

Convention collective

IDCC : 9612. – **EXPLOITATIONS AGRICOLES DE POLY CULTURE, D'ÉLEVAGE,
DE MARAÎCHAGE, D'ARBORICULTURE FRUITIÈRE, HARAS ET CUMA
(ORNE)**

(20 juillet 1977)

(Etendue par arrêté du 25 janvier 1979,
Journal officiel du 10 mars 1979)

ACCORD DU 19 JUIN 2009

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS NON CADRES

NOR : AGRS0997096M

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles de
l'Orne ;

La fédération des CUMA de l'Orne,

D'une part, et

Le syndicat général agroalimentaire de l'Orne CFTD ;

L'union départementale des syndicats CFE-CGC ;

L'union départementale des syndicats CFTC de l'Orne ;

L'union départementale des syndicats FO de l'Orne ;

La FNAF CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Par le présent accord, les partenaires sociaux signataires souhaitent mettre en place un régime de frais de santé départemental comme le leur permet l'accord national du 10 juin 2008 relatif à une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, garantissant des prestations complémentaires au régime obligatoire de la mutualité sociale agricole, en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

Les partenaires sociaux signataires, entendent ainsi :

- permettre aux salariés agricoles non cadres relevant des activités définies ci-après et des CUMA du département de l'Orne de bénéficier d'un régime complémentaire de frais de santé offrant un bon niveau de

garanties en contrepartie d'un coût raisonnable afin, notamment, de favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche ; de conserver la maîtrise du régime au niveau local.

Le présent accord est un accord autonome de la convention collective des exploitations de polyculture, élevage, maraîchage, arboriculture fruitière, des haras et des CUMA du département de l'Orne.

Article 1^{er}

Champ d'application

Article 1.1

Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable de manière obligatoire à l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des entreprises agricoles relevant des activités agricoles du département de l'Orne définies ci-après :

- polyculture/élevage ;
- coopératives d'utilisation de matériels agricoles (CUMA) ;
- haras ;
- arboriculture fruitière ;
- cultures maraîchères ;
- cultures légumières de plein champ ;
- les structures agro-touristiques et activités qui sont dans le prolongement de l'acte de production ou qui ont pour support l'exploitation telles que définies par le code rural.

Article 1.2

Champ d'application territorial

Le présent accord régit tous les travaux salariés visés à l'article 1.1, effectués dans des entreprises situées sur le département de l'Orne et dans tous les établissements dont le siège, représenté par des bâtiments d'exploitation, est situé sur le territoire du département de l'Orne, même si les terrains de cultures s'étendent sur un département limitrophe.

Article 2

Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur pour l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application à compter du 1^{er} janvier 2010 si son arrêté d'extension est publié avant cette date.

En tout état de cause, le présent accord s'imposera à compter du 1^{er} janvier 2010 aux employeurs et salariés ressortissant à des entreprises adhérentes aux organisations signataires.

Le présent accord pourra également, préalablement à son extension, être appliqué de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissant à des entreprises non adhérentes aux organisations signataires.

Les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent accord si les circonstances en démontrent l'utilité.

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

Article 3

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent aux salariés non cadres ayant 1 an d'ancienneté dans l'entreprise et relevant du champ d'application du présent accord.

En outre, les salariés nouvellement embauchés dans une entreprise relevant du champ d'application de l'accord, ayant acquis préalablement le bénéfice du présent accord dans une autre entreprise relevant du champ d'application de l'accord, font l'objet d'un transfert de leurs droits acquis, dès lors que leur embauche intervient au plus tard dans les 3 mois suivant la fin de leur contrat de travail précédent.

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

Affiliation

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés à l'article 3, auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 5, par la signature d'un bulletin d'affiliation.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime.

Cas d'exclusion

- les cadres ressortissant à la convention collective nationale 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 ;
- les VRP ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles obligatoires ;
- les salariés non cadres définis ci-dessus ressortissant d'un accord d'entreprise dans les conditions fixées à l'article 11 du présent accord.

Dispenses d'affiliation

Ont par ailleurs la possibilité de solliciter une dispense d'affiliation afin de ne pas souscrire au présent régime les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :

- au jour de l'entrée en vigueur du présent accord les salariés bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs tel que défini par la loi, 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 supérieur ;

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 dues ni par le salarié ni par l'employeur.

- les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément peuvent également demander à être exclus de la présente assurance complémentaire ;
- les salariés ayant une faible rémunération : les salariés concernés sont ceux ayant une durée du travail inférieure à un mi-temps et n'ayant qu'un seul employeur ou les apprentis, pour lesquels le montant de cotisation à leur charge représenterait 10 % ou plus de leur rémunération.

Ces salariés qui devraient acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle au revenu, au moins égale à 10 % de leur rémunération, peuvent choisir de ne pas adhérer, sans remise en cause du caractère collectif du régime.

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. Il s'agira de l'employeur chez lequel le salarié a le plus d'ancienneté, qui prendra en charge la cotisation à la complémentaire frais de santé telle que définie à l'article 7.1.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse de la part du salarié concerné, qui devra produire chaque année les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

Au jour de l'entrée en vigueur de l'accord les salariés concernés doivent faire leur demande d'exclusion par écrit adressée à l'employeur avant la fin du premier mois d'application de l'accord, avec les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur de l'accord, la demande d'exclusion doit être notifiée par écrit à l'employeur dans un délai de 1 mois suivant l'obtention de la condition d'ancienneté requise.

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d'affiliation, il doit en informer l'employeur et il devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant.

Dans les cas d'exclusion ou de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Article 4

Offre à adhésion individuelle et facultative

Article 4.1

Salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

S'agissant des salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté permettant d'accéder au régime obligatoire mis en place par le présent accord, les partenaires sociaux ont souhaité qu'ils puissent accéder à un régime à adhésion volontaire et facultatif offrant des prestations identiques.

Les modalités, les conditions d'accès et la fixation de la cotisation relatives à cette offre facultative sont précisées dans l'annexe II du présent accord.

Article 4.2

Extension famille (enfants et conjoint) facultative

Les partenaires sociaux ont également souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à la famille du salarié (conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

Les modalités, les conditions d'accès et la fixation de la cotisation relatives à cette offre facultative sont précisées dans l'annexe II du présent accord.

Article 5

Garanties

La nature et le montant des prestations du régime conventionnel sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (voir annexe I « Tableau des garanties complémentaire santé »).

Le présent régime ne couvre à titre obligatoire que le salarié seul.

Le présent régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime social de base, dans la limite des frais réels.

Ce régime s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits « responsables » défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application.

Ainsi, le présent régime ne rembourse ni les pénalités mises à la charge de l'assuré notamment en cas de non-respect du parcours de soins ni la participation forfaitaire et la franchise respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

En tout état de cause, les garanties du présent régime seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits « responsables ».

Article 6

Gestion du régime complémentaire frais de santé

Pour assurer la gestion de leur régime complémentaire obligatoire frais de santé, les organisations signataires ont convenu, après avoir procédé à un appel d'offres, de désigner l'organisme suivant : 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, 75015 Paris, adhérente à la fédération de la mutualité française.

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans la convention conclue entre l'organisme assureur et les partenaires sociaux signataires.

Les modalités d'organisation de la mutualisation du régime seront régulièrement réexaminées par les partenaires sociaux.

Article 7

Cotisation

Article 7.1

Montant de la cotisation

Le présent accord relève des articles L. 871-1 du code de la sécurité sociale et L. 741-10 du code rural.

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du présent accord. Les cotisations pourront être revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie, à cette occasion.

Les taux de cotisations ainsi définis sont garantis par PREVADIES pour une durée de 3 ans, à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, soit au 1^{er} janvier 2010.

Cotisation isolée obligatoire :

Le taux global de la cotisation mensuelle du présent régime « complémentaire frais de santé » est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sera égal à 0,92 % du PMSS.

La tarification isolée obligatoire concerne le salarié seul.

La cotisation obligatoire ainsi prévue est répartie à raison de :

- 15 % à la charge de l'employeur, dans la limite d'un montant de 5 € par mois ;
- 85 % à la charge du salarié.

Article 7.2

Appel et recouvrement

L'appel et le recouvrement des cotisations obligatoires seront confiés à la mutualité sociale agricole pour le compte de PREVADIES selon les termes d'un accord conclu entre eux.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme gestionnaire des cotisations dans le premier mois de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé.

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 8

Règlement des prestations et tiers payant

PREVADIES procède aux versements des prestations grâce à la télétransmission établie avec les caisses de mutualité sociale agricole, ou le cas échéant encore sur pièces justificatives des dépenses réelles (notamment optiques ou dentaires).

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans le contrat d'adhésion de l'entreprise et la notice d'information remise aux salariés.

Après l'enregistrement de l'affiliation de l'assuré auprès de l'organisme assureur, l'organisme gestionnaire délivrera une carte Santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires.

Cette carte Santé reste la propriété de l'organisme assureur.

Article 9

Cessation des garanties

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise adhérente.

En outre, les salariés cessant leur activité, ont la possibilité de demander auprès de PREVADIES, dans des conditions définies par l'organisme précité, le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve qu'ils en fassent la demande au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail ou du décès. Dans ce cadre PREVADIES procédera à la collecte de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés, sans que celle-ci dépasse de plus 50 % la cotisation des actifs.

Les salariés visés sont ceux prévus à l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, à savoir :

- les anciens adhérents salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ;
- les personnes garanties du chef de l'adhérent salarié décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Les conjoints eux-mêmes retraités ou préretraités pourront demander également à bénéficier du maintien de ces garanties à titre individuel auprès de PREVADIES, dans les 6 mois suivant la rupture du contrat ou de la date de décès du salarié.

Article 10

Suspension du contrat de travail

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du présent régime obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Les contributions de l'employeur et du salarié sont maintenues et dues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

En cas de suspension du contrat de travail, sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, la couverture pourra être maintenue à la demande du salarié formulée à PREVADIES, sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation.

Article 11

Accord de gestion spécifique et suivi du régime

Les modalités de mises en œuvre pratiques des garanties prévues par le présent accord font l'objet d'une convention de gestion distincte qui définit entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux, notamment les modalités de suivi du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront (1) par ailleurs au moins une fois par an, et en cas de besoin avec les représentants de l'organisme désigné, afin notamment :

- de faire le point des entreprises et salariés relevant du présent accord ;
- de dresser un bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de frais de santé mis en place par l'accord ;
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime ;
- 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

Adhésion, antériorité des régimes d'entreprise

L'adhésion de toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord et l'affiliation des salariés bénéficiaires visés à l'article 3 de ces entreprises auprès de l'organisme assureur désigné, est obligatoire à compter de la prise d'effet du présent accord, y compris pour les entreprises ayant antérieurement souscrit une garantie de frais de santé.

Tout employeur ayant une activité définie à l'article 1^{er} du présent accord est tenu d'adhérer au présent régime pour l'ensemble des salariés concernés par le présent accord, en application des modalités fixées entre les partenaires sociaux et l'organisme désigné.

Les entreprises disposant déjà d'un régime complémentaire de santé obligatoire au jour de la signature du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies en annexe du présent accord pour un niveau de prestations supérieures, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord.

En revanche, les entreprises ayant mis en place, préalablement à la signature du présent accord, un régime complémentaire de santé obligatoire de niveau égal ou inférieur aux garanties définies en annexe V du présent accord doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel ainsi défini, à compter de la date de son entrée en vigueur.

(1) Dans le cadre d'un groupe paritaire composé des membres signataires représentant les employeurs et les salariés, prévus dans le cadre de la commission de suivi du régime de prévoyance.

Article 13

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement des prestations par PREVADIES à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

Article 14

Clause de réexamen. – Dénonciation

Conformément aux articles L. 912-1 et L. 912-2 du code de la sécurité sociale, le régime d'assurance complémentaire de santé mis en œuvre par le présent accord fera l'objet d'un réexamen, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date de son entrée en vigueur, pour permettre aux partenaires sociaux signataires d'en revoir, au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les conditions tant en matière de garanties que de financement et de choix de l'organisme assureur.

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 3 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 15

Formalités administratives

Le présent accord sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent accord.

Fait à Alençon, le 19 juin 2009.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

Tableau garanties complémentaire santé

PRESTATIONS DU RÉGIME GÉNÉRAL AU 1 ^{er} JANVIER 2009	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION MUTUELLE	REMBOURSEMENT
Honoraires médicaux Consultations généralistes Consultations spécialistes, professeur en médecine ou neuropsychiatre Visites généralistes et spécialistes Actes techniques médicaux et d'échographie Actes d'imagerie médicale, dont ostéodensitométrie Actes de sages-femmes Participation forfaitaire laissée à la charge des assurés par l'assurance maladie obligatoire, instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €)	70 % 70 % 70 % 70 % 70 % 70 % Non	200 % 300 % 200 % 30 % 30 % 30 % 100 %	270 % 370 % 270 % 100 % 100 % 100 % 100 %
Auxiliaires médicaux Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60 %	40 %	100 %
Actes d'ostéopathie Actes d'ostéopathie par séance limités à 3 séances par semestre	-	20 €	20 €
Soins à l'étranger Soins pris en charge par l'assurance maladie obligatoire	65 %	35 %	100 %

PRESTATIONS DU RÉGIME GÉNÉRAL AU 1 ^{er} JANVIER 2009	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION MUTUELLE	REMBOURSEMENT
Appareillage Dispositifs médicaux et appareillages	65 %	35 %	100 %
Analyses et examens biologiques Examen de laboratoire Prélèvement non médecin	60 % 60 %	40 % 40 %	100 % 100 %
Pharmacie Pharmacie à vignette blanche Pharmacie à vignette bleue	65 % 35 %	35 % 65 %	100 % 100 %
Hospitalisation chirurgicale (secteur conventionné ou non) Honoraires médecins Frais de séjour Participation forfaitaire laissée à la charge des assurés par l'assurance maladie obligatoire, instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €) Forfait journalier Chambre particulière	De 80 % à 100 % 80 % Non Non Non	150 % 20 % 100 % Oui (1) 25 € par jour	De 230 % à 250 % 100 % 100 % Oui (1) 25 € par jour
Transport	65 %	35 %	100 %
Hospitalisation médicale (secteur conventionné ou non) Honoraires médecins Frais de séjour	De 80 % à 100 % 80 %	150 % 20 %	De 230 % à 250 % 100 %

PRESTATIONS DU RÉGIME GÉNÉRAL AU 1 ^{er} JANVIER 2009	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION MUTUELLE	REMBOURSEMENT
Forfait journalier (3) Participation forfaitaire laissée à la charge des assurés par l'assurance maladie obligatoire, instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €) Chambre particulière (3)	Non Non Non	Oui (1) 100 % 25 € par jour	Oui (1) 100 % 25 € par jour
Maternité (secteur conventionné ou non) Honoraires Chambre particulière et dépassement d'honoraires	100 % Non	Non 1/3 du PMSS par bénéficiaire/ maternité	100 % 1/3 du PMSS par bénéficiaire/maternité
Dentaire Consultation soins et actes d'imagerie médicale Prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (nomenclature générale des actes professionnels ou CCAW) Orthodontie acceptée par assurance maladie obligatoire	70 % 70 % 100 %	30 % 150 % + 300 € par an 150 %	100 % 220 % + 300 € par an 250 %
Optique Optique + forfait (monture + verres + lentilles [avec prise en charge acceptée])	65 %	390 % + 10 % PMSS par an	455 % + 10 % PMSS par an (2)
Garanties supplémentaires Préservez votre capital santé Actes pris en charge conformément à l'arrêté du 8 juin 2006 concernant les contrats responsables en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale			

PRESTATIONS DU RÉGIME GÉNÉRAL AU 1 ^{er} JANVIER 2009	REMBOURSEMENT régime obligatoire	PARTICIPATION MUTUELLE	REMBOURSEMENT
Vaccins remboursés par l'assurance maladie obligatoire Dépistage de l'hépatite B Détartrage annuel complet Scellement des sillons (avant 14 ans)	65 % 60 % 70 % 70 %	35 % 40 % 30 % 30 %	100 % 100 % 100 % 100 %
PREVADIES santé services (4) Assistance santé (voir notice d'information)	-	Oui	Oui
<p>(1) Selon les dernières valeurs fixées par décret ministériel. (2) Par année civile et par bénéficiaire. (3) Limité à 60 jours par an en psychiatrie. (4) Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par Mondial assistance France SAS, société par action simplifiée au capital social de 7 584 076,86 €, RCS Paris 490 381 753, siège social, 54, rue de Londres, 75008 Paris, société de courtage d'assurances immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 026 669 agissant au nom et pour le compte de Fragonard assurances, société anonyme au capital de 37 207 660 €, RCS Paris 479 065 3251, entreprise régie par le code des assurances, siège social : 2, rue Fragonard, 75017 Paris.</p>			

Participation forfaitaire et franchises médicales :

Sont laissées à la charge des assurés sociaux par l'assurance maladie obligatoire et viennent en déduction du remboursement de l'assurance maladie obligatoire :

- la participation forfaitaire pour tout acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale ;
- les franchises médicales annuelles sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret par bénéficiaire de soins. Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, les enfants et jeunes de moins de 18 ans et les femmes enceintes en sont toutefois exonérés.

De par la réglementation, elles ne sont pas remboursées par la mutuelle au titre de la présente garantie et restent à la charge du bénéficiaire des soins.

Prestations hors parcours de soins coordonnés

Lorsque vous recevez des soins médicaux sans passer par votre médecin traitant, à l'exception des cas prévus par la loi, l'assurance maladie obligatoire considère que vous ne respectez pas le parcours de soins coordonné.

C'est pourquoi les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement. Ces diminutions de remboursement par l'assurance maladie obligatoire restent, de par la loi, à votre charge exclusive et ne peuvent être remboursées par la présente garantie.

Par ailleurs, la part des dépassements d'honoraires dont le remboursement est autorisé par la réglementation n'est prise en charge, dans la limite de la garantie, qu'en cas d'hospitalisation.

ANNEXE II

Offres à adhésion individuelle et facultative

1. Les salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

S'agissant des salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté permettant d'accéder au régime mis en place par le présent accord, les partenaires sociaux ont souhaité qu'ils puissent accéder à un régime à adhésion volontaire et facultatif offrant des prestations identiques, à un taux de cotisation défini par PREVADIES.

Ces salariés peuvent donc demander à bénéficier à titre individuel et facultatif des garanties prévues par le présent accord, auprès de l'organisme assureur et dans les conditions prévues par PREVADIES. PREVADIES proposera ainsi aux salariés intéressés un contrat individuel.

Le taux global de la cotisation mensuelle facultative à la seule charge du salarié est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est égal à :

- 1,06 % du PMSS pour la cotisation isolée ;
- 2,75 % du PMSS pour la cotisation famille (incluant la cotisation isolée).

Ce régime est ouvert auprès du même organisme que celui désigné pour le régime obligatoire, il est géré à part du présent accord, au sein de PREVADIES.

La cotisation qui en résulte est entièrement à la charge du salarié et l'organisme assureur procédera à la collecte de la cotisation.

Il est précisé que, la cotisation correspondant au régime facultatif pourra évoluer différemment de celle correspondant au régime obligatoire si les résultats financiers de chacun des régimes le justifient.

2. L'extension famille (conjoint et enfant) individuelle et facultative

Les partenaires sociaux ont également souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à la famille du salarié (conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

L'extension famille (conjoint et enfants) est facultative et est laissée au choix de l'affilié.

Le taux global de la cotisation mensuelle facultative extension famille à la seule charge du salarié est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est égal à 1,47 % du PMSS.

Le supplément de cotisation, représenté par la souscription à cette option, demeure entièrement à la charge exclusive du salarié et PREVADIES procédera à la collecte de la cotisation.

Définition des ayants droit du salarié :

- le conjoint, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;

- les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un Pacs, jusqu'au 31 décembre qui suit son 20^e anniversaire ou son 28^e anniversaire s'il suit un contrat d'alternance dans les conditions déterminées par le code du travail ou s'il poursuit des études ;
- les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un Pacs, bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Définition des enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge :

- les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un Pacs, jusqu'au 31 décembre qui suit son 20^e anniversaire ou son 28^e anniversaire s'il suit un contrat d'alternance dans les conditions déterminées par le code du travail ou s'il poursuit ses études ;
- les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un Pacs, bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).