

Accord collectif

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
POUR LES SALARIÉS NON CADRES
(GERS)**

ACCORD DU 17 SEPTEMBRE 2009

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : AGRS0997187M

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles du Gers ;

La fédération départementale des CUMA du Gers ;

Le syndicat des entrepreneurs de travaux agricoles, ruraux et forestiers du Gers ;

Le mouvement de la défense des exploitants familiaux ;

La coordination rurale 32 ;

Les jeunes agriculteurs,

D'une part, et

Le syndicat général agroalimentaire CFDT du Gers ;

Le syndicat départemental FGTA FO ;

Le syndicat départemental FNAF CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le présent accord est un accord distinct de la convention collective concernant les exploitations agricoles, les entreprises de travaux agricoles, ruraux et forestiers et les coopératives d'utilisation de matériels agricoles du Gers.

Les partenaires sociaux agricoles du Gers ont décidé de mettre en place un régime départemental de complémentaire santé, collectif et obligatoire et un régime optionnel facultatif au bénéfice des salariés agricoles, comme le leur permet l'accord national du 10 juin 2008.

Article 1^{er}

Champ d'application

Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable à l'ensemble des employeurs et des salariés :

- des exploitations agricoles proprement dites ;

- des exploitations de cultures spécialisées (viticulture, cultures maraîchères, cultures fruitières) ;
- des entreprises de battage, de moissonnage-battage, de motoculture ;
- des entreprises de travaux agricoles, ruraux et forestiers ;
- des coopératives de culture en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole.

Champ d'application territorial

Le présent accord s'applique aux salariés et employeurs dont le siège de l'exploitation se situe dans le département du Gers.

Article 2

Durée, 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 ;
- du premier jour du trimestre civil suivant la publication de son arrêté d'extension si celle-ci intervient après le 1^{er} janvier 2010.

En tout état de cause, le présent accord pourra préalablement à son extension être appliqué de manière volontaire à compter du 1^{er} janvier 2010.

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 aux salariés non cadres ayant 3 mois d'ancienneté continue 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 ;
- les salariés non cadres définis ci-dessus ressortissant à un accord collectif d'entreprise dans les conditions fixées à l'article 12 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.

Article 4

Affiliation

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 désigné à l'article 6 par la signature d'un bulletin d'affiliation.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'informations, délivrée par l'organisme désigné à l'employeur, sera remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime.

Dispenses d'affiliation

Ont 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 :

- 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 accord collectif 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 pour un niveau de prestations au moins équivalent.

Cette dispense prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non-renouvellement annuel de l'attestation, de cessation du régime obligatoire, de diminution du niveau de prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans le présent accord ou à la demande du salarié ;

- les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. La dispense d'affiliation ne vaut que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture obligatoire, du fait d'une autre activité exercée simultanément, peuvent également demander à être exclus ;
- les apprentis et les salariés à temps partiel ayant une durée de 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. Ces salariés peuvent choisir de ne pas adhérer, sans remise en cause du caractère collectif du régime.

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'agira de l'employeur chez lequel le salarié a le plus d'ancienneté, qui prendra en charge la cotisation définie ci-après.

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 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 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.

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

Article 5

Garanties

Régime obligatoire

Le présent régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le salarié bénéficiaire défini à l'article 3, 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 de ces prestations sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (voir annexe I « Tableau garanties complémentaire santé »).

Le présent régime ne couvre à titre obligatoire que le salarié seul.

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.

En conséquence :

- sont prises en charge les prestations de prévention figurant dans l'arrêté du 8 juin 2006 pris en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ;
- 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.

Garanties à adhésion individuelle et facultative

Salariés non cadres ayant moins de 3 mois d'ancienneté :

Les salariés non cadres ayant moins de 3 mois 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 accord à titre facultatif, moyennant le paiement de la cotisation globale définie à l'article intitulé « Cotisations ».

La cotisation globale acquittée sera entièrement à la charge du salarié et les prestations sont identiques à celles de l'annexe I.

Extension famille :

De manière facultative, le salarié pourra demander le bénéfice de l'extension des garanties pour son conjoint et ses enfants moyennant le paiement d'une cotisation définie à l'article 7.

Le bénéfice du régime est subordonné à la souscription d'un bulletin d'adhésion détaillant les personnes demandant à être garanties.

La cotisation correspondante sera entièrement financée par le salarié et l'organisme désigné procédera à la collecte de la cotisation.

Garanties optionnelles

Les salariés pourront souscrire des prestations optionnelles additionnelles aux prestations obligatoires. Ces prestations supplémentaires sont définies dans l'annexe II. Le surplus de cotisation correspondant à ces prestations supplémentaires sera à la charge du salarié.

L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme désigné.

Article 6

Gestion du régime

Pour assurer la gestion de leur régime complémentaire obligatoire frais de santé et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires conviennent de désigner l'organisme suivant : CRIA Prévoyance, 139-147, rue Paul-Vaillant-Couturier, 92240 Malakoff.

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

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

Article 7

Cotisations

1. Taux et répartition

Le présent accord relève des articles 871-1 du code de la sécurité sociale et L. 741-10 du code rural et, à ce titre, les cotisations patronales sont exonérées.

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.

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, dans le cadre de la réglementation applicable à la date de conclusion du présent accord.

Ces taux seront ensuite indexés en fonction de l'indice national de la consommation médicale totale, considéré sur 12 mois, de juin à juin et lissé sur 3 années. Toute évolution des taux de cotisations devra être communiquée en respectant un délai de 3 mois avant sa prise d'effet. Son application est conditionnée à l'accord des partenaires sociaux.

Régime obligatoire : cotisation pour le salarié bénéficiaire seul

Le taux global de la cotisation mensuelle du présent régime complémentaire frais de santé est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est égal à 1,01 % du PMSS.

La cotisation obligatoire est répartie à raison de :

- 15 % à la charge de l'employeur, dans la limite d'un montant de 5 € par mois ;
- 85 % à la charge du salarié.

Garanties facultatives :

1° Adhésion d'un salarié ayant moins de 3 mois d'ancienneté : 1,01 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

2° Extension famille : 1,24 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

3° Garanties optionnelles prévues à l'annexe II.

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles correspondant à l'annexe II, il devra acquitter en totalité, selon le cas, l'une des cotisations supplémentaires suivantes :

- soit 0,19 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour le salarié ;
- soit 0,40 % du plafond mensuel de la sécurité sociale si les garanties concernent la famille.

Ces cotisations sont à la charge exclusive du salarié. L'appel et le recouvrement de ces cotisations sont confiés à l'organisme désigné à l'article 6.

2. Appel et recouvrement

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

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme gestionnaire des cotisations dans le premier mois de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé.

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 la sécurité sociale, procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

Les cotisations pour les garanties facultatives sont recouvrées selon les modalités définies dans la convention de gestion conclue entre les partenaires sociaux et l'organisme désigné.

Article 8

Règlement des prestations et tiers payant

L'organisme désigné 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 MSA ou caisses primaires d'assurance maladie, ou, le cas échéant, 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 la convention de gestion signée entre les partenaires sociaux et l'organisme désigné et la notice d'informations remise aux salariés.

Après l'enregistrement de l'affiliation du salarié bénéficiaire, l'organisme désigné 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 désigné.

Article 9

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 de l'organisme désigné, dans des conditions définies par celui-ci, 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 ou du décès.

Dans ce cadre l'organisme désigné procédera à la collecte de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés.

La cotisation des anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'une allocation de préretraite ne pourra dépasser de plus de 50 % la cotisation des actifs.

La cotisation des autres anciens salariés ne pourra dépasser de plus de 20 % la cotisation des actifs, sous réserve qu'ils en fassent la demande auprès de l'organisme désigné dans le mois suivant la date de rupture de leur contrat de travail.

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

- les anciens adhérents salariés préretraités et retraités ;
- les anciens adhérents salariés privés d'emploi, bénéficiant d'un revenu de remplacement ;
- les anciens adhérents salariés bénéficiaires d'une rente incapacité ou invalidité ;
- les ayants droit qui étaient garantis par l'intermédiaire d'un salarié décédé.

Article 10

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 formulée à l'organisme désigné, sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation.

Article 11

Convention de gestion spécifique

Les modalités de mises en œuvre pratiques des garanties prévues par le présent accord font l'objet d'une convention de gestion distincte entre l'organisme désigné et les partenaires sociaux, qui définit notamment les modalités de suivi du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront par ailleurs au moins une fois par an, 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 ;
- de définir les modalités de modification des cotisations et des garanties.

Article 12

Antériorité des régimes d'entreprise

L'adhésion de toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord et l'affiliation des salariés bénéficiaires visés à l'article 3 de ces entreprises auprès de l'organisme 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.

Tout employeur ayant une activité définie à l'article 1^{er} du présent accord est tenu d'adhérer au présent régime pour l'ensemble des salariés concernés du présent accord, en application des modalités fixées entre les partenaires sociaux et l'organisme désigné.

Les entreprises disposant déjà d'un régime complémentaire santé obligatoire au jour de la signature du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies en annexe du présent accord 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 obligatoire de niveau égal ou inférieur aux garanties définies en annexe I du présent accord, doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel ainsi défini, à compter de la date de son entrée en vigueur.

Article 13

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement des prestations par l'organisme désigné à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme désigné 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 14

Clause de réexamen, dénonciation

Conformément aux articles L. 912-1 et L. 912-2 du code de la sécurité sociale, 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 désigné.

L'accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve d'un préavis de 3 mois. Les modalités de dénonciation sont celles définies à l'article L. 2261-9 du code du travail.

Article 15

Formalités administratives

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 Auch, le 17 septembre 2009.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

Garantie complémentaire de base frais de santé

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base en % de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE en % de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire en % de la base de remboursement du régime de base
Frais médicaux			
Consultations, visites, médecin ou spécialiste	70 % de la BR	130 % de la BR	200 % de la BR (1)
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Participation forfaitaire sur les actes lourds (18 €)	-	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Cures thermales acceptées	65 % de la BR	35 % de la BR	100 % de la BR
Vaccins prescrits	-	40 € par an et par famille	40 € par an et par famille
Actes de prévention responsables : 2 prévus par l'arrêté du 8 juin 2006	De 35 % à 70 % de la BR	De 30 % à 65 % de la BR sur la totalité des actes prévus par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR sur la totalité des actes prévus par l'arrêté du 8 juin 2006

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base en % de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE en % de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire en % de la base de remboursement du régime de base
Pharmacie			
Vignette bleue	65 % de la BR	35 % de la BR	100 % de la BR
Vignette blanche	35 % de la BR	65 % de la BR	100 % de la BR
Vignette orange	15 % de la BR	85 % de la BR	100 % de la BR
Frais d'optique			
Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée par le régime de base	65 % de la BR	390 % de la BR + forfait de 350 € par an et par bénéficiaire	455 % de la BR + forfait de 350 € par année civile et par bénéficiaire
Frais dentaires			
Prothèses dentaires acceptées par le régime de base	70 % de la BR	140 % de la BR + forfait de 350 € par an et par bénéficiaire	210 % de la BR + forfait de 350 € par année civile et par bénéficiaire
Soins et honoraires	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Parodontologie		100 € par an et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie acceptée (enfants moins de 16 ans)	100 % de la BR	150 % de la BR	250 % de la BR
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	65 % de la BR	235 % de la BR	300 % de la BR
Prothèses auditives	65 % de la BR	390 % de la BR + 200 € par an	455 % de la BR + 200 € par an

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base en % de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE en % de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire en % de la base de remboursement du régime de base
Hospitalisation et psychiatrie (secteur conventionné ou non)			
Frais de séjour	De 80 % à 100 % de la BR	De 0 % à 20 % de la BR	100 % de la BR
Honoraires	De 80 % à 100 % de la BR	De 400 % à 420 % de la BR	De 480 % à 500 % de la BR
Chambre particulière	-	52 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour	52 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour
Séjour accompagnant	-	52 € par jour pendant 30 jours	52 € par jour pendant 30 jours
Forfait journalier hospitalier	-	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Maternité (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	100 % de la BR	200 % de la BR	300 % de la BR
Dépassement d'honoraires et chambre particulière	-	52 € par jour	52 € par jour
Transport	65 %	35 %	100 %
(1) BR : base de remboursement du régime de base.			

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 frais de santé 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 (codes 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 (AM024), 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.

ANNEXE II

Garanties complémentaires de base + Garantie optionnelles

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base en % de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE en % de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire en % de la base de remboursement du régime de base
Frais médicaux			
Consultations, visites, médecin ou spécialiste	70 % de la BR	230 % de la BR	300 % de la BR (1)
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Participation forfaitaire sur les actes lourds (18 €)	-	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Cures thermales acceptées	65 % de la BR	35 % de la BR	100 % de la BR
Ostéopathie	-	22 € x 4 par an et par famille	22 € x 4 par an et par famille
Vaccins prescrits	-	40 € x 4 par an et par famille	40 € x 4 par an et par famille
Actes de prévention responsables : 2 prévus par l'arrêté du 8 juin 2006	De 35 % à 70 % de la BR	De 30 % à 65 % de la BR sur la totalité des actes prévus par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR sur la totalité des actes prévus par l'arrêté du 8 juin 2006

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base en % de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE en % de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire en % de la base de remboursement du régime de base
Pharmacie Vignette bleue Vignette blanche Vignette orange	65 % de la BR 35 % de la BR 15 % de la BR	35 % de la BR 65 % de la BR 85 % de la BR	100 % de la BR 100 % de la BR 100 % de la BR
Frais d'optique Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée par le régime de base	65 % de la BR	390 % de la BR + forfait de 475 € par an et par bénéficiaire	455 % de la BR + forfait de 475 € par année civile et par bénéficiaire
Frais dentaires Prothèses dentaires acceptées par le régime de base Soins et honoraires Implantologie Parodontologie Orthodontie acceptée (enfants moins de 16 ans)	70 % de la BR 70 % de la BR 100 % de la BR	140 % de la BR + forfait de 475 € par an par bénéficiaire 30 % de la BR 200 € par an et par famille 100 € par an et par bénéficiaire 250 % de la BR	210 % de la BR + forfait de 475 € par année civile et par bénéficiaire 100 % de la BR 200 € par an et par famille 100 € par an et par bénéficiaire 350 % de la BR
Appareillage et divers Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	De 65 % de la BR	435 % de la BR	500 % de la BR

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base en % de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE en % de la base de remboursement du régime de base	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire en % de la base de remboursement du régime de base
Pharmacie sur prescription non remboursée Prothèses auditives	65 % de la BR	40 € par an et par famille 390 % de la BR + 350 € par an	40 € par an et par famille 455 % de la BR + 350 € par an
Hospitalisation et psychiatrie (secteur conventionné ou non)			
Frais de séjour	De 80 % à 100 % de la BR	De 0 % à 20 % de la BR	100 % de la BR
Honoraires	De 80 % à 100 % de la BR	De 400 % à 420 % de la BR	De 480 % à 500 % de la BR
Chambre particulière		52 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour	52 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour
Séjour accompagnant		52 € par jour pendant 30 jours	52 € par jour pendant 30 jours
Forfait journalier hospitalier		100 % des frais réels	100 % des frais réels
Maternité (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	100 % de la BR	200 % de la BR	300 % de la BR
Dépassement d'honoraires et chambre particulière		52 € par jour	52 € par jour
Transport	65 %	35 %	100 %
(1) BR : base de remboursement du régime de base.			

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 frais de santé 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 (codes 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 (AM024), 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.