

Accord professionnel

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS
NON CADRES DES EXPLOITATIONS AGRICOLES ET CUMA
(VIENNE)
ET ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX
(VIENNE ET DEUX-SÈVRES)**

ACCORD DU 18 AOÛT 2009

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : AGRS0997154M

Entre :

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

La chambre syndicale des exploitants agricoles, employeurs de main-d'œuvre de la Vienne ;

Le syndicat des entrepreneurs de travaux agricoles ruraux et forestiers de la Vienne ;

Le syndicat des entrepreneurs de travaux agricoles ruraux et forestiers des Deux-Sèvres,

D'une part, et

L'union départementale CFDT de la Vienne ;

L'union départementale CFDT des Deux-Sèvres ;

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

L'union départementale des syndicats CGT-FO des Deux-Sèvres ;

Le syndicat général agroalimentaire CFDT de la Vienne,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Ce présent accord vient annuler et remplacer le précédent accord complémentaire frais de santé en date du 29 avril 2009.

Pour rappel, le présent accord a pour objet de mettre en place un régime d'assurance au niveau départemental (comme le permet l'accord national du 10 juin 2008 relatif à la protection sociale complémentaire en agriculture et à la création d'un régime de prévoyance) garantissant des prestations complémentaires au régime obligatoire de la mutualité sociale agricole en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

Les partenaires sociaux signataires entendent ainsi :

- permettre aux salariés des entreprises et exploitations du secteur d'activité de bénéficier d'une couverture santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable ;
- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche professionnelle ;
- conserver la maîtrise du régime de protection sociale au niveau local.

Le présent accord est un accord autonome de la convention collective du secteur de la production agricole du département de la Vienne et des entreprises de travaux agricoles et forestiers des départements de la Vienne et des Deux-Sèvres.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord est applicable à l'ensemble des salariés non cadres des secteurs de la production agricole du département de la Vienne et des entreprises de travaux agricoles ruraux et forestiers des départements de la Vienne et des Deux-Sèvres et des CUMA de la Vienne relevant des activités suivantes :

Champ d'application professionnel

Les salariés, y compris les apprentis, de nationalité française ou étrangère travaillant dans :

- les exploitations de culture et d'élevage de quelque nature qu'elles soient (polyculture, cultures et élevages spécialisés, horticulture, maraîchage, arboriculture, pépinières...) ainsi que dans les établissements de toute nature dirigés par les exploitants agricoles en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles, lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production ou dans les structures d'accueil touristique qui ont pour support l'exploitation, et cela quelles que soient les formes juridiques adoptées ;
- les coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) ;
- les entreprises de travaux agricoles et ruraux.

Champ d'application territorial

La présente convention régit tous les travaux salariés visés à l'article 1^{er} effectués dans des entreprises situées sur les territoires suivants :

- exploitations agricoles : département de la Vienne ;
- entreprises de travaux agricoles ruraux et forestiers : départements de la Vienne et des Deux-Sèvres ;
- CUMA : département de la Vienne.

Article 2

Bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent aux salariés non cadres ayant au moins 1 an d'ancienneté dans l'entreprise et relevant du champ d'application du présent accord.

En outre, les salariés nouvellement embauchés dans une entreprise relevant du champ d'application de l'accord, ayant acquis préalablement le bénéfice du présent accord dans une autre entreprise relevant du champ d'application du présent accord, font l'objet d'un transfert de leurs droits acquis, dès lors que leur embauche intervient au plus tard dans les 3 mois civils suivant la fin de leur contrat de travail précédent.

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.

Sont exclus du bénéfice du régime institué par le présent accord :

- les 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 complémentaire santé défini dans la convention précitée ;
- les VRP ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles.

Article 3

Clause de migration

L'adhésion de toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord et l'affiliation des salariés bénéficiaires visés à l'article 2 (sauf application des dispositions prévues à l'art. 4) de ces entreprises auprès de l'organisme assureur désigné est obligatoire à compter de la prise d'effet du présent accord, y compris pour les entreprises ayant antérieurement souscrit une garantie frais de santé.

Les entreprises ayant souscrit antérieurement un régime frais de santé plus favorable pourront négocier un contrat complémentaire avec l'organisme désigné à l'article 15, afin de maintenir un niveau de garantie équivalent.

Article 4

Adhésion. – Affiliation

Adhésion obligatoire :

L'entreprise recevra sa notification d'adhésion obligatoire.

Affiliation obligatoire :

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés à l'article 2 ci-dessus, auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 15, 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.

Dispense d'affiliation :

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

- les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ;

- les salariés bénéficiant d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément peuvent également demander à être dispensés de la présente assurance complémentaire.

Pour les salariés à employeurs multiples 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 de l'employeur chez lequel le salarié a le plus d'ancienneté, qui prendra en charge la cotisation à la complémentaire frais de santé telle que définie à l'article 6.1 ;

- les salariés ayant une faible rémunération : les salariés concernés sont ceux ayant une durée du travail inférieure à un mi-temps et n'ayant qu'un seul employeur, pour lesquels le montant de cotisation à leur charge représenterait 10 % ou plus de leur rémunération.
- les salariés à temps très partiel ou les apprentis qui devraient acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle au revenu, au moins égale à 10 % de leur rémunération, peuvent choisir de ne pas adhérer, sans remise en cause du caractère collectif du régime.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse du salarié concerné, qui devra produire chaque année les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

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

Après l'entrée en vigueur de l'accord, la demande de dispense doit être notifiée par écrit à l'employeur dans un délai de 1 mois suivant l'obtention de la condition d'ancienneté requise.

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

Dans les cas de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

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 tel que défini par la loi, en application d'un régime frais de santé obligatoire pour lui, peuvent demander à être dispensés de l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire.

Cette dispense 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 de dispense, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Article 5

Garanties

La nature et le montant des prestations du régime conventionnel sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (voir annexe I « Tableau garanties complémentaire santé »).

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.

Ce régime s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits responsables défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application.

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 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 les garanties des contrats dits responsables.

Les garanties 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 effectués sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base 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'annexe I.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge du salarié, après intervention du régime de base 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 social de base au titre du risque maternité.

Article 6

Cotisation

Le présent accord relève des articles L. 871-1 du code de la sécurité sociale et L. 741-10 du code rural et à ce titre la contribution patronale est exonérée de cotisations sociales.

1. Montant de la cotisation

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.

La cotisation mensuelle du présent régime de remboursement complémentaire de frais de santé est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale et sera égale, pour l'exercice 2010, à :

Cotisation globale : 1,01 % PMSS.

Répartie à raison de :

- 20 % à la charge de l'employeur ;
- 80 % à la charge du salarié.

Le taux de cotisation sera indexé au minimum sur le dernier indice connu de l'évolution des dépenses de santé communiqué par les caisses nationales d'assurance maladie sauf si les résultats du régime compensent l'évolution de cet indice. L'indexation ainsi définie sera communiquée moyennant le respect d'un délai de préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours.

Les taux de cotisations ainsi définis sont garantis par CRIA Prévoyance pour une durée de 3 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, soit au 1^{er} janvier 2010.

2. Appel et recouvrement

L'appel et le recouvrement des cotisations seront confiés à la mutualité sociale agricole pour le compte de CRIA Prévoyance selon les termes d'un accord conclu entre eux.

Article 7

Règlement des prestations

CRIA Prévoyance procède aux versements des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature, ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les caisses de mutualité sociale agricole et des caisses primaires d'assurance maladie, ou le cas échéant encore sur pièces justificatives des dépenses réelles.

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 le bulletin d'adhésion de l'entreprise et la notice d'information remise aux salariés.

Article 8

Tiers payant

Après l'enregistrement de l'affiliation de l'assuré auprès de l'organisme assureur, l'organisme gestionnaire délivrera une carte santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires.

Cette carte santé reste la propriété de l'organisme assureur.

L'entreprise adhérente s'engage à informer l'organisme gestionnaire dans le délai de 15 jours suivant le départ du salarié (démission, licenciement, retraite, fin de contrat...) et à informer le salarié qu'il doit restituer sa carte santé à l'organisme gestionnaire.

Article 9

Plafond des remboursements

En cas d'intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par le régime de base pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

La participation de l'organisme assureur ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à la charge du salarié après participation du régime de base et, éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire.

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.

Cependant, à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittées, la garantie peut être maintenue pendant un délai de 3 mois à compter de la cessation de la garantie. Dans ce cadre, CRIA Prévoyance procédera à la collecte des cotisations auprès du salarié.

Les salariés ayant acquis préalablement le bénéfice du présent accord, dont le contrat de travail a pris fin et embauchés dans les 3 mois suivant la fin du contrat du travail auprès d'une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application visé à l'article 1^{er}, peuvent transférer leur droit acquis à la couverture complémentaire frais de santé prévue par le présent accord.

Dans ce cadre, les salariés doivent en faire la demande écrite formelle au nouvel employeur ; la MSA procédera à la collecte des cotisations.

La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

En tout état de cause et en cas de cessation des garanties, l'ancien salarié a la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à son intention.

Article 11

Maintien de garantie au profit des anciens salariés et des ayants droit d'un salarié décédé

Conformément aux dispositions prévues par l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie frais de santé peut être maintenue par la souscription d'un contrat individuel proposé par CRIA Prévoyance, sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les ayants droit qui étaient garantis par l'intermédiaire d'un salarié décédé.

CRIA Prévoyance procédera à la collecte de la cotisation avec une majoration maximum de 50 % par rapport à la cotisation globale des actifs (part employeur et part salarié).

Les intéressés devront en faire la demande auprès de CRIA Prévoyance dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès du salarié.

Par extension, les anciens salariés privés d'emploi, non bénéficiaires d'un revenu de remplacement, pourront également demander le maintien des garanties frais de santé. Toutefois, la demande devra être effectuée auprès du gestionnaire dans le mois suivant la date de rupture du contrat de travail.

Article 12

Maintien des garanties et suspension du contrat de travail

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du présent régime obligatoire 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 sont maintenues et dues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

En cas de suspension du contrat de travail, sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, la couverture pourra être maintenue à la demande du salarié sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation.

Article 13

Prescription

Toutes actions de remboursement de prestations en nature dérivant des opérations mentionnées au présent accord sont prescrites dans le délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Article 14

Couverture facultative

Salariés non cadres ayant moins de 1 an d'ancienneté

Les salariés non cadres ayant moins de 1 an d'ancienneté dans une entreprise ou exploitation relevant du champ d'application défini par le présent accord, et ne bénéficiant pas de ce fait à titre obligatoire du régime, peuvent demander à bénéficier des garanties prévues par le présent régime moyennant le paiement de la cotisation globale définie à l'article 6.1. La cotisation globale acquittée sera entièrement financée par le salarié ; CRIA Prévoyance procédera à la collecte de la cotisation.

Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du présent régime

De manière facultative, le salarié pourra demander le bénéfice de cet accord pour son et/ou ses ayants droit :

- cotisation fixée à 1,05 % du PMSS pour le conjoint ou le concubin bénéficiaire ;

- cotisation fixée à 0,82 % du PMSS pour les enfants quel qu'en soit le nombre ;
- cotisation fixée à 1,45 % du PMSS pour le reste de la famille (conjoint et enfants à charge).

Pour les garanties visées au présent accord. Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription d'un bulletin d'adhésion détaillant les personnes demandant à être garanties. CRIA Prévoyance procédera à la collecte de la cotisation.

Les modalités de gestion de ces personnes seront définies dans le cadre du protocole de gestion.

Article 15

Désignation de l'organisme assureur

Pour assurer la gestion du présent régime, les partenaires sociaux désignent CRIA Prévoyance, 139-147, rue Paul-Vaillant-Couturier, 92240 Malakoff, institution de prévoyance régie par l'article L. 727-2 du code rural et le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale.

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

La désignation de CRIA Prévoyance sera réexaminée dans un délai maximal de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord.

Article 16

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 (1) par ailleurs une fois par an, 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 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 17

Date d'effet et durée

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

(1) Soit dans le cadre d'une réunion de la commission mixte, soit dans le cadre d'un groupe paritaire réunissant au moins 2 représentants employeurs et 2 représentants d'organisations syndicales distinctes et chargé de rendre compte à la commission mixte.

Dans le cas contraire il entrera en vigueur à compter du premier jour du mois civil suivant l'arrêté d'extension.

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

Le présent accord pourra toutefois, 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.

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

Article 18

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement des prestations par CRIA Prévoyance à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

Article 19

Formalités administratives

Les modalités de dénonciation sont celles définies à l'article L. 2261-9 du nouveau code du travail.

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 Saint-Benoît, le 18 août 2009.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

Garanties complémentaire santé à la mutualité sociale agricole

POSTES	SECTEUR CONVENTIONNÉ et non conventionné (intervention en secteur non conventionné dans la limite de 90 % des frais réels)
Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris maternité) Honoraires médicaux et chirurgicaux (y compris actes de chirurgie, d'anesthésie) Frais de séjour Chambre particulière* Forfait hospitalier engagé* Frais d'accompagnement (enfant à charge de moins de 16 ans sur présentation d'un justificatif)* Transport (accepté par la MSA)	180 % BR 100 % TC Frais réels limités à 2,7 % PMSS par jour 16 € par jour Frais réels limités à 2,7 % PMSS par jour 100 % ticket modérateur
Soins médicaux Consultation et visite de généraliste (1) Consultation de spécialiste Actes de chirurgie (ADC) et actes techniques (ATM) Auxiliaires médicaux Acte d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie Analyses	150 % TC 150 % TC 150 % BR 100 % ticket modérateur 100 % ticket modérateur 100 % ticket modérateur
Pharmacie	100 % ticket modérateur
Dentaire Soins dentaires Prothèses dentaires remboursées par la MSA Orthodontie acceptée par la MSA Prothèses dentaires non remboursées par la MSA* Orthodontie refusée par la MSA*	100 % ticket modérateur 70 % TC + forfait de 10,49 % du PMSS par an 200 % TC Crédit de 7,52 % du PMSS par an et par bénéficiaire Crédit de 14 % PMSS par an et par bénéficiaire

POSTES	SECTEUR CONVENTIONNÉ et non conventionné (intervention en secteur non conventionné dans la limite de 90 % des frais réels)
Optique Montures, verres et lentilles acceptées par la MSA Lentilles refusées par la MSA	390 % TC et crédit annuel de 10 % du PMSS par bénéficiaire Crédit annuel de 7 % du PMSS par bénéficiaire
Prothèses non dentaires (acceptées par la MSA) (par bénéficiaire) Prothèses auditives Orthopédie et autres prothèses	390 % TC 100 % ticket modérateur
Cure thermique (remboursée par la MSA) Honoraires et frais de traitement Frais de voyage et d'hébergement	100 % ticket modérateur 100 % ticket modérateur
Actes de prévention Vaccination DTP et rubéole Détartrage annuel complet sus et sous-gingival (SC12)	100 % ticket modérateur 100 % ticket modérateur
BR : base de remboursement de la mutualité sociale agricole. TC : tarif de convention de la mutualité sociale agricole. TMC : ticket modérateur conventionnel (reconstitué en secteur non conventionné). PMSS : plafond mensuel de la mutualité sociale agricole. FR : frais réels. * Remboursé selon conditions définies nonobstant toutes interventions de la mutualité sociale agricole. (1) Y compris déplacements et majorations (nuit/jour férié).	

Détail des 7 actes de prévention

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, les signataires ont choisi de prendre en charge au titre du régime de prévoyance les actes de prévention suivants :

- un détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum (SC12) ;
- un dépistage de l'hépatite B (code NABM 4713, 4714, 0323, 0351) ;
- un scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, une fois par dent et avant le 14^e anniversaire ;
- un 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 ;
- un 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 :
 - audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002) ;
- 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 ;
- les vaccinations suivantes seules ou combinées :
 - diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - coqueluche : avant 14 ans ;
 - hépatite B : avant 14 ans ;
 - BCG : avant 6 ans ;
 - rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - haemophilus influenzae B ;
 - vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.