



Paris, le 20 juin 2016

Objet : Avenir du régime conventionnel frais de santé et de l'offre AGRICA

Madame, Monsieur,

L'accord de branche du 2 février 2011 relatif à la mise en place de garanties complémentaires frais de santé dans les caves coopératives ainsi que ses avenants ont mis en place un dispositif collectif et obligatoire par lequel les partenaires sociaux ont défini des garanties minimales.

La désignation de CCPMA Prévoyance Institution de prévoyance du Groupe Agricola prévue par cet accord prend fin le 31 décembre 2016.

Conformément à l'article L912-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013, il n'est plus possible de désigner un organisme assureur par accord collectif.

Dès lors, la mutualisation du risque santé dans le cadre de notre branche qui avait été la raison principale de la négociation de cet accord est remise en cause. Nous ne pouvons que regretter cette interdiction.

Néanmoins, les partenaires sociaux ont décidé **de maintenir les niveaux des garanties** du socle conventionnel et des garanties optionnelles actuelles **au-delà du 31 décembre 2016**. (cf. détail du tableau des garanties en annexe).

A cet effet, nous vous informons que vous avez la possibilité de souscrire à une offre en conformité auprès du Groupe AGRICA afin de répondre à vos obligations conventionnelles et légales à des conditions avantageuses.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Pour la Confédération des Coopératives Viticoles
de France


M. Boris CALMETTE

p/o 

Pour les Organisations Syndicales de Salariés

FGTA Force Ouvrière et le Syndicat National FO,
Ingénieurs Cadres et Techniciens

M. Michel KERLING

p/o Bruno LEROY


Fédération Générale Agroalimentaire - CFDT

Mme Vanessa PERROTIN



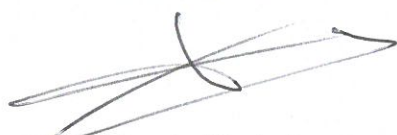
Union Nationale des Syndicats Autonomes -
UNSA Agriculture Agroalimentaire

M. Thierry OTT



Fédération Nationale Agroalimentaire
CFE-CGC AGRO

M. Joël JEAN



Fédération de l'Agriculture
CFTC AGRI

Mme. Marlène GOMÈS



Fédération Nationale Agroalimentaire et
Forestière
FNAF-CGT

M. Gérard FRANCÈS

Annexe 1 : Tableaux des garanties

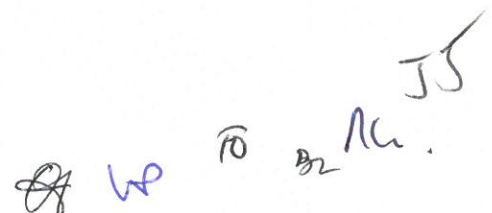
REGIME HORS ALSACE-MOSELLE

Les garanties en vigueur sont exprimées en % de la base de remboursement du régime de la Sécurité sociale dans la limite des frais réellement engagés.

Tous les actes bénéficiant d'un remboursement du régime de base de Sécurité sociale font l'objet d'un remboursement complémentaire au minimum au ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments homéopathiques et médicaments remboursés à 15% et à 30%).

Les garanties en euros s'entendent par an et par bénéficiaire (sauf pour l'équipement optique).

GARANTIES en % de la base de remboursement (BR)	CCVF		
	Remboursements Régime de Sécurité sociale	Remboursements garanties de base hors remboursements Sécurité sociale	Remboursements garanties en option (y compris garanties de base) hors remboursements Sécurité sociale
FRAIS MEDICAUX			
Honoraires de praticiens : généralistes	70% BR	30% BR	30% BR
Dépassement d'honoraires : Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	-	70% BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés (1)	-	-	50%BR
Honoraires de praticiens : spécialistes	70% BR	30% BR	30% BR
Dépassement d'honoraires : Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	-	70% BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés (1)	-	-	50%BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, kinésithérapie, pédicures, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes	60% BR	40% BR	40% BR
Sages-femmes	70% BR	30% BR	30% BR
Analyses, examens de laboratoire	60% ou 100% BR	40% ou 0% BR	40% ou 0% BR
Radiographie, électroradiologie, imagerie et ostéodensitométrie	70% BR	30% BR	30% BR
Autres actes médicaux (actes de prévention responsables inclus (2))	35% à 70% BR	65% à 30% BR	65% à 30% BR
PHARMACIE			
Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65%	35% BR	35% BR
Médicaments à service médical rendu "modéré"	30%	70% BR	70% BR
Médicaments à service médical "faible"	15%	85% BR	85% BR
Médicaments prescrits non remboursés	-	-	-
Vaccins prescrits non remboursés	-	-	-



 JS
 10 BR ALU.

OPTIQUE			
Enfants de moins de 18 ans : équipement VERRES + MONTURE par bénéficiaire et par an avec un plafond maximum de 150 € pour la monture.			
Equipe ment VERRES UNIFOCALX (4)	60% BR	95% BR + forfait 300€	95% BR + forfait 350€
Equipe ment VERRES MIXTES (4)	60% BR	95% BR + forfait 400€	95% BR + forfait 450€
Equipe ment VERRES MULTIFOCALX (4)	60% BR	95% BR + forfait 400€	95% BR + forfait 500€
Lentilles remboursées par le régime de base	60% BR	395% BR + forfait 200€	395% BR + forfait 250€
Lentilles non remboursées par le régime de base		forfait 200 €	forfait 250 €
Adultes de plus de 18 ans : équipement VERRES + MONTURE par bénéficiaire et pour 2 ans (3) à partir de la date d'acquisition de l'équipement avec un plafond maximum de 150 € pour la monture.			
Equipe ment VERRES UNIFOCALX (4)	60% BR	395% BR + forfait 300€	395% BR + forfait 350€
Equipe ment VERRES MIXTES (4)	60% BR	395% BR + forfait 400€	395% BR + forfait 450€
Equipe ment VERRES MULTIFOCALX (4)	60% BR	395% BR + forfait 400€	395% BR + forfait 500€
Lentilles remboursées par le régime de base	60% BR	395% BR + forfait 200€	395% BR + forfait 250€
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	forfait 200 €	forfait 250 €
Chirurgie de l'oeil	-	-	forfait de 150€/oeil
DENTAIRE			
Soins dentaires remboursés par le régime de base (y compris inlay/onlay)	70% BR	30% BR	30% BR
Orthodontie remboursée par le régime de base	70% BR ou 100% BR	130% à 100% BR	180% à 150% BR
Orthodontie refusée par le régime de base	-	-	-
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (y compris couronnes implanto-portées)	70% BR	140% BR + forfait de 300€ /an/bénéficiaire	250% BR + forfait de 300€/an/bénéficiaire
Parodontologie	0% ou 70% BR	0% ou 30% BR	0% ou 30% BR
Implantologie	-	-	-
APPAREILLAGE			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses hors prothèses auditives	60% à 100% BR	40% ou 0% BR	40% ou 0% BR
Prothèses auditives acceptées	60% BR	40% BR	255% BR + forfait de 400€/appareil
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE (hors psychiatrie), MATERNITE, (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et de séjour	80% à 100% BR	20% ou 0% BR	20% ou 0% BR
Dépassements d'honoraires : Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	150% BR	250% BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y compris non conventionnés (1)	-	100% BR	100% BR
Chambre particulière (5)	-	25€ /jour	25€ /jour
Frais de lit d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans) (6)	-	25€ /jour	25€ /jour
Forfait journalier hospitalier		100% FR	100% FR

W

BR

To

AG

IS

HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE			
Frais de soins et de séjour	80% à 100% BR	20% ou 0% BR	20% ou 0% BR
Dépassement d'honoraires :			
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	-	-
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins y compris non conventionnés (1)	-	-	-
Forfait journalier hospitalier	-	100% FR	100% FR
DIVERS			
Transport pris en charge	65% BR	35% BR	35% BR
Transport pour hospitalisation de jour	65% BR	35% BR	35% BR
Prime de naissance	-	200 €	200 €
Forfait actes lourds « 18 euros » (7)	-	100% du forfait	100% du forfait
Médecine douce : Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étioopathie, microkinésithérapie (liste non exhaustive)	-	Forfait de 80€/an/bénéficiaire	Forfait de 80€ /an/bénéficiaire

(1) Pour les actes non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité.

(2) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (voir liste ci-dessous) à la date du 18 novembre 2014 :

- détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ;
- ostéodensitométrie pour les femmes de + de 50 ans ;
- scellement des sillons avant 14 ans ;
- bilan du langage avant 14 ans ;
- dépistage de l'hépatite B ;
- dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ;

- vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).

(3) La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 18 ans et pour les personnes dont la vue évolue.

(4) **Verres unifocaux :**

- verres unifocaux simples (catégorie a) : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et/ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

- verres unifocaux complexes (catégorie c) : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries.

Verres mixtes : un verre simple et un verre complexe, un verre simple et un verre très complexe.

Verres multifocaux :

Verres multifocaux complexes (catégorie c) et très complexes (catégorie f : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries)

(5) Limité à 90 jours.

(6) Limité à 60 jours.

(7) Forfait « actes lourds » : il s'agit du ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18€ en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur à 60).

JJ

TO BL 174 .


REGIME ALSACE-MOSELLE

Les garanties en vigueur sont exprimées en % de la base de remboursement du régime de la Sécurité sociale dans la limite des frais réellement engagés.


Tous les actes bénéficiant d'un remboursement du régime de base de Sécurité sociale font l'objet d'un remboursement complémentaire au minimum au ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments homéopathiques et médicaments remboursés à 15% et à 30%).

Les garanties en euros s'entendent par an et par bénéficiaire (sauf pour l'équipement optique).

GARANTIES en % de la base de remboursement (BR)	CCVF		
	Remboursements Régime de Sécurité sociale	Remboursements garanties de base hors remboursements Sécurité sociale	Remboursements garanties en option (y compris garanties de base) hors remboursements Sécurité sociale
FRAIS MEDICAUX			
Honoraires de praticiens : généralistes	90% BR	10% BR	10% BR
Dépassement d'honoraires : Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	-	70% BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés (1)	-	-	50%BR
Honoraires de praticiens : spécialistes	90% BR	10% BR	10% BR
Dépassement d'honoraires : Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	-	70% BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés (1)	-	-	50%BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, kinésithérapie, pédicures, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes	90% BR	10% BR	10% BR
Sages- femmes	90% BR	10% BR	10% BR
Analyses, examens de laboratoire	90% BR ou 100% BR	10% BR ou 0% BR	10% BR ou 0% BR
Radiographie, électroradiologie, imagerie et ostéodensitométrie	90% BR	10% BR	10% BR
Autres actes médicaux (actes de prévention responsables inclus (2))	90% BR	10% BR	10% BR
PHARMACIE			
Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	90%	10% BR	10% BR
Médicaments à service médical rendu "modéré"	80%	20% BR	20% BR
Médicaments à service médical "faible"	15%	85% BR	85% BR
Médicaments prescrits non remboursés	-	-	-
Vaccins prescrits non remboursés	-	-	-


 70 BR AL. 55

OPTIQUE			
Enfants de moins de 18 ans : équipement VERRES + MONTURE par bénéficiaire et par an avec un plafond maximum de 150 € pour la monture.			
Equipelement VERRES UNIFOCAUX (4)	90% BR	65% BR + forfait 300€	65% BR + forfait 350€
Equipelement VERRES MIXTES (4)	90% BR	65% BR + forfait 400€	65% BR + forfait 450€
Equipelement VERRES MULTIFOCAUX (4)	90% BR	65% BR + forfait 400€	65% BR + forfait 500€
Lentilles remboursées par le régime de base	90% BR	365% BR + forfait 200€	365% BR + forfait 250€
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	forfait 200 €	forfait 250 €
Adultes de plus de 18 ans : équipement VERRES + MONTURE par bénéficiaire et pour 2 ans (3) à partir de la date d'acquisition de l'équipement avec un plafond maximum de 150 € pour la monture.			
Equipelement VERRES UNIFOCAUX (4)	90% BR	365%BR+forfait 300 €	365% BR + forfait 350€
Equipelement VERRES MIXTES (4)	90% BR	365%BR+forfait 400 €	365% BR + forfait 450€
Equipelement VERRES MULTIFOCAUX (4)	90% BR	365%BR+forfait 400 €	365% BR + forfait 500€
Lentilles remboursées par le régime de base	90% BR	365%BR+forfait 200 €	365% BR + forfait 250€
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	forfait 200 €	forfait 250 €
Chirurgie de l'oeil	-	-	forfait de 150€/oeil
DENTAIRE			
Soins dentaires remboursés par le régime de base (y compris inlay/onlay)	90% BR	10% BR	10% BR
Orthodontie remboursée par le régime de base	100% BR	100% BR	150% BR
Orthodontie refusée par le régime de base	-	-	-
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (y compris couronnes implanto-portées)	90% BR	120%BR+forfait 300 €/an/bénéficiaire	230%BR+forfait 300 €/an/bénéficiaire
Parodontologie	0% à 90% BR	0% à 10% BR	0% à 10% BR
Implantologie	-	-	-
APPAREILLAGE			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses hors prothèses auditives	90% à 100% BR	10% ou 0% BR	10% ou 0% BR
Prothèses auditives acceptées	90% BR	10% BR	225% BR + forfait de 400€/appareil
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE (hors psychiatrie), MATERNITE (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et de séjour	100% BR	-	-
Dépassements d'honoraires : Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	150% BR	250% BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins y compris non conventionnés (1)	-	100% BR	100% BR
Chambre particulière (5)	-	25€ /jour	25€ /jour
Frais de lit d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans) (6)	-	25€ /jour	25€ /jour
Forfait journalier hospitalier	100% FR	-	-


 To BR NL. JS

HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE			
Frais de soins et de séjour	100% BR	-	-
Dépassement d'honoraires : Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	-	-
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins y compris non conventionnés (1)	-	-	-
Forfait journalier hospitalier	100% FR	-	-
DIVERS			
Transport pris en charge	100% BR	-	-
Transport pour hospitalisation de jour	100% BR	-	-
Prime de naissance	-	200 €	200 €
Forfait actes lourds « 18 euros » (7)	100% du forfait	-	-
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, microkinésithérapie (liste non exhaustive)	-	Forfait de 80€ /an/bénéficiaire	Forfait de 80€ /an/bénéficiaire

(1) Pour les actes non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité.

(2) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (voir liste ci-dessous) à la date du 18 novembre 2014 :

- détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ;
- ostéodensitométrie pour les femmes de + de 50 ans ;
- scellement des sillons avant 14 ans ;
- bilan du langage avant 14 ans ;
- dépistage de l'hépatite B ;
- dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ;
- vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).

(3) La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 18 ans et pour les personnes dont la vue évolue.

(4) **Verres unifocaux :**

- verres unifocaux simples (catégorie a) : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et/ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

- verres unifocaux complexes (catégorie c) : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries.

Verres mixtes : un verre simple et un verre complexe, un verre simple et un verre très complexe.

Verres multifocaux :

Verres multifocaux complexes (catégorie c) et très complexes (catégorie f : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries)

(5) Limité à 90 jours.

(6) Limité à 60 jours.

(7) Forfait « actes lourds » : il s'agit du ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18€ en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur à 60).

Handwritten signatures and initials:
 P
 M
 J
 J