

**ACCORD D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE en date du 18 août 2009
annulant et remplaçant l'accord signé le 29 avril 2009
CONCERNANT LES SALARIES NON CADRES DES EXPLOITATIONS AGRICOLES,
COOPERATIVES D'UTILISATION DE MATERIEL AGRICOLE (CUMA) de la Vienne ET
ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX
DE LA VIENNE ET DES DEUX SEVRES**

ENTRE :

- La Fédération Départementale des Syndicats d'Exploitants Agricoles de la Vienne,
- La Chambre Syndicale des Exploitants Agricoles Employeurs de Main-d'œuvre de la Vienne,
- La Fédération Départementale des Horticulteurs et Pépiniéristes de la Vienne,
- La Fédération Départementale des CUMA de la Vienne,
- Le Syndicat des Entrepreneurs de Travaux Agricoles Ruraux et Forestiers de la Vienne (Entreprise des territoires de la vienne),
- le Syndicat des Entrepreneurs de Travaux Agricoles Ruraux et Forestiers des Deux Sèvres (Entreprise des territoires des Deux Sèvres),

D'une part

ET :

- Le syndicat général agroalimentaire C.F.D.T. de la Vienne,
- Le syndicat général agroalimentaire C.F.D.T. des Deux Sèvres,
- L'Union Départementale des Syndicats C.F.E.- C.G.C. de la Vienne,
- L'Union Départementale des Syndicats C.F.E.- C.G.C. des Deux Sèvres,
- L'Union Départementale des Syndicats FO de la Vienne
- L'Union Départementale des Syndicats FO des Deux Sèvres
- L'Union Départementale des Syndicats CGT de la Vienne
- L'Union Départementale des Syndicats CGT des Deux Sèvres

D'autre part

Il a été convenu ce qui suit :

PREAMBULE

Ce Présent accord vient annuler et remplacer le précédent accord complémentaire frais de santé en date du 29 avril 2009.

Pour rappel, le présent accord a pour objet de mettre en place un régime d'assurance au niveau départemental (comme le permet l'accord national du 10 juin 2008 relatif à « la protection sociale complémentaire en agriculture et à 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 des entreprises et exploitations du secteur d'activité de bénéficier d'une couverture santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable ;
- Favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche professionnelle ;
- Conserver la maîtrise du régime de protection sociale au niveau local.

Le Présent accord est un accord autonome de la convention collective du secteur de la production agricole du département de la Vienne et des entreprises de travaux agricoles et forestiers de départements de la Vienne et des Deux-Sèvres.

Article 1 : Champ d'application

Le présent accord est applicable à l'ensemble des salariés non cadres des secteurs de la production agricole du département de la VIENNE et des entreprises de travaux agricoles ruraux et forestiers des départements de la VIENNE et des DEUX SEVRES et DES CUMA de la vienne relevant des activités suivantes :

CHAMP D'APPLICATION PROFESSIONNEL

Les salariés y compris les apprentis de nationalité française ou étrangère travaillant dans :

** les exploitations de culture et d'élevage de quelque nature qu'elles soient (polyculture, cultures et élevages spécialisés, horticulture, maraîchage, arboriculture, pépinières...), ainsi que dans les établissements de toute nature dirigés par les exploitants agricoles en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles, lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production ou dans les structures d'accueil touristique qui ont pour support l'exploitation, et cela quelques soient les formes juridiques adoptées.*

** les coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA)*

** les entreprises de travaux agricoles et ruraux*

CHAMP D'APPLICATION TERRITORIAL

La présente convention régit tous les travaux salariés visés à l'article 1, effectués dans des entreprises situées sur les territoires suivants :

- exploitations agricoles : département de la Vienne

- entreprises de travaux agricoles ruraux et forestiers: départements de la Vienne et des Deux Sèvres

- CUMA : département de la Vienne

Article 2 : 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 trois mois civil 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.

Sont exclus du bénéfice du régime institué par le présent accord :

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

Article 3 : Clause de migration

L'adhésion de toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord et l'affiliation des salariés bénéficiaires visés à l'article 2 (sauf application des dispositions prévues à l'article 4) 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 frais de santé.

Article 4 : Adhésion - Affiliation

Adhésion obligatoire :

L'entreprise recevra sa notification d'adhésion obligatoire.

Affiliation obligatoire :

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés à l'article 2 ci-dessus, auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 16, 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.

Pendant toute la durée de l'accord, aucun salarié bénéficiaire ne peut démissionner du régime à titre individuel et de son propre fait.

Dispense 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 la mise en place

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 régime frais de santé 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.

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.

De façon permanente

- Les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé visée à l'article L863-1 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.

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 6.

- 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.

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 de dispense par écrit adressée à l'employeur avant la fin du 1^{er} mois d'application de l'accord, avec les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur de l'accord, la demande de dispense doit être notifiée par écrit à l'employeur dans un délai d'un 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 pas dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Article 5 : Garanties

La nature et le montant des prestations du régime conventionnel sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (voir annexe 1 « tableau 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 L322-2 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 ».

Les garanties prises en application du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles sont revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

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

Sont couverts tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base au titre de la législation « maladie », « accidents du travail / maladies professionnelles » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans le tableau des prestations visées à l'annexe 1.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dument justifiés restant à charge du salarié, après intervention du régime de base et / ou d'éventuels organismes complémentaires. Les garanties « Maternité » prévues au présent régime n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature de la Mutualité Sociale Agricole au titre du risque maternité.

Article 6 : Cotisation

Le présent accord relève des articles L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et L. 741-10 du Code Rural et à ce titre les contributions patronales sont exonérées.

1 Montant de la cotisation :

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.

La cotisation mensuelle du présent régime de « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la Mutualité Sociale Agricole et sera égale, pour l'exercice 2010 à :

Cotisation salarié obligatoire :	1,01 % PMSS
---	--------------------

Répartie à raison de :

- **20 % à la charge de l'employeur,**
- **80 % à la charge du salarié.**

Le taux de cotisation sera indexé au minimum sur le dernier indice connu de l'évolution des dépenses de santé communiqué par les caisses nationales d'assurance maladie sauf si les résultats du régime compensent l'évolution de cet indice. L'indexation ainsi définie sera communiquée moyennant le respect d'un délai de préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours.

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

2 Appel et recouvrement :

L'appel et le recouvrement des cotisations seront confiés à la Mutualité Sociale Agricole pour le compte de CRIA Prévoyance selon les termes d'un accord conclu entre eux.

Article 7 : Règlement des prestations

CRIA Prévoyance procède aux versements des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature, ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les Caisse de Mutualité Sociale Agricole et des Caisses Primaires d'Assurance Maladie, ou le cas échéant encore sur pièces justificatives des dépenses réelles.

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.

Article 8 : Tiers Payant

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.

L'entreprise adhérente s'engage, si la carte santé du salarié est en cours de validité, à en assurer la restitution auprès de l'organisme gestionnaire dans le délai de quinze jours suivant le départ du salarié (démission, licenciement, retraite, fin de contrat...).

Article 9 : Limite des garanties - Exclusions

Pendant la période de garanties les exclusions et limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues par l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale.

Ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais de soins :
 - engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Mutualité Sociale Agricole,
 - déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués,
 - engagés hors de France. Si la caisse de Mutualité Sociale Agricole à laquelle l'assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'organisme assureur sur la base de remboursement utilisée par la Mutualité Sociale Agricole et selon les garanties prévues par le présent avenant,
 - non remboursés par les régimes de base de la Mutualité Sociale Agricole (sauf ceux expressément visés à l'article 6),
 - ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes Médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base,
 - engagés au titre de la législation sur les pensions militaires,
 - au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements foyers ou des hospices,
 - qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique,
- les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge de l'assuré prévues à l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale,
- la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du Code la Sécurité sociale,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Pour les frais consécutifs à des actes soumis à entente préalable de la Mutualité Sociale Agricole, en l'absence de notification de refus à ces ententes préalables par les services de Mutualité Sociale Agricole, les règlements éventuels de l'organisme assureur seront effectués après avis des praticiens-conseils de l'organisme assureur.

Pour les frais consécutifs à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes Médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais consécutifs à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Mutualité Sociale Agricole.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de Mutualité Sociale Agricole sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'organisme assureur se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

Pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toutes autres indemnisations de la part de l'organisme assureur.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé à l'assuré de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produits spontanément par l'assuré, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'organisme assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisée par le régime de Mutualité Sociale Agricole.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, l'assuré doit transmettre à l'organisme assureur une facture détaillée établie par son médecin; à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

Article 10 : Plafond des remboursements

En cas d'intervention en secteur non-conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par le régime de base pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

La participation de l'organisme assureur ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à la charge du salarié après participation du régime de base et, éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire.

Article 11 : 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.

A titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittées, la garantie peut être maintenue pendant un délai de trois mois à compter de la cessation de la garantie. Dans ce cadre **CRIA PREVOYANCE** procédera à la collecte des cotisations auprès du salarié.

Les salariés ayant acquis préalablement le bénéfice du présent accord, dont le contrat de travail a pris fin et embauchés dans les 3 mois suivant la fin du contrat du travail auprès d'une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application visé à l'article 1, peuvent transférer leur droit acquis à la couverture complémentaire frais de santé prévue par le présent accord.

Dans ce cadre, les salariés doivent en faire la demande écrite formelle au nouvel employeur ; La MSA procédera à la collecte des cotisations.

La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

En tout état de cause et en cas de cessation des garanties, l'ancien salarié a la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à son intention.

Article 12: Maintien de garantie au profit des anciens salariés et des ayant droits d'un salarié décédé

Conformément aux dispositions prévues par l'article 4 de la loi Evin N°89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie frais de santé peut être maintenue par la souscription d'un contrat individuel proposé par la CRIA Prévoyance, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- Les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité,
- Les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite,

- Les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- Les ayants droits qui étaient garanties par l'intermédiaire d'un salarié décédé.

La CRIA Prévoyance procèdera à la collecte de la cotisation avec une majoration maximum de 50% par rapport à la cotisation globale des actifs (part employeur et part salarié).

Les intéressés devront en faire la demande auprès de la CRIA Prévoyance dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès du salarié.

Par extension, les anciens salariés privés d'emploi, non bénéficiaires d'un revenu de remplacement pourront également demander le maintien des garanties frais de santé. Toutefois, la demande devra être effectuée auprès du gestionnaire dans le mois suivant la date de rupture du contrat de travail.

Article 13 : Maintien des garanties et 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 sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation.

Article 14 : Prescription

Toutes actions de remboursement de prestations en nature dérivant des opérations mentionnées au présent accord sont prescrites dans le délai de 2 ans, à compter de l'événement qui y donne naissance.

Article 15 : Couverture facultative

Salariés non cadres ayant moins d'un an d'ancienneté :

Les salariés non cadres ayant moins d'un an d'ancienneté dans une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application défini par le présent accord, et ne bénéficiant pas de ce fait à titre obligatoire du régime, peuvent demander à bénéficier des garanties prévues par le présent régime moyennant le paiement de la cotisation globale définie à l'article 6.1. La cotisation globale acquittée sera entièrement financée par le salarié ; CRIA Prévoyance procèdera à la collecte de la cotisation.

Ayant droits d'un salarié bénéficiaire du présent régime :

De manière facultative, le salarié pourra demander le bénéfice de cet accord pour son et/ou ses ayant(s) droit(s)

- cotisation fixée à **1.05 % du PMSS** pour le conjoint ou le concubin bénéficiaire
- cotisation fixée à **0.82 % du PMSS** quelque soit le nombre d'enfants
- cotisation fixée à **1.45 % du PMSS** pour la famille au sens large

pour les garanties visées au présent accord. Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription d'un bulletin d'adhésion détaillant les personnes demandant à être garanties. **CRIA PREVOYANCE** procèdera à la collecte de la cotisation.

Les modalités de gestion de ces personnes seront définies dans le cadre du protocole de gestion.

Article 16 : Désignation de l'organisme assureur

CRIA PREVOYANCE, Institution de prévoyance régie par l'article 1050 du Code rural et le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale

Domiciliée à :

139-147, rue Paul Vaillant-Couturier

92240 MALAKOFF

est désignée comme organisme assureur du présent régime obligatoire de « remboursement complémentaire de frais de soins de santé ».

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

La désignation de **CRIA Prévoyance** sera réexaminée dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord.

Art 17 : 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'un protocole de gestion distinct qui définit entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux, notamment les modalités de suivi du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront* par ailleurs une fois par an, dans le courant du deuxième trimestre 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.

**Soit dans le cadre d'une réunion de la commission mixte, soit dans le cadre d'un groupe paritaire réunissant au moins deux représentants employeurs et deux représentants d'organisations syndicales distinctes et chargé de rendre compte à la commission mixte.*

Article 18 : Date d'effet et durée

Les dispositions du présent accord entreront en vigueur le premier jour du mois suivant la publication de l'arrêté d'extension au Journal Officiel et au plus tôt le 1^{er} janvier 2010.

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Les modalités de dénonciation sont celles définies dans l'article L. 2261.9 du Code du Travail.

Le présent accord pourra également, préalablement à son extension, être appliqué de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissant d'entreprises ou exploitations 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.

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

Article 19 : Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement des prestations par CRIA Prévoyance 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 20 : Formalités administratives

Les modalités de dénonciation sont celles définies dans l'article L. 2261-9 du Nouveau Code du Travail.

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 Saint Benoît, le 18 août 2009

La Fédération Départementale des Syndicats d'Exploitants
Agricoles de la VIENNE,

M. BLAIS Janick

La Chambre Syndicale des Exploitants Agricoles,
Employeurs de Main-d'œuvre de la VIENNE,

M. de MONVALLIER Hervé

La Fédération Départementale des Horticulteurs et
Pépiniéristes de la Vienne,

M.

La Fédération Départementale des CUMA,
de la Vienne

M. CHASSAT Bernard

Le Président du Syndicat des Entrepreneurs
de Travaux Agricoles Ruraux et Forestiers
de la Vienne

Mme SENE Martine

Le Président du Syndicat des Entrepreneurs
de Travaux Agricoles Ruraux et Forestiers
des Deux Sèvres

M.

Le syndicat général agroalimentaire
C.F.D.T. des Deux Sèvres

M. CHERIGNY Laurent

Unions Départementales C.F.E - C.G.C
de la Vienne et des Deux Sèvres

M.

L'Union Départementale des Syndicats FO de
la Vienne

Mr ANGIBAUD Bernard

Le syndicat général agroalimentaire CFDT
Vienne

M CHERIGNY Laurent

L'Union Départementale des Syndicats CGT
de la Vienne

M.

L'Union Départementale des Syndicats CGT
des Deux Sèvres

M.

ANNEXE 1

Article 6 : Prestations

POSTES	PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES A LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE
	Secteur Conventiionné et Non Conventiionné (intervention en secteur non conventionné dans la limite de 90 % des frais réels)
Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris maternité)	
• Honoraires médicaux et chirurgicaux (y compris actes de chirurgie, d'anesthésie)	180 % BR
• Frais de séjour	100% TC
• Chambre particulière*	Frais réels limités à 2,7% PMSS par jour
• Forfait hospitalier engagé*	16 € par jour
• Frais d'accompagnement (enfant à charge de moins de 16 ans sur présentation d'un justificatif)*	Frais réels limités à 2,7% PMSS par jour
• Transport (accepté par la MSA)	100% Ticket modérateur
Soins Médicaux	
• Consultation et visite de généraliste (1)	150% TC
• Consultation de spécialiste	150% TC
• Actes de chirurgie (ADC), et actes techniques (ATM)	150% BR
• Auxiliaires Médicaux	100% Ticket modérateur
• Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	100% Ticket modérateur
• Analyses	100% Ticket modérateur
Pharmacie	
• Pharmacie	100% Ticket modérateur
Dentaire	
• Soins dentaires	100% Ticket modérateur
• Prothèses dentaires remboursées par la MSA	70% TC + forfait de 10,49 % du PMSS par an
• Orthodontie acceptée par la MSA	200% TC
• Prothèses dentaires non remboursées par la MSA*	Crédit de 7,52 % du PMSS par an et par bénéficiaire
• Orthodontie refusée par la MSA*	Crédit de 14% PMSS par an et par bénéficiaire
Optique	
• Monture, Verres et Lentilles acceptées par la MSA	390 % TC et Crédit annuel de 10 % du PMSS par bénéficiaire
• Lentilles refusées par la MSA	Crédit annuel de 7 % du PMSS par bénéficiaire
Prothèses non dentaires (acceptées par la MSA) (par bénéficiaire)	
• Prothèses auditives	390 % TC
• Orthopédie et autres prothèses	100% Ticket modérateur
Cure thermique (remboursée par la MSA)	
• Honoraires et frais de traitement	100% Ticket modérateur
• Frais de voyage et d'hébergement	100% Ticket modérateur
Actes de prévention	
• Les 7 actes de préventions	100% du TM

BR = base de remboursement de la Mutualité Sociale Agricole

TC = tarif de convention de la Mutualité Sociale Agricole

TMC = ticket modérateur conventionnel (reconstitué en secteur non conventionné)

PMSS = plafond mensuel de la Mutualité Sociale Agricole

FR = frais réels

* Remboursé selon conditions définies nonobstant toutes interventions de la Mutualité Sociale Agricole.

(1) Y compris déplacements et majorations (nuit /jour férié)

Détail des sept actes de prévention

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, les signataires ont choisi de prendre en charge au titre du régime de prévoyance les actes de prévention suivants :

- Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum (SC12).
- Un dépistage de l'hépatite B (code NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Un scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, une fois par dent et avant le 14^{ème} anniversaire.
- Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.
- Un dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L.162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
- Les vaccinations suivantes seules ou combinées :
 - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - Coqueluche : avant 14 ans ;
 - Hépatite B : avant 14 ans ;
 - BCG : avant 6 ans ;
 - Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - Haemophilus influenzae B ;
 - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.