 €	100% BR + 1 200 €
Complément prothèses médicales prises en charge <i>En € / an</i> <i>Implant capillaire, mammaire</i> <i>Sous condition (inscription liste ALD)</i>	Euros	50 €	150 €	200 €	250 €
Cures thermales prises en charge <i>En € / an, pour le transport et l'hébergement</i>	Euros	RSS + 100 €	RSS + 200 €	RSS + 250 €	RSS + 300 €
Cures thermales prises en charge - Honoraires	BR	100%	100%	100%	100%
Allocation naissance	PMSS	-	7,5% (238 €)	10,0% (317 €)	12,5% (396 €)
Actes de prévention <i>Conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale</i>	BR	100%	100%	100%	100%
<i>L'allocation naissance est versée par enfant, pour naissance ou adoption, quel que soit le sexe de l'assuré et sans contrainte de rattachement au contrat</i>					
<i>Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité Sociale sauf pour le complément prothèses médicales prises en charge par la Sécurité Sociale, l'allocation naissance et les transports et hébergement pour les cures thermales</i>					
PACK PLUS					
Consultations d'ostéopathie, acupuncture, diététicien, étio-pathie, chiropractie, de podologie / pédicure, shiatsu, réflexologie, sophrologie, phytothérapie, naturopathie, micro kinésithérapie (prix par séance) <i>Uniquement praticiens rattachés à une fédération reconnue - détail dans les CG</i>	Euros	30 € (limité à 3 séances / an)	40 € (limité à 3 séances / an)	50 € (limité à 3 séances / an)	60 € (limité à 3 séances / an)
Médicaments à service médical rendu faible (anc. vignettes orange)	BR	100%	100%	100%	100%
Pharmacie prescrite non prise en charge <i>En € / an, incluant sevrage tabagique et contraception</i>	Euros	30 €	40 €	50 €	60 €
Vaccins prescrits non pris en charge <i>En € / an</i>	Euros	15 €	20 €	25 €	30 €
Cagnotte Hospitalisation <i>En € / hospitalisation</i>	Euros	500 €	750 €	1 000 €	1 000 €
Garanties d'assistance pour la France métropolitaine	-	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse
<i>La cagnotte est débloquée par hospitalisation > 10 jours, dans la limite de 3 versements par an et par bénéficiaire</i>					