

Accord professionnel

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE EN AGRICULTURE
DES SALARIÉS NON CADRES
(PYRÉNÉES-ORIENTALES)**

ACCORD DU 1^{ER} JUILLET 2009

RELATIF AU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE DE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES

NOR : AGRS0997128M

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles des
Pyrénées-Orientales,

D'une part, et

Le SGA CFDT des Pyrénées-Orientales ;

La FGTA FO des Pyrénées-Orientales ;

La CFTC-Agri du golfe du Lion ;

Le SNCEA CFE-CGC, section des Pyrénées-Orientales,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Par le présent accord, les partenaires sociaux de l'agriculture du département des Pyrénées-Orientales ont souhaité mettre en place un régime de protection sociale complémentaire santé comme le leur permet l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance.

Les partenaires sociaux entendent ainsi permettre aux salariés agricoles non cadres de bénéficier d'une couverture santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable afin notamment de :

- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche ;
- conserver la maîtrise du régime au niveau local.

Le présent accord est un accord autonome de la convention collective des exploitations agricoles des Pyrénées-Orientales du 21 mai 1962.

Article 1^{er}

Champ d'application

Article 1.1

Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable à tous les salariés non cadres et employeurs des exploitations viticoles, arboricoles, maraîchères, horticoles et des pépinières, de polyculture, d'élevage de quelque nature que ce soit du département des Pyrénées-Orientales, qu'ils soient au service des particuliers, de personnes physiques ou de personnes morales.

Article 1.2

Champ d'application territorial

La présente convention a pour objet de déterminer les conditions de couverture santé dans des entreprises visées à l'article 1.1 sises dans le département des Pyrénées-Orientales.

Article 2

Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur pour l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application à compter du 1^{er} janvier 2010 si son arrêté d'extension est publié avant cette date.

En tout état de cause, le présent accord s'imposera à compter du 1^{er} janvier 2010 aux employeurs et salariés ressortissant à des entreprises adhérentes aux organisations signataires.

Le présent accord s'appliquera pour les entreprises non adhérentes le premier jour du mois civil qui suit l'extension de l'accord si celle-ci devait intervenir après le 1^{er} janvier 2010.

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

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

Article 3

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié non cadre justifiant de 1 an d'ancienneté au titre du contrat de travail en cours et relevant du champ d'application du présent accord.

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.

Tous les salariés dont l'ancienneté est inférieure à 1 an auront la faculté d'adhérer de manière volontaire au régime d'assurance décrit à l'article 4. Dans ce cas, les cotisations seront intégralement à sa charge.

Cas d'exclusion

En sont exclus :

- les cadres et personnels ressortissant à la convention collective nationale 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 catégories particulières de salariés (VRP, par exemple) ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés non cadres ressortissant à un accord collectif d'entreprise dans les conditions fixées à l'article 6 du présent accord.

Dispense d'affiliation

Ont par ailleurs la possibilité de solliciter une dispense afin de ne pas souscrire au présent régime les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :

- au jour de l'entrée en vigueur du régime mis en place par le présent accord, les salariés bénéficiant déjà, en qualité d'ayants droit, d'une couverture complémentaire santé collective obligatoire, pour un niveau de prestations au moins équivalent ;
- salariés sous contrat à durée déterminée ayant souscrit une couverture frais de santé par ailleurs ;
- salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire dans le cadre d'une autre branche ;
- salariés ayant une faible rémunération : apprentis ou salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) n'ayant qu'un seul employeur pour lesquels le montant de la cotisation à leur charge représenterait 10 % ou plus de leur rémunération. Il est précisé dans ce cas que le caractère collectif n'est pas remis en cause lorsque, par dérogation à la notion de contribution uniforme pour tous les salariés, l'employeur décide de prendre en charge l'intégralité de la cotisation due. En cas d'augmentation de la rémunération de l'apprenti ou 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 à l'assurance complémentaire santé ;
- 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. Toutefois, cette dispense ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel.

Dans le cas d'un salarié employé par plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné. 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 auprès de son employeur chaque année les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

Au jour de l'entrée en vigueur du présent 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, en joignant les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur de l'accord, la demande d'exclusion 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.

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 ; il doit 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 dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Article 4

Garanties

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul.

Toutefois, les partenaires sociaux ont souhaité que soit proposée à titre facultatif aux salariés la possibilité de couvrir tout ou partie des membres de leur famille : extension au conjoint, extension à un enfant, extension à l'ensemble de la famille (conjoint et enfants).

Le supplément de cotisation représenté par la souscription à l'une ou l'autre de ces options demeure entièrement à la charge du salarié.

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.

La nature et le montant des prestations attachées au présent régime sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (voir annexe I « Tableau des garanties »).

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 articles II et III de l'article L. 322-2 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 des contrats dits « responsables ».

Ces remboursements s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats dits « responsables », institué par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et définitif en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions.

La totalité des actes de prévention est prise en charge à 100 % du ticket modérateur.

Article 5

Adhésion obligatoire

L'entreprise recevra sa notification d'adhésion d'office.

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés à l'article 3, auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 7, 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.

Article 6

Antériorité des régimes d'assurance complémentaire santé d'entreprise

Les entreprises disposant déjà d'une assurance complémentaire santé au jour de la signature du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 4 et précisées en annexe I 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.

En revanche les entreprises ayant mis en place, préalablement à la signature du présent accord, un régime complémentaire santé de niveau égal ou inférieur aux garanties définies à l'article 4 doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel ainsi défini, à compter de la date de son entrée en vigueur.

Article 7

Gestion du régime

Pour assurer la gestion du régime d'assurance complémentaire santé défini dans le présent accord et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires ont convenu, après avoir procédé à un appel d'offres, de désigner les institutions de prévoyance Agri-Prévoyance (21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris), membre du groupe AGRICA.

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans la convention conclue entre l'organisme assureur et les partenaires sociaux signataires.

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

Article 8

Cotisations

Le présent accord relève des articles L. 871-1 du code de la sécurité sociale et L. 741-10 du code rural.

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.

Article 8.1

Taux de cotisations et répartition

La cotisation mensuelle du présent régime est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Le taux global d'appel des cotisations destinées au financement des prestations définies à l'article 4 est de 1 % du PMSS pour le salarié seul assuré à titre obligatoire. Ce taux est réparti comme suit :

- 30 % à la charge de l'employeur, dans la limite d'un montant de 9,50 € par mois ;
- le solde à la charge du salarié, soit 70 %, plus le cas échéant la part employeur excédant le plafond de 9,50 €.

Ce taux de 1 % est applicable pour les années 2010, 2011 dans le cadre de la réglementation applicable au 1^{er} juillet 2009.

Les taux de cotisations des options facultatives pour une extension facultative et individuelle du régime aux membres de sa famille sont les suivants :

- tarif couple : 2,08 % du PMSS, soit une surcotisation de 1,08 % à la charge exclusive du salarié ;
- tarif enfant : 1,78 % du PMSS, soit une surcotisation de 0,78 % à la charge exclusive du salarié ;
- tarif famille : 2,62 % du PMSS, soit une surcotisation de 1,62 % à la charge exclusive du salarié.

Article 8.2

Appel et recouvrement

L'appel et le recouvrement des cotisations obligatoires sont confiés par l'organisme désigné à la caisse de mutualité sociale agricole (MSA) compétente sur le territoire. Ainsi pour les salariés affiliés obligatoirement, la MSA répercutera cet appel de cotisations auprès des employeurs.

Pour les salariés affiliés sur option facultative, les ayants droit de tous les salariés et pour les salariés pouvant bénéficier du régime après rupture de leur contrat de travail, l'appel et le recouvrement des cotisations seront confiés aux organismes assureurs.

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

Article 9

Règlement des prestations

La MSA procède aux remboursements de base MSA et complémentaire frais de santé Agri-Prévoyance sur le même décompte.

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 la convention de gestion et la notice d'information remise aux salariés.

Article 10

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.

En outre, les salariés cessant leur activité ont la possibilité de demander auprès d'Agri-Prévoyance, dans des conditions définies par l'organisme précité, le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve qu'ils en fassent la demande au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail. Dans ce cadre, Agri-Prévoyance procédera au recouvrement de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés, sans que celle-ci dépasse de plus de 50 % la cotisation des actifs.

Les salariés visés sont ceux prévus à l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, à savoir :

- les salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les salariés s'ils sont privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité.

Article 11

Suspension du contrat de travail

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du présent régime 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 continuent à être versées normalement pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

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 couverture pourra être maintenue à la demande du salarié sous réserve que l'intéressé en fasse la demande expresse et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante.

Article 12

Clause de réexamen. – Dénonciation

Le régime d'assurance complémentaire santé mis en œuvre par le présent accord fera l'objet d'un réexamen, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans

à compter de la date de son entrée en vigueur, pour permettre aux partenaires sociaux signataires d'en revoir, au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les conditions tant en matière de garanties que de financement et de choix de l'organisme assureur.

Le présent accord pourra être dénoncé 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 terme du préavis.

En cas de dénonciation, les partenaires sociaux devront se réunir dans les 6 mois suivants, afin d'étudier les termes d'un éventuel nouvel accord.

Article 13

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 organisations professionnelles signataires se réuniront par ailleurs dans le cadre d'une commission de suivi une fois par an au moins, et chaque fois que jugé nécessaire à la demande de l'un des collèges (employeurs ou salariés), 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.

Article 14

Dépôt et extension

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 Perpignan, le 1^{er} juillet 2009.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

Tableau des garanties

TYPE DE GARANTIE	REMBOURSEMENT régime de base (en % du BR)	REMBOURSEMENT régime conventionnel des Pyrénées- Orientales (en % du BR)	TOTAL ACCORD Pyrénées-Orientales (en % du BR)
Frais médicaux			
Consultation de médecin ou spécialiste	70 %	30 %	100 %
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60 %	40 %	100 %
Massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	60 %	40 %	100 %
Analyses, examens de laboratoire	60 %	40 %	100 %
Radiographie, électro-radiographie	70 %	30 %	100 %
Actes de prévention responsable	De 70 à 60 %	De 30 à 40 %	De 65 à 100 %
Pharmacie			
Médicaments remboursables	De 65 à 15 %	De 35 à 85 %	100 %
Optique			
Verres, montures et lentilles acceptés	65 %	390 % du BR + un crédit de 11 % du PMSS (lentilles acceptées ou refusées)	455 % + un crédit de 11 % du PMSS (lentilles acceptées ou refusées)
Dentaire			
Soins	70 %	30 %	100 %
Prothèses dentaires acceptées (et inlays core)	70 %	340 % + un crédit de 4 % du PMSS	410 % + un crédit de 4 % du PMSS par an
Orthodontie			
Orthodontie acceptée/refusée	100 %	50 %	150 %

TYPE DE GARANTIE	REMBOURSEMENT régime de base (en % du BR)	REMBOURSEMENT régime conventionnel des Pyrénées- Orientales (en % du BR)	TOTAL ACCORD Pyrénées-Orientales (en % du BR)
Appareillage			
Prothèses auditives acceptées	65 %	390 %	455 %
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, autres prothèses	65 %	35 %	100 %
Forfait actes lourds (18 €)	–	100 %	100 %
Hospitalisation			
Frais de soins et de séjour (secteur conventionné ou non)	100 %	-	
Dépassement d'honoraires	–	150 %	
Forfait hospitalier	–	100 %	
Chambre particulière	–	1,40 % du PMSS par jour pendant 60 jours puis 0,90 % du PMSS	
Maternité			
Frais de soins et de séjour	100 %		
Dépassement d'honoraires et chambre particulière	–	Crédit d'un tiers du PMSS par bénéficiaire par maternité	
Psychiatrie			
Frais de soins et de séjour	Idem hospitalisation	Idem hospitalisation	
Cures thermales			
Honoraires de surveillance médicale	70 %	30 %	100 %
Frais de traitement thermaux	65 %	35 %	100 %
Transport	65 %	35 %	100 %

TYPE DE GARANTIE	REMBOURSEMENT régime de base (en % du BR)	REMBOURSEMENT régime conventionnel des Pyrénées- Orientales (en % du BR)	TOTAL ACCORD Pyrénées-Orientales (en % du BR)
Assistance (voir détail en annexe III)		Oui	Oui
<p>BR : base de remboursement. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement (BR) aux régimes d'assurances maladie obligatoire français. Les remboursements régime d'assurance maladie obligatoire + part complémentaire sont limités aux frais réels. Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire de l'assuré (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale), prévue à 1 € au 1^{er} janvier 2005, ne pourront donner lieu à remboursement.</p>			

Le remboursement régime conventionnel des Pyrénées-Orientales s'entend part régime obligatoire non comprise.

Les actes de prévention pris en charge à 100 % du ticket modérateur sont ceux définis de la liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Cette liste comprend les prestations de prévention suivantes :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14^e anniversaire.

2. Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum (SC12).

3. 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.

4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

5. Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

- a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010).
- b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015).
- c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011).
- d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012).
- e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

6. 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 50 ans, une fois tous les 6 ans.

7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

- a)* Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges.
- b)* Coqueluche : avant 14 ans.
- c)* Hépatite B : avant 14 ans.
- d)* BCG : avant 6 ans.
- e)* Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant.
- f)* *Haemophilus influenzae* B.
- g)* Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

ANNEXE II

Les ayants droit pouvant être couverts par une extension familiale

Alors que l'accord départemental couvre à titre obligatoire le salarié, les partenaires sociaux ont souhaité donner à celui-ci la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du régime obligatoire à tout ou partie de sa famille, de façon à prendre en compte la diversité des situations individuelles.

Ainsi en plus de sa couverture obligatoire, le salarié peut choisir :

- d'affilier son conjoint, cocontractant d'un Pacs ou concubin seul, il cotise au taux dit « couple » ;
- d'affilier un enfant à charge, il cotise au taux dit « enfant » ;
- d'affilier sa famille [conjoint et enfant(s)], il cotise au taux dit « famille ».

Ces ayants droit pouvant entrer dans le cadre de l'extension familiale sont définis ci-après.

Pour le bénéfice du présent régime, sont considérés comme :

- conjoint : la personne mariée avec le participant et non séparée de corps ;
- cocontractant d'un Pacs : est assimilée au conjoint, la personne qui a conclu un pacte civil de solidarité avec le participant ;
- concubin : est assimilée au conjoint, le concubin du participant justifiant de 2 années de vie commune (la condition de durée est considérée comme remplie lorsqu'un enfant est né de l'union), sous réserve que le salarié soit libre, au regard de l'état civil, de tout lien de mariage ou de Pacs.

Par enfant, il faut entendre :

- les enfants du salarié (légitimes, adoptés ou reconnus) ;
- les enfants recueillis par le salarié et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;
- les enfants qui ont été élevés par le salarié pendant 9 ans au moins avant leur 16^e anniversaire ;
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du conjoint, cocontractant d'un Pacs ou concubin du salarié aura été reconnue par le régime de base de la sécurité sociale.

Sont considérés comme enfants à charge :

- tous les enfants âgés de moins de 18 ans ;
- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants, apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés par le régime d'assurance chômage ;

- tous les enfants invalides au sens de la législation sociale si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21^e anniversaire.

ANNEXE III

Les prestations et services

Les prestations seront versées conformément au tableau ci-dessous :

	REMBOURSEMENTS y compris régime de base	SERVICES
Soins courants Honoraires de généralistes et spécialistes	100 % BR	Information par téléphone sur les adresses proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un médecin
Analyses biologiques, auxiliaires médicaux, radiologie et actes tech- niques	100 % BR	Information par téléphone sur les labora- toires et centres de radiologie proches du domicile. Mise en relation pour échanger par téléphone avec un méde- cin
Pharmacie de 15 à 65 %	100 % BR	4 portages de médicaments à domicile en cas d'immobilisation de plus de 5 jours
Prothèses Prothèses et appareillage (dont orthopédie), part obligatoire 65 % BR Part obligatoire 100 % BR Prothèses auditives	100 % BR 100 % BR 455 % BR	Information par téléphone pour trouver le matériel. Organisation de la livraison Organisation et prise en charge de l'ache- minement d'une prothèse de remplace- ment en cas de perte
Forfait optique	455 % BR + crédit annuel de 11 % du PMSS	Service d'analyse et de conseil sur les devis optiques
Dentaire Soins dentaires	100 % BR	Service d'analyse et de conseil sur les devis dentaires
Prothèses dentaires	410 % BR + crédit annuel de 4 % du PMSS	
Orthodontie acceptée par le régime de base	150 % BR	
Hospitalisation médicale ou chirurgicale Frais de séjour Dépassement d'honoraires	100 % BR 150 % BR suivant PEC	

	REMBOURSEMENTS y compris régime de base	SERVICES
Forfait journalier Chambre particulière	100 % 1,40 % du PMSS par jour limité à 60 jours par an puis 0,90 % du PMSS par jour	
Maternité Honoraires	Crédit de 1/3 du PMSS	Information par téléphone sur la santé, vie quotidienne, diététique, hygiène, vaccins. Orientation vers organismes spécialisés
Polyvalents Transport pris en charge sur prescription (sauf transport cure thermique) Forfait actes lourds 18 € Cures thermales : frais bal- néaires acceptés	100 % BR 18 € 100 % BR	Communication d'adresses d'ambulan- ciers et organisation de la course