

Complémentaire santé/Fin de la désignation du Groupe AGRICA La marche à suivre avant le 1^{er} janvier 2017

La désignation de CCPMA Prévoyance - Institution de prévoyance du Groupe AGRICA en qualité d'organisme assureur « complémentaire santé », prévue par l'accord de branche du 2 février 2011 prend fin le 31 décembre 2016.

Cette note a pour but d'éclairer sur l'avenir de la complémentaire santé dans la branche.

Contexte

L'article L912-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013, interdit désormais de désigner un organisme assureur par accord collectif.

Néanmoins, les accords collectifs en cours et les clauses de désignation qu'ils contiennent demeurent valides jusqu'à l'échéance quinquennale de la désignation.

En conséquence, la désignation prévue par l'accord du 2 février 2011 instituant un régime frais de santé au sein de la branche et désignant CCPMA PREVOYANCE, Institution de prévoyance du Groupe AGRICA, demeure applicable jusqu'au 31 décembre 2016.

Conséquences pour l'accord de branche

Un Avenant n° 6 du 9 juin 2016 à l'Accord du 2 février 2011 a été signé. Il met fin à la clause de désignation et à la Commission paritaire nationale de suivi. Il prendra effet le 1er janvier 2017. Dans le cadre de cet Avenant n°6, 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 (Voir niveau des garanties en Annexe I).

Conséquences pratiques pour les coopératives

A compter du 1er janvier 2017, les caves coopératives sont libres de choisir un organisme assureur pour prendre en charge la complémentaire santé. Toutefois, le niveau de prestations proposé par l'organisme devra être conforme au niveau des garanties du socle conventionnel prévu.

Concrètement, les caves sont donc libres de :

- Soit **souscrire à une offre auprès du Groupe AGRICA**. Cette offre est en conformité avec les niveaux de garanties du socle. Quoiqu'il arrive, les caves qui sont déjà engagées avec AGRICA seront démarchées. En effet, dans le cadre d'une offre agricole, le CRÉDIT AGRICOLE et GROUPAMA assureront la commercialisation et la diffusion de l'offre AGRICA auprès des coopératives agricoles.

- Soit **résilier le contrat avec AGRICA** afin de souscrire, auprès d'un autre organisme assureur, à une offre en conformité avec les niveaux de garanties du socle. Deux hypothèses doivent ici être distinguées :
 - **Hypothèse 1** : La coopérative a opté pour les garanties de base « socle isolé » ou « confort isolé » avec une répartition du taux de cotisation mensuel d'assurance à part égale (50/50) entre l'employeur et le salarié.
Procédure à suivre :
 - 1) la coopérative doit procéder à une résiliation dite « conservatoire » (*Modèle de courrier n°1*). La résiliation à titre conservatoire permet si les conditions de l'autre contrat ne sont pas satisfaisantes, de « réactiver » le contrat avec AGRICA et donc d'annuler la résiliation.
 - 2) les salariés qui auraient souscrit auprès d'AGRICA des garanties supplémentaires doivent eux aussi, et en leur nom, procéder à la résiliation des options choisies à titre individuel (*Modèle de courrier n°2*).

- **Hypothèse 2** : la coopérative a opté pour une prise en charge du taux de cotisation qui excède les 50% et/ou qui, outre les garanties de base sus évoquées, a également opté pour les garanties « quiétude » pour le salarié lui-même ainsi que pour ses ayants droits.
- Procédure à suivre : les coopératives doivent se reporter aux conditions particulières du contrat signé avec AGRICA. Un courrier de résiliation doit être adressé dans les conditions prévues par celui-ci (*Modèle de courrier n°3*). S'agissant d'un acte unilatéral d'employeur, les coopératives qui se trouveraient dans cette hypothèse ne peuvent, sauf dénonciation en bonne et due forme, souscrire pour 2017 des garanties inférieures à celles qui ont été choisies dans ce cadre et ce, quel que soit l'organisme de prévoyance choisi.

Le choix de l'organisme assureur s'opère sans qu'il soit nécessaire d'organiser un appel d'offre.

Nous vous invitons à prendre contact d'ores et déjà avec votre organisme assureur afin d'organiser sereinement la transition.

Rappels et précisions :

- 1) Quelle que soit l'hypothèse (1 ou 2) et quel que soit l'organisme assureur choisi à compter du 1er janvier 2017, les garanties minimum devront être celles mentionnées dans le tableau de l'avenant n°6 à la convention collective (En annexe de la présente circulaire).
- 2) Il appartient à l'employeur de résilier ou non le contrat. Le salarié ne peut décider seul de changer d'assureur.

Destinataires : Fédérations, Abonnés, Caves isolées

ANNEXE 1

Tableaux des garanties minimum

(Annexé à l'avenant n° 6 du 9 juin 2016 à l'Accord du 2 février 2011 relatif à la création d'un régime conventionnel de remboursement complémentaire de frais de santé dans les coopératives viticoles et leurs unions)

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	-	-	-

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 UNIFOCAUX (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 MULTIFOCAUX (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 UNIFOCAUX (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 MULTIFOCAUX (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

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, 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).

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	-	-	-

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 UNIFOCAUX (4)	90% BR	65% BR + forfait 300€	65% BR + forfait 350€
Equipe ment VERRES MIXTES (4)	90% BR	65% BR + forfait 400€	65% BR + forfait 450€
Equipe ment 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.			
Equipe ment VERRES UNIFOCAUX (4)	90% BR	365%BR+forfait 300 €	365% BR + forfait 350€
Equipe ment VERRES MIXTES (4)	90% BR	365%BR+forfait 400 €	365% BR + forfait 450€
Equipe ment 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	-	-

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).

Modèle de courrier n°1

NOM DE LA COOPERATIVE

N° SIRET

Adresse

CP VILLE

Groupe AGRICA

Adresse

CP VILLE

Lettre Recommandée avec AR

Référence du contrat :

Le.....2016

Objet : résiliation à titre conservatoire du contrat de remboursement complémentaire de frais de santé conclu le.....en application de l'accord de branche en date du 2 février 2011.

Madame, Monsieur,

Le Conseil constitutionnel a invalidé le 13 juin 2015 l'article L.912-1 du Code de la Sécurité Sociale. Dès lors, la désignation **d'organismes assureurs** par les partenaires sociaux au sein des **conventions collectives**, aux fins d'une mutualisation dans la profession de la couverture des risques de prévoyance-santé, est désormais interdite.

La décision du Conseil Constitutionnel n'est toutefois pas applicable **aux accords collectifs en cours pour lesquels les clauses de désignation qu'ils contiennent demeurent valides jusqu'à l'échéance quinquennale de la désignation.**

Prenant acte de cette décision, la Commission paritaire nationale a mis un terme à la désignation prévue par l'accord du 2 février 2011 instituant un régime frais de santé au sein de notre branche et désignant CCPMA PREVOYANCE, Institution de prévoyance du Groupe AGRICA.

Aussi et afin de nous conformer tant à la loi, qu'aux dispositions prises par la branche, nous vous informons par la présente de notre volonté d'effectuer la résiliation, à titre conservatoire, du contrat de remboursement complémentaire de frais de santé conclu le.....Le dit contrat cessera de produire ses effets au 31 décembre 2016.

Je me réserve le droit d'annuler la présente demande par lettre recommandée avant le 31 décembre 2016, si nécessaire.

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

Modèle de courrier n°2

NOM DU SALARIE

Adresse
CP VILLE

Lettre Recommandée avec AR

Référence du contrat

Groupe AGRICA
Adresse
CP VILLE

Le 2016

Objet : résiliation du contrat de remboursement complémentaire de frais de santé conclu le.....

Madame, Monsieur,

Le Conseil constitutionnel a invalidé le 13 juin 2015 l'article L.912-1 du Code de la Sécurité Sociale. Dès lors, la désignation **d'organismes assureurs** par les partenaires sociaux au sein des **conventions collectives**, aux fins d'une mutualisation dans la profession de la couverture des risques de prévoyance-santé, est désormais interdite.

La décision du Conseil Constitutionnel n'est toutefois pas applicable **aux accords collectifs en cours pour lesquels les clauses de désignation qu'ils contiennent demeurent valides jusqu'à l'échéance quinquennale de la désignation.**

Prenant acte de cette décision, la Commission paritaire nationale a mis un terme à la désignation prévue par l'accord du 2 février 2011 instituant un régime frais de santé au sein de notre branche et désignant CCPMA PREVOYANCE, Institution de prévoyance du Groupe AGRICA.

Aussi et afin de nous conformer tant à la loi, qu'aux dispositions prises par la branche, nous vous informons par la présente de notre volonté de résilier le contrat de remboursement complémentaire de frais de santé conclu le.....Le dit contrat cessera de produire ses effets au 31 décembre 2016.

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

Modèle de courrier n°3

NOM DE LA COOPERATIVE

N° SIRET
Adresse
CP VILLE

Groupe AGRICA
Adresse
CP VILLE

Lettre Recommandée avec AR

Référence du contrat :

Le.....2016

Objet : résiliation du contrat de remboursement complémentaire de frais de santé conclu le.....en application de l'accord de branche en date du 2 février 2011.

Madame, Monsieur,

Le Conseil constitutionnel a invalidé le 13 juin 2015 l'article L.912-1 du Code de la Sécurité Sociale. Dès lors, la désignation **d'organismes assureurs** par les partenaires sociaux au sein des **conventions collectives**, aux fins d'une mutualisation dans la profession de la couverture des risques de prévoyance-santé, est désormais interdite.

La décision du Conseil Constitutionnel n'est toutefois pas applicable **aux accords collectifs en cours pour lesquels les clauses de désignation qu'ils contiennent demeurent valides jusqu'à l'échéance quinquennale de la désignation.**

Prenant acte de cette décision, la Commission paritaire nationale a mis un terme à la désignation prévue par l'accord du 2 février 2011 instituant un régime frais de santé au sein de notre branche et désignant CCPMA PREVOYANCE, Institution de prévoyance du Groupe AGRICA.

Aussi et afin de nous conformer tant à la loi, qu'aux dispositions prises par la branche, et conformément à l'articledu contrat référencé ci-dessus, nous vous informons par la présente de notre volonté d'effectuer la résiliation du contrat de remboursement complémentaire de frais de santé conclu le.....Le dit contrat cessera de produire ses effets au

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