

**Accord professionnel**

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DES SALARIÉS  
NON CADRES DES EXPLOITATIONS AGRICOLES ET CUMA  
(VENDEE)**

ACCORD DU 22 JUIN 2009  
RELATIF AU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ  
NOR : AGRS0997100M

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles de la Vendée ;

Le syndicat des horticulteurs et pépiniéristes de la Vendée ;

L'union départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole des Pays de la Loire, section Vendée,

D'une part, et

Le syndicat général agroalimentaire CFDT ;

L'union départementale des syndicats de la Vendée CGT ;

L'union départementale des syndicats de la Vendée CGT-FO ;

L'union départementale des syndicats de la Vendée CFTC-Agri ;

L'union départementale de la Vendée CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**PRÉAMBULE**

Ayant pris acte des dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 relatif à une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance et au vu des régimes de prévoyance existant dans le champ d'application du présent accord, les organisations professionnelles d'employeurs et de salariés sont convenues d'instaurer des garanties de complémentaire santé dans les conditions qui suivent.

**Article 1<sup>er</sup>**

*Champ d'application*

Le présent accord est applicable dans les exploitations et groupements d'employeurs de polyculture, élevage, viticulture, maraîchage et cultures

légumières, horticulture et pépinières du département de la Vendée et dans les coopératives d'utilisation de matériel agricole du département de la Vendée.

## **Article 2**

### *Entrée en vigueur*

Le présent accord entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Dans l'hypothèse où la publication de son arrêté d'extension ne serait pas intervenue à cette date, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application auraient la faculté d'appliquer volontairement les dispositions du présent accord de telle manière que les salariés bénéficiaires, au sens de l'article 3 ci-dessous, en relèvent dès cette date plutôt que de relever successivement de l'accord national du 10 juin 2008 sus-cité puis du présent accord.

## **Article 3**

### *Salariés bénéficiaires*

Les dispositions du présent accord s'appliquent :

- à tout salarié ayant 1 an d'ancienneté et plus dans l'entreprise ;
- et relevant du champ d'application du présent accord,

à l'exclusion :

- des cadres et personnels ressortissant à 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 prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles.

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 1 an d'ancienneté.

Le caractère obligatoire du présent régime ne fait pas obstacle, en l'état ce jour des interprétations administratives, à la faculté du salarié placé dans l'une des situations suivantes de ne pas cotiser.

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, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, peuvent demander à être exclus de l'assurance complémentaire frais de santé prévu au présent accord, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations au moins équivalent. Cette exclusion prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié. En cas d'exclusion, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

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

Le salarié doit justifier chaque année de la couverture obligatoire dont il bénéficie.

Après l'entrée en vigueur de l'accord, la demande de ne pas cotiser doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition de 1 an d'ancienneté.

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

Temporairement, au profit des salariés déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé, pour la durée restant à courir entre la date d'entrée en vigueur du régime obligatoire et la date d'échéance du contrat individuel sont dispensés de cotiser. Cette dispense ne vise que les salariés présents dans l'entreprise au jour de la mise en place du système obligatoire et ne concerne pas les salariés embauchés postérieurement. Les justificatifs devront être conservés par l'entreprise aux fins de contrôle par l'organisme de recouvrement (document attestant de la souscription d'un contrat individuel et de la date d'échéance du contrat).

Pour les salariés à employeurs multiples relevant du champ d'application du présent accord, l'employeur qui cotise pour ce salarié (part patronale) est celui chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié. Le salarié est dispensé de s'affilier au sein des autres entreprises. Il fournit une attestation de couverture à celles-ci.

Les salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) qui devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération peuvent choisir de ne pas cotiser.

Les dispositions relatives aux salariés à temps très partiel s'appliquent également aux apprentis.

## **Article 4**

### *Garanties assurance complémentaire frais de santé*

Le salarié ayant 1 an d'ancienneté ou plus bénéficie d'une assurance complémentaire frais de santé. La nature et le montant des prestations sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (annexe I).

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 dont relève l'assuré 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'article 7.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge de l'assuré, après intervention du régime de base dont relève l'assuré 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 du régime de base au titre du risque maternité.

## **Article 5**

### *Cotisations*

#### 1. Assiette

Les cotisations sont appelées pour tous les salariés définis à l'article 3 du présent accord sur la base des rémunérations brutes limitées à 4 fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale, servant au calcul de l'assiette des cotisations d'assurances sociales.

#### 2. Taux de cotisations et répartitions

Le montant de la cotisation mensuelle pour l'assurance complémentaire frais de santé est égal à 26,53 € au 1<sup>er</sup> janvier 2010, réparti comme suit : 15 % à la charge des employeurs, dans la limite d'un montant de 5 € par mois, et 85 % à la charge des salariés.

Ce montant (26,53 €) sera exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) de 2010 dès que celui-ci sera connu.

Ce taux sera alors applicable pour les exercices 2010, 2011 et 2012.

#### 3. Collecte

Pour les salariés affiliés de manière obligatoire, l'appel et le recouvrement des cotisations seront confiés à la mutualité sociale agricole pour le compte de l'organisme assureur selon les termes d'un accord conclu entre eux.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées. L'organisme gestionnaire des cotisations, en application des dispositions de l'article L. 932-9 du code de la sécurité sociale, procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

Pour les ayants droit, les droits de suite et les salariés adhérant de manière facultative, l'appel et le recouvrement des cotisations seront confiés à l'organisme assureur.

#### 4. Suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à complément de salaire par l'employeur et intervenant après la date d'affiliation au régime et pour une autre cause que l'arrêt de travail, la garantie santé peut continuer à être accordée, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante.

En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil donnant lieu à complément de salaire par l'employeur, le bénéfice des prestations d'assurance complémentaire frais de santé est maintenu, les cotisations correspondantes continuant à être versées par l'employeur et le salarié normalement.

## **Article 6**

### *Options prédéfinies collectivement*

Les salariés auront la faculté dans leur rapport avec l'organisme désigné de bénéficier de garanties optionnelles moyennant une cotisation acquittée directement par le salarié auprès de l'organisme ainsi fixé.

Les garanties et cotisations correspondantes sont présentées dans le tableau annexé à l'accord (annexe III).

Il est entendu que ces options étant choisies par le salarié, l'employeur n'y contribue en rien et le paiement de la cotisation correspondante ne sera en aucune manière l'affaire de l'entreprise.

## **Article 7**

### *Gestion du régime*

Pour assurer la gestion du régime de prévoyance défini dans le présent accord et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires conviennent de désigner : Mutualia, 33, boulevard Réaumur, 85011 La Roche-sur-Yon Cedex.

Les modalités et conditions de gestion s'effectuent selon les dispositions fixées dans la convention conclue entre l'organisme assureur et les partenaires sociaux signataires.

## **Article 8**

### *Adhésion et antériorité*

Tout employeur ayant une activité entrant dans le champ d'application est tenu d'adhérer, pour l'ensemble des salariés concernés à l'article 3 du présent accord, à Mutualia.

### *Antériorité des régimes d'entreprise*

Les entreprises disposant déjà d'une assurance complémentaire frais de santé au jour de publication de l'arrêté d'extension du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies aux articles 4 et 5 pour un niveau de prestations supérieur, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord.

Au cas où une entreprise, notamment du fait de la souscription antérieure à la date d'extension du présent accord d'un régime de complémentaire santé comportant des garanties globalement supérieures à celles définies dans le présent accord auprès d'un autre organisme assureur, viendrait à rejoindre après l'entrée en vigueur du présent accord le régime national de prévoyance, une pesée spécifique du risque représenté par cette entreprise ou établissement serait réalisée afin d'en tirer les conséquences au regard de la mutualisation professionnelle.

Dans ce cas, l'organisme assureur calculera la prime à la sauvegarde de l'équilibre technique du régime professionnel.

## **Article 9**

### *Clause de réexamen*

Le régime mis en œuvre par le présent accord fera l'objet d'une révision, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, pour permettre aux partenaires sociaux signataires d'en réexaminer, au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les conditions tant en matière de garantie que de financement et de choix des organismes assureurs.

Le nouvel assureur procédera au versement desdites prestations jusqu'à leur terme.

Même après extension, les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent accord en cas de difficultés d'application.

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

## **Article 10**

### *Accord de gestion spécifique et suivi du régime*

Les modalités de mise en œuvre pratique 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 partenaires sociaux signataires se réuniront par ailleurs une fois par an, dans le cadre d'un groupe paritaire réunissant au moins 2 représentants employeurs et au moins 2 représentant d'organisations syndicales distinctes, 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 le bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de frais de santé mis en place par l'accord ;
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime ;
- de vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions ;
- de consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés.

## **Article 11**

### *Dépôt et extension*

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il pourra être dénoncé par l'une ou l'autre des parties en respectant un préavis de 3 mois et, sauf conclusion d'un nouvel accord, il cessera de produire ses effets après le délai de 1 an à compter du préavis.

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions légales, et son extension est demandée.

Fait à La Roche-sur-Yon, le 22 juin 2009.

(Suivent les signatures.)

# Prestations

La nature et le montant des prestations sont :

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT Mutualia	REMBOURSEMENT total régime de base + Mutualia
<b>Frais médicaux</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Consultations, visites, médecins ou spécialistes, y compris ADC, actes techniques médicaux</li> <li>– Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes</li> <li>– Analyses, examens de laboratoire</li> <li>– Radiographie, électro-radiologie, y compris actes d'imagerie médicale, d'échographie</li> <li>– Actes de prévention des contrats responsables</li> <li>– Forfait actes lourds (18 €)</li> </ul>	<p>70 %</p> <p>60 %</p> <p>60 %</p> <p>70 %</p> <p>70 %</p> <p>0 %</p>	<p>80 %</p> <p>40 %</p> <p>40 %</p> <p>30 %</p> <p>30 %</p> <p>100 %</p>	<p>150 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p>
<b>Pharmacie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Vignettes blanches</li> <li>– Vignettes bleues</li> </ul>	<p>65 %</p> <p>35 %</p>	<p>35 %</p> <p>65 %</p>	<p>100 %</p> <p>100 %</p>

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT Mutualia	REMBOURSEMENT total régime de base + Mutualia
<b>Optique</b> – Forfait équipement verres et montures, lentilles avec ou sans prise en charge du régime obligatoire	65 %	390 % + forfait 200 € par an et par bénéficiaire	455 % + forfait 200 € par an et par bénéficiaire
<b>Dentaire</b> – Frais de soins dentaires – Prothèse dentaire acceptée – Orthodontie acceptée – Prothèse non remboursée (hors implant)	70 % 70 % 100 % 0 %	30 % 140 % + forfait 300 € par an et par bénéficiaire 70 % Forfait 200 € par an et par bénéficiaire	100 % 210 % + forfait 300 € par an et par bénéficiaire 170 % Forfait 200 € par an et par bénéficiaire
<b>Appareillage</b> – Fournitures médicales, pansements, petits et gros appareillages, prothèses sauf auditives – Prothèses auditives – Autres prothèses	65 % 65 % 65 %	35 % 0 100 %	100 % 65 % 165 %
<b>Hospitalisation</b> – Frais de soin et séjour – Actes de chirurgie et d'anesthésie, autres honoraires	80 ou 100 % 80 ou 100 %	0 ou 20 % 0 ou 20 %	100 % 100 %



NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT Mutualia	REMBOURSEMENT total régime de base + Mutualia
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépassements d'honoraires hospitaliers</li> <li>- Chambre particulière (hors maternité : voir plus bas)</li> <li>- Forfait hospitalier</li> <li>- Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)</li> </ul>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>150 %</p> <p>30 € par jour</p> <p>100 % (1)</p> <p>25 € par jour</p>	<p>150 %</p> <p>30 € par jour</p> <p>100 % (1)</p> <p>25 € par jour</p>
<b>Maternité</b> (secteur conventionné ou non) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frais de soin et séjour</li> <li>- Dépassement d'honoraires et chambre particulière (dans la limite des frais engagés et sur présentation de justificatifs)</li> </ul>	<p>100 %</p> <p>0</p>	<p>0</p> <p>1/3 du PMSS, soit 953 € par bénéficiaire et par maternité en 2009</p>	<p>100 %</p> <p>1/3 du PMSS, soit 953 € par bénéficiaire et par maternité en 2009</p>
<b>Cures thermales</b> (acceptées par la sécurité sociale) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement et honoraires</li> <li>- Hébergement et transport</li> </ul>	<p>70 %</p> <p>65 %</p>	<p>30 %</p> <p>35 %</p>	<p>100 %</p> <p>100 %</p>
<b>Transport</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frais de transport (acceptés par la sécurité sociale)</li> </ul>	<p>65 ou 100 %</p>	<p>0 ou 35 %</p>	

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT Mutualia	REMBOURSEMENT total régime de base + Mutualia
<b>Assistance</b> - Détail de la garantie assistance en annexe II	0	oui	oui
(1) Durée illimitée, sauf pour les séjours en psychiatrie, placements à vie, cures, convalescence, moyens séjours, centre de rééducation, sanatorium, et en établissements non conventionnés où la prise en charge est limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire.			

## ANNEXE II

### Garantie Assistance

(Produit de référence accord national Mutualia/Mondial Assistance)

#### *Prestations d'assistance*

	FAIT GÉNÉRATEUR	PRESTATION
Suite à hospitalisation	Suite à hospitalisation de l'adhérent ou du conjoint (ou Pacs) > 2 jours	Garde d'enfants (< 15 ans) ou de personnes dépendantes durant maximum 2 jours
	Suite à hospitalisation de l'adhérent ou du conjoint (ou Pacs) > 5 jours	Venue d'un proche (ascendant ou descendant 1 <sup>er</sup> degré) au chevet du malade sans plafond en France métropolitaine et organisé par l'assistanteur. Conduite des enfants à l'école 2 fois par jour pendant 2 jours
Aide à domicile	Suite à hospitalisation de l'adhérent ou du conjoint (ou Pacs) > 5 jours	6 heures avec maximum 2 heures par jour d'aide ménagère
	Suite à traitement chimiothérapie ou radiothérapie	Forfait 20 heures à utiliser librement pendant la durée du traitement
	Suite à l'accouchement si hospitalisation > 8 jours	Forfait 6 heures à utiliser librement pendant le mois suivant l'accouchement

	FAIT GÉNÉRATEUR	PRESTATION
Accident ou maladie subie	En cas d'accident ou maladie subie empêchant tout déplacement hors du domicile	Recherche de médecin 24 h/24 7 j/7 Recherche d'infirmière (et/ou autre profession paramédicale) Acheminement de médicaments urgents et indispensables sur prescription médicale uniquement Organisation du transport aller-retour à l'hôpital ou en établissement de soins
En cas de décès	En cas de décès de l'adhérent, du conjoint ou Pacs	Avance de fonds de 3 050 € remboursable sous 30 jours sans intérêt Transfert ou garde de personnes à charge ou dépendant pendant 48 heures
	En cas de décès d'un proche (ascendant, descendant du 1 <sup>er</sup> degré, conjoint ou Pacs)	Assistance psychologique (3 entretiens maximum)
Enfant à charge	En cas de maladie ou d'accident d'un enfant à charge scolarisé	Garde d'enfant malade pendant 2 jours sans délai de carence Ecole à domicile à partir du 1 <sup>er</sup> jour d'absence scolaire à hauteur de 10 heures maximum par semaine pendant 10 semaines maximum

	FAIT GÉNÉRATEUR	PRESTATION
Animaux de compagnie	En cas d'hospitalisation > 2 jours ou de décès et en l'absence de possibilité de gardiennage par la famille proche	Gardiennage pendant 30 jours maximum
Services à la personne		
Vie pratique	Absence de fait générateur	Conseil social
	En cas d'hospitalisation > 5 jours ou de décès de l'adhérent	Transmission d'un message urgent à un proche
	Absence de fait générateur	Informations téléphoniques santé Informations téléphoniques petite enfance/puériculture Informations téléphoniques senior Informations téléphoniques vie quotidienne (juridique, administratif, fiscal, obsèques) Informations téléphoniques voyages (vaccins, précautions sanitaires, visas)

Tableau des prestations en option

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT Mutualia	REMBOURSEMENT total régime de base + Mutualia
<b>Frais médicaux</b>			
Consultations, visites, médecins ou spécialistes, y compris ADC, actes techniques médicaux	70 %	130 %	200 %
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	60 %	40 %	100 %
Analyses, examens de laboratoire	60 %	40 %	100 %
Radiographie, électro-radiologie, y compris actes d'imagerie médicale, d'échographie	70 %	80 %	150 %
Actes de prévention des contrats responsables	70 %	30 %	100 %
Forfait actes lourds (18 €)	0 %	100 %	100 %
<b>Pharmacie</b>			
Vignettes blanches	65 %	35 %	100 %
Vignettes bleues	35 %	65 %	100 %

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT Mutualia	REMBOURSEMENT total régime de base + Mutualia
<b>Optique</b> Forfait équipement verres et montures, lentilles avec ou sans prise en charge du régime obligatoire	65 %	390 % + forfait 250 € par an et par bénéficiaire	455 % + forfait 250 € par an et par bénéficiaire
<b>Dentaire</b> Frais de soins dentaires Prothèse dentaire acceptée Orthodontie acceptée Prothèse non remboursée (hors implant)	70 % 70 % 100 % 0 %	30 % 180 % + forfait 300 € par an et par bénéficiaire 100 % Forfait 300 € par an et par bénéficiaire	100 % 250 % + forfait 300 € par an et par bénéficiaire 200 % Forfait 300 € par an et par bénéficiaire
<b>Appareillage</b> Fournitures médicales, pansements, petits et gros appareillages, prothèses sauf auditives Prothèses auditives Autres prothèses	65 % 65 % 65 %	35 % 300 € par an, par bénéficiaire et par oreille 135 %	100 % 65 % + 300 € par an, par bénéficiaire et par oreille 200 %
<b>Hospitalisation</b> Frais de soin et séjour Actes de chirurgie et d'anesthésie, autres honoraires	80 ou 100 % 80 ou 100 %	0 ou 20 % 150 %	100 % 230 % à 250 %

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT Mutualia	REMBOURSEMENT total régime de base + Mutualia
Dépassement d'honoraires hospitaliers	0	150 %	150 %
Chambre particulière (hors maternité : voir plus bas)	0	77,19 € par jour (soit 2,7 % du PMSS)	77,19 € par jour (soit 2,7 % du PMSS)
Forfait hospitalier	0	100 % (1)	100 % (1)
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	0	28,59 € par jour (soit 1 % du PMSS)	28,59 € par jour (soit 1 % PMSS)
<b>Maternité</b> (secteur conventionné ou non)			
Frais de soin et séjour	100 %	0	100 %
Dépassement d'honoraires et chambre particulière (dans la limite des frais engagés et sur présentation de justificatifs)	0	1/3 du PMSS, soit 953 € par bénéficiaire et par maternité en 2009	1/3 du PMSS, soit 953 € par bénéficiaire et par maternité en 2009
<b>Cures thermales</b> (acceptées par la sécurité sociale)			
Traitement et honoraires	70 %	130 %	200 %
Hébergement et transport	65 %	35 %	100 %
<b>Transport</b>			
Frais de transport (acceptés par la sécurité sociale)	65 ou 100 %	0 ou 35 %	



NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT Mutualia	REMBOURSEMENT total régime de base + Mutualia
<b>Assistance</b>			
Détail de la garantie en annexe I	0	oui	oui
<b>Forfait santé</b>			
Aide au sevrage tabagique	0	40 € par an et par bénéficiaire	40 € par an et par bénéficiaire
Vaccins (grippe, rotavirus, leptospirose, pneumocoques)	0	40 € par an et par bénéficiaire	40 € par an et par bénéficiaire
Forfait médecines douces (ostéo, chiro, éthio, acupuncture)	0	4 x 25 € par an et par bénéficiaire	4 x 25 € par an et par bénéficiaire
(1) Durée illimitée, sauf pour les séjours en psychiatrie, placements à vie, cures, convalescence, moyens séjours, centre de rééducation, sanatorium, et en établissements non conventionnés où la prise en charge est limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire.			

## Tarifs au 1<sup>er</sup> janvier 2010

(En euros.)

ANCIENNETÉ dans l'entreprise	NATURE des risques	GARANTIE de base	GARANTIE optionnelle
Au moins 12 mois	Salarié	26,53	33,53
	Conjoint	26,20	33,20
	Enfant	15,40	19,70
Inférieure à 12 mois	Salarié	26,53	33,53
	Conjoint	26,20	33,20
	Enfant	15,40	19,70
Régime d'accueil « anciens salariés non retraités »	Isolé	33,16	41,91
Régime d'accueil retraités	Isolé	39,80	50,30