

**Objet : Lettre avenant - Evolution des dispositions du régime d'assurance complémentaire Frais de santé de vos salariés non cadres au 01/01/2014. Accord National du 10 juin 2008 modifié par son avenant n°3 du 9 juillet 2013.**

Raison sociale 1  
Raison sociale 2  
Adresse 1  
Adresse 2  
CP Ville

Le 10 février 2014

Madame, Monsieur,

Par accord du 10 juin 2008, les partenaires sociaux du secteur de la production agricole, ont mis en place, à titre obligatoire, un régime d'assurance complémentaire santé au profit de vos salariés non cadres.

Or, les dernières années ont été marquées par l'augmentation des dépenses de santé et plus particulièrement de la part laissée à la charge des organismes assureurs complémentaires. A cela s'ajoute un déséquilibre des résultats techniques de votre régime complémentaire santé.

Les partenaires sociaux ont donc décidé de faire évoluer les tarifs pour rétablir l'équilibre de ce régime.

Par ailleurs, compte tenu notamment des évolutions de la réglementation, certaines dispositions de l'Accord National du 10 juin 2008 sont révisées. Les modifications apportées au régime par avenant n°3 du 9 juillet 2013 à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2014 portent ainsi sur les points suivants :

- la modification de la condition d'ancienneté pour adapter la définition de la catégorie bénéficiaire ainsi que la mise à jour des dispenses d'affiliations, conformément aux dispositions du décret N°2012 – 25 du 9 janvier 2012, afin que votre contrat puisse continuer à bénéficier des avantages sociaux inhérents à la prévoyance collective obligatoire,
- les conditions de maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail du salarié
- l'intégration des dispositions de l'article L911-8 du code de la sécurité sociale issu de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, permettant le maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions définies par les textes légaux et ce à compter de la date fixée par la loi.

Ces dispositions concernent l'ensemble de vos salariés non cadres. **Il vous appartient donc de les en informer.**

A cette fin, vous pouvez leur remettre copies de l'annexe « **Evolution du régime complémentaire santé au 01/01/2014** », jointe au présent courrier.

Nous vous invitons par ailleurs à transmettre, s'il y a lieu, ces informations à votre expert comptable ou à votre centre de gestion. Vous pouvez en outre consulter votre documentation contractuelle mise à jour sur le site, accessible sans identifiant :

[www.anips.fr](http://www.anips.fr)

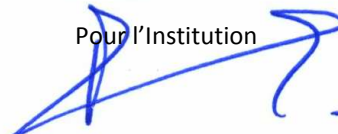
Toutes les autres dispositions du contrat sont sans changement.

Cette lettre, ainsi que son annexe, ayant valeur d'avenant et dont les dispositions prennent effet le **01/01/2014**, s'incorporent à votre contrat dont elles font désormais partie.

Nos équipes de gestion se tiennent naturellement à votre disposition pour vous apporter toute précision complémentaire : **Société de gestion de Prestations Santé -BP 40189 86962 FUTUROSCOPE CEDEX - Téléphone : 09 69 32 34 27.**

Nous vous remercions de votre confiance et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de nos salutations distinguées.

Pour l'Institution



ANNEXE à la lettre avenant - **Evolution des dispositions du régime d'assurance complémentaire des Frais de santé de vos salariés non cadres au 01/01/2014. Accord National du 10 juin 2008.**

Informations également disponibles sur le site, accessible sans identifiant :  
[www.anips.fr](http://www.anips.fr)

**EVOLUTIONS DU REGIME COMPLEMENTAIRE SANTE AU 01/01/2014**

**VOS COTISATIONS**

Les cotisations mensuelles du régime sont exprimées en pourcentage du salaire Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).

Taux de l'accord (en % du PMSS*)	Montant total	Montant employeur	Montant salarié
<b>1,12%</b>	35,04€ / mois	5,26€ / mois	29,78€ / mois

\* En 2014 : PMSS = 3 129€

**PRECISION SUR LA CATEGORIE BENEFICIAIRE**

Le régime s'applique :

- à tout salarié ayant six mois d'ancienneté et plus dans l'entreprise relevant du champ d'application de l'Accord National du 10 juin 2008.  
La condition d'ancienneté est réputée acquise au 1<sup>er</sup> jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert six mois d'ancienneté.  
Dans le cas de passage d'un contrat à durée déterminée (CDD) à un contrat à durée indéterminée (CDI), l'ancienneté est calculée à partir de la date d'embauche en CCD du salarié.

## AMENAGEMENT DES CAS DE DISPENSE D’AFFILIATION

### Peuvent être exclus du régime :

- les salariés bénéficiant d’une assurance frais de santé en qualité d’ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d’un PACS, en application d’un accord collectif obligatoire pour lui, peuvent demander à être exclu du régime frais de santé dès lors qu’ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations au moins équivalentes. Cette exclusion prend fin en cas de modification de la qualité d’ayant droit, en cas de non renouvellement annuel de l’attestation, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celles fixées par l’Accord National du 10 juin 2008, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié.
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C,
- les salariés bénéficiant 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 complémentaire santé obligatoire du fait d’une autre activité exercée simultanément,

### Peuvent également être exclus du régime :

- les salariés à temps partiel ayant 6 mois d’ancienneté et plus dès lors que leur cotisation complémentaire santé est égale ou supérieure à 10% de leur rémunération brute,
- les salariés sous contrat à durée déterminée y compris les apprentis, ayant 6 mois d’ancienneté et moins de 12 mois d’ancienneté,

La demande d’exclusion doit être faite par écrit à l’employeur au plus tard avant la fin du 1<sup>er</sup> mois qui suit celui de l’obtention de la condition de 6 mois d’ancienneté.

Au jour de l’entrée en vigueur de l’avenant 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’avenant.

En cas d’augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l’augmentation de sa durée de travail, si la cotisation représente moins de 10% de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement cotiser au régime frais de santé.

### Cas du salarié à employeurs multiples

Dans le cas d’un salarié ayant plusieurs employeurs relevant du champ d’application de l’Accord National du 10 juin 2008, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l’organisme assureur. Il s’agit du premier employeur auprès duquel le salarié acquiert la condition d’ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié concernés.

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.

Si le salarié ne remplit plus les conditions d’adhésion facultative il doit en informer l’employeur et il devra alors obligatoirement cotiser au régime frais de santé à compter du mois civil suivant.

La dispense prend fin en cas de modification de la situation du salarié ne lui permettant plus d’en justifier les conditions, en cas de non renouvellement annuel des justificatifs ou à sa demande.

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

## NOUVELLES DISPOSITIONS EN CAS DE SUSPENSION

### SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

#### **Suspension du contrat de travail > à un mois civil pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales (motif non lié à une maladie, à un accident ou la maternité) avec versement de salaire total ou partiel par l'employeur**

L'affiliation au contrat est maintenue à compter du premier jour du mois qui suit la date de suspension du contrat de travail. Ce maintien d'affiliation s'effectue, tant que dure le maintien de salaire total ou partiel, sur les mêmes bases que celles prévues pour les salariés exerçant leur activité professionnelle : mêmes prestations et mêmes cotisations appelées à l'employeur.

#### **Suspension du contrat de travail > à un mois civil pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales (motif non lié à une maladie, à un accident ou la maternité) sans versement de salaire total ou partiel par l'employeur**

Le salarié bénéficie des garanties pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation. Après cette période, il peut pendant la période de suspension restant à courir, demander à la Caisse Régionale Groupama, à titre individuel, à continuer à bénéficier de la garantie en s'acquittant directement de la cotisation globale.

#### **Suspension du contrat de travail pour maladie, accident (toutes origines) ou pour maternité donnant lieu à versement d'indemnités journalières ou complément de salaire**

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité pris en charge par la MSA et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties sont maintenues sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence.

Si l'absence est inférieure à un mois civil, la cotisation est due intégralement.

### NOUVELLES DISPOSITIONS RELATIVES AU MAINTIEN DE LA GARANTIE AU TITRE DE LA PORTABILITE

En cas de cessation ou de notification de rupture du contrat de travail intervenue à compter du 1<sup>er</sup> juin 2014, non consécutive à une faute lourde, les anciens salariés bénéficient du maintien de la garantie frais de santé prévue par le contrat en application de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale.

Le bénéfice du maintien de la garantie frais de santé est acquis sans versement de cotisation durant la période de portabilité, le financement de ce maintien étant inclus dans la cotisation des actifs.

#### **1- Bénéficiaires**

Continuent à bénéficier de la garantie frais de santé, qui les couvrait en tant qu'actifs, les anciens salariés de l'entreprise, dont le contrat de travail a été rompu et remplissant les conditions suivantes :

- être indemnisé par le régime de l'assurance chômage ;
- avoir été affilié et ouvrir droit à la garantie frais de santé avant la rupture de leur contrat de travail.

#### **2- Ouverture et durée des droits à portabilité**

L'ancien salarié ouvre droit aux prestations de la garantie frais de santé au titre de la portabilité à compter de la date de rupture effective de son contrat de travail.

La durée du maintien de la garantie frais de santé est égale à la durée du dernier contrat de travail de l'ancien salarié ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail de l'intéressé lorsqu'ils sont consécutifs dans l'entreprise adhérente.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite maximale de 12 mois.

#### **3- Obligations de l'employeur**

L'employeur doit informer l'Institution de la cessation du contrat de travail du salarié susceptible d'ouvrir droit à la portabilité de la garantie frais de santé, dans les 10 jours suivant la date de cessation de son contrat de travail, ainsi que la durée maximale de ce maintien.

#### **4- Obligations de l'ancien salarié**

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'Institution à l'ouverture ainsi qu'au cours de la période de portabilité qu'il remplit les conditions requises.

A ce titre, l'ancien salarié doit fournir une copie de son certificat de travail et de l'attestation de prise en charge par l'assurance chômage.

Chaque mois, l'ancien salarié doit adresser une copie des attestations de paiement de Pôle emploi.

L'ancien salarié doit informer l'Institution de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité.

#### **5- Prestations**

Les prestations de la garantie frais de santé pour les bénéficiaires de la portabilité sont identiques à celles définies par le contrat Frais de santé pour les salariés en activité.

Toute modification de ces prestations intervenant au cours de la période de portabilité est applicable aux bénéficiaires du maintien de la garantie frais de santé.

#### **6- Cessation de la portabilité**

Le maintien de la garantie frais de santé cesse au plus tard 12 mois après la date de rupture de son contrat de travail et, en tout état de cause :

- à la fin de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié ;
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ;
- en cas de résiliation du contrat ;
- à la date de liquidation de la pension d'assurance vieillesse du régime de base y compris pour inaptitude au travail.

A l'issue d'une période de maintien au titre de la portabilité, déclarée à l'Institution, celle-ci adressera aux participants considérés répondant aux définitions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, une proposition de maintien de la couverture complémentaire santé, au plus tard dans un délai de 2 mois à compter de la cessation de la période de maintien des garanties à titre temporaire dans les conditions prévues ci-dessus.

## RAPPEL DE VOS GARANTIES ET DE VOS REMBOURSEMENTS

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-dessous s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement (**BR**) au régime social de base français sauf mention contraire. Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime social de base non comprise.

Le cumul des remboursements du régime social de base et de l'institution ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (**FR**). Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (article L..322-2 du Code de la Sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement.

**PMSS** : Salaire Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 129€ pour l'année 2014 ; ainsi au 1<sup>er</sup> janvier 2014, 1% PMSS est égal à 31,29€. L'évolution de cette valeur peut être obtenue en consultant le site <http://securite-sociale.fr> rubriques maladie/barème.

TYPES DE GARANTIES	REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE DE L'INSTITUTION DANS LA LIMITE DE SFRIS REELS APRES LE REMBOURSEMENT DU REGIME SOCIAL DE BASE
<b>Frais Médicaux</b>	
✓ Consultations de médecins ou spécialistes	30% BR
✓ Sages-femmes	30% BR
✓ Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	40% BR
✓ Analyse, examens de laboratoire	40% BR
✓ Radiographie, electro-radiographie	30% BR
✓ Actes de prévention responsable	De 65 à 30% BR
<b>Pharmacie (selon le remboursement du régime social de base)</b>	85% BR 70% BR 35% BR
<b>Optique</b>	
✓ Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée	400% BR + crédit de 200€ par an et par bénéficiaire
<b>Dentaire</b>	
✓ Prothèse acceptée	140% BR + crédit de 300€ par an et par bénéficiaire
✓ Frais de soins	30% BR
<b>Appareillage</b>	
✓ Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses	0 ou 40% BR
<b>Hospitalisation (secteur conventionné ou non)</b>	
✓ Frais de soins et séjours	De 0 à 20% BR
✓ Chambre particulière	25 €/jour sans limite de durée
✓ Dépassement d'honoraires	0 ou 20% BR + 150% BR
✓ Forfait hospitalier	100% FR dès le 1 <sup>er</sup> jour
<b>Maternité (secteur conventionné ou non)</b>	
✓ Dépassement d'honoraires et Chambre particulière	Crédit d'un tiers du PMSS/bénéficiaire/maternité
<b>Divers</b>	
Frais de transport sur prescription	35% BR