

Accord collectif

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(PUY-DE-DÔME)**

ACCORD DU 21 SEPTEMBRE 2009

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : AGRS0997183M

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles du Puy-de-Dôme ;

L'union départementale des syndicats d'exploitants agricoles du Puy-de-Dôme ;

Le syndicat des producteurs de l'horticulture et des pépinières ;

Le syndicat des maraîchers ;

La fédération départementale des CUMA ;

Le syndicat des entrepreneurs de travaux agricoles et ruraux,

D'une part, et

L'union départementale des syndicats CGT-FO ;

Le syndicat départemental agroalimentaire CFDT du Puy-de-Dôme ;

L'union départementale CFE-CGC ;

L'union départementale des syndicats CGT ;

La fédération des syndicats chrétiens des organismes et professions de l'agriculture CFTC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Par le présent accord, les partenaires sociaux de l'agriculture du département du Puy-de-Dôme signataires ont souhaité mettre en place un régime de protection sociale complémentaire comme le leur permettait 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 ci-dessus désignés entendent ainsi permettre aux salariés agricoles non cadres des exploitations agricoles de polyculture, d'élevage, de pomiculture, de viticulture, de maraîchage, de champignon-

nières, d'horticulture et de pépinières, de sylviculture (à l'exception de l'abattage), des CUMA et des entreprises de travaux agricoles et ruraux du Puy-de-Dôme visés par le présent accord 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 du 25 octobre 1978 concernant les exploitations et entreprises agricoles du département du Puy-de-Dôme.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord est applicable à l'ensemble des salariés non cadres des exploitations agricoles de polyculture, d'élevage, de pomiculture, de viticulture, de maraîchage, de champignonnières, d'horticulture et de pépinières, de sylviculture (à l'exception de l'abattage), des CUMA et des entreprises de travaux agricoles et ruraux du Puy-de-Dôme.

Dans le champ d'application du présent accord, une entreprise relève du régime d'assurance complémentaire frais de santé dès lors que son siège, représenté par les bâtiments d'exploitation, est situé dans le département du Puy-de-Dôme, même si les terrains de cultures s'étendent sur les départements limitrophes.

Article 2

Entrée en vigueur

Le présent accord entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2010.

Il s'imposera à compter du 1^{er} janvier 2010, aux employeurs et salariés ressortissant à des entreprises adhérentes aux organisations signataires et à compter de la date de son extension, à l'ensemble des employeurs et salariés compris dans son champ d'application.

Le présent accord pourra toutefois être appliqué de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissant à des entreprises non adhérentes aux organisations signataires à compter du 1^{er} janvier 2010, si son extension devait intervenir postérieurement à cette date.

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 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.

Pour les dispositions du présent accord la condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil qui suit l'acquisition de 3 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise.

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier l'ensemble des salariés visés au présent article, auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 6, 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.

En sont exclus :

- 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 catégories particulières de salariés (VRP, par exemple) ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles.

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.

a) Les salariés bénéficiant déjà, au jour de l'entrée en vigueur du régime mis en place par le présent accord, 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 exclus 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 supérieures.

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.

b) Les salariés bénéficiaires de la CMU-C ainsi que ceux bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale.

c) Les salariés sous contrat à durée déterminée ou les travailleurs saisonniers titulaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois.

d) Les salariés à employeurs multiples déjà couverts par un accord obligatoire dans un champ ne relevant pas du présent accord.

e) Les salariés ayant une faible rémunération : les salariés concernés sont ceux ayant une durée de travail inférieure à un mi-temps et n'ayant qu'un seul employeur ou les apprentis, pour lesquels le montant de cotisation à leur charge représenterait 10 % ou plus de leur rémunération.

Ces salariés 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.

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 concerné.

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 au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition d'ancienneté de 3 mois continus dans l'entreprise.

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 le 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.

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, et à ce titre les contributions patronales sont exonérées.

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.

La nature et le montant des prestations du régime conventionnel sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (voir annexe I « Tableau 1. – Liste des garanties (niveau 1) »).

Article 5

Offre à adhésion individuelle et facultative

Les partenaires sociaux ont souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire aux offres individuelles et facultatives suivantes sans participation de l'employeur :

- extension de la garantie conventionnelle (niveau 1) à un niveau supérieur de remboursement des dépenses (niveau 2) ;

- extension de la garantie conventionnelle (niveau 1) ou de la garantie supérieure optionnelle (niveau 2) au conjoint, partenaire d'un Pacs ou concubin et aux enfants à charge.

Les modalités, les conditions d'accès et la fixation de la cotisation relatives à ces offres facultatives sont précisées dans l'annexe II du présent accord.

Article 6

Gestion du régime

Pour assurer la gestion du régime de complémentaire frais de santé défini dans le présent accord et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires conviennent de désigner Mutualia Santé Sud-Est, 5, place Gustave-Rivet, 38011 Grenoble.

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

Article 7

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 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.

Les entreprises disposant déjà d'un accord complémentaire frais de santé au jour de la publication de l'arrêté d'extension du présent accord, inférieur aux garanties définies à l'article 4 ou ne disposant d'aucun accord, doivent obligatoirement rejoindre pour l'assurance frais de santé l'organisme désigné et appliquer les dispositions du présent accord.

Article 8

Cotisations

1. Taux de cotisations et répartition

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 garantie du présent régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé est financée par une cotisation mensuelle dont le taux est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est égal à 0,734 % du PMSS.

Le montant de la cotisation mensuelle, soit 21 € tel que fixé lors de la conclusion de l'accord, est applicable pour les années 2010 et 2011, réparti comme suit :

- 35 % à la charge de l'employeur, soit 7,35 €, dans la limite de 8 € par mois ;

- 65 % à la charge du salarié, soit 13,65 € (plus, le cas échéant, la part employeur excédant 8 €).

Néanmoins, lorsque le risque se trouve aggravé, notamment à la suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles, modifiant les prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie, Mutuaia Santé Sud-Est se réserve la faculté de proposer de nouvelles cotisations pour tenir compte des modifications intervenues à compter de la prise d'effet des nouvelles dispositions.

A partir du 1^{er} janvier 2012, les évolutions de cotisations seront fonction des comptes de résultats présentés en commission mutuelle. Cette évolution de cotisation ne pourra excéder celle du PMSS (taux fixé à 0,734 % du PMSS) majorée au maximum du taux d'augmentation de l'indice de consommation médicale à paramètre régime obligatoire équivalent.

Il sera réparti comme suit :

- 35 % à la charge de l'employeur ;
- 65 % à la charge du salarié.

2. Appel et recouvrement

Les cotisations sont collectées par l'organisme désigné. Le recouvrement des cotisations et le paiement des prestations sont confiés à la MSA par l'organisme assureur selon les modalités définies entre l'organisme désigné et la MSA.

Article 9

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 ne donnant pas lieu à complément de salaire par l'employeur et intervenant après la date d'affiliation au régime, notamment pour congé parental d'éducation, congé sans solde, congé sabbatique ou congé pour création d'entreprise, les garanties prévues par le présent accord peuvent continuer à être accordées, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante.

Article 10

Clause de réexamen

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 est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé à tout moment par l'une ou l'autre des parties signataires sous réserve d'un préavis de 3 mois, selon les modalités de dénonciation prévues à l'article L. 2261-9 du code du travail.

L'organisme assureur concerné maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation.

Article 11

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 notamment entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux, les modalités de suivi du régime.

Les partenaires sociaux ont décidé la constitution d'un comité paritaire de suivi, d'interprétation et de surveillance. Ce comité composé des organisations professionnelles signataires et en cas de besoin des représentants de l'organisme désigné se réuniront au moins une fois par an 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 12

Dépôt et extension

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

Fait à Clermont-Ferrand, le 21 septembre 2009.

(Suivent les signatures.)

Tableau 1. Liste des garanties (niveau 1)

TYPE DE GARANTIE	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT Mutualia niveau 1 de garantie	REMBOURSEMENT total
Frais médicaux Consultations de médecins ou spécialistes, sages-femmes Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, mas- sages, pédicures, orthophonistes, orthop- tistes Analyses, examens de laboratoire Radiographie, électroradiographie	70 % 60 % 60 % 70 %	30 % 40 % 40 % 30 %	100 % 100 % 100 % 100 %
Actes de prévention responsable (tous les actes de prévention prévus par l'arrêté du 8 juin 2006, cf. annexe III)	De 35 à 70 %	TM	100 %
Pharmacie	De 15 à 100 %	TM	100 %
Optique Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée	65 %	390 % + un forfait de 400 € sur 2 ans par personne	455 % + un forfait de 400 € sur 2 ans par personne

TYPE DE GARANTIE	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT Mutualia niveau 1 de garantie	REMBOURSEMENT total
Dentaire Prothèse acceptée Frais de soins Orthodontie acceptée	70 % 70 % 100 %	140 % + un crédit de 300 € par an et par personne 30 % 150 %	210 % + un crédit de 300 € par an et par personne 100 % 250 %
Appareillage Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses Prothèses auditives	65 % 70 %	35 % 390 %	100 % 460 %
Hospitalisation (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjours Chambre particulière Dépassement d'honoraires Forfait hospitalier	De 80 à 100 % - - -	TM 45 € par jour x 60 jours 25 € par jour après 60 jours 150 % Frais réels dès le 1 ^{er} jour	100 % 45 € par jour x 60 jours 25 € par jour après 60 jours 150 % Frais réels dès le 1 ^{er} jour

TYPE DE GARANTIE	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT Mutualia niveau 1 de garantie	REMBOURSEMENT total
Maternité (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjours Dépassement d'honoraires et chambre parti- culière	100 % –	– Crédit d'un tiers du PMSS par bénéficiaire et par maternité	100 % Crédit d'un tiers du PMSS par bénéficiaire et par maternité
Forfait actes lourds	–	18 €	18 €
Vaccins prescrits		40 € par an et par personne	40 € par an et par personne

Les taux sont exprimés en pourcentage du remboursement de base.

Les offres à adhésion individuelle et facultative

1. Extension à un niveau supérieur de remboursement des dépenses de santé

Les partenaires sociaux ont souhaité donner la possibilité aux salariés définis à l'article 3 de bénéficier de manière facultative d'un niveau de garanties supérieur (niveau 2 de garanties, cf. tableau 2 ci-après) à l'accord conventionnel obligatoire.

L'extension vers le niveau supérieur de garanties défini dans le tableau 2 ci-après est facultative et laissée au choix du salarié.

Lorsque le salarié décidera de choisir cette option, il ne pourra y renoncer qu'à partir d'un délai de 2 ans.

Le montant de la cotisation mensuelle facultative extension « niveau 2 de garanties » est à la seule charge du salarié, soit 17,14 € tel que fixé lors de la conclusion de l'accord, et est applicable pour les années 2010 et 2011.

Néanmoins, lorsque le risque se trouve aggravé, notamment à la suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles, modifiant les prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie, Mutualia Santé Sud-Est se réserve la faculté de proposer de nouvelles cotisations pour tenir compte des modifications intervenues à compter de la prise d'effet des nouvelles dispositions.

A partir du 1^{er} janvier 2012, en fonction des résultats du régime, l'assureur pourra proposer aux partenaires sociaux des évolutions des taux de cotisations et/ou des garanties facultatives.

Ce supplément de cotisation sera collecté par Mutualia Santé Sud-Est.

Le régime facultatif sera géré distinctement du régime conventionnel.

Tableau 2. Liste des garanties (niveau 2)

TYPE DE GARANTIE	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT Mutualia niveau 2 de garantie	REMBOURSEMENT total
Frais médicaux Consultations de médecins ou spécialistes, sages-femmes Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, mas- sages, pédicures, orthophonistes, orthop- tistes Analyses, examens de laboratoire Radiographie, électroradiographie	70 % 60 % 60 % 70 %	130 % 40 % 40 % 30 %	200 % 100 % 100 % 100 %
Actes de prévention responsable (tous les actes de prévention prévus par l'arrêté du 8 juin 2006, cf. annexe III)	De 35 à 70 %	TM	100 %
Pharmacie	De 15 à 100 %	TM	100 %
Optique Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée	65 %	390 % + un forfait de 600 € sur 2 ans par personne	390 % + un forfait 600 € sur 2 ans par personne
Dentaire Prothèse acceptée Frais de soins	70 % 70 %	210 % + un crédit de 300 € par an et par personne 30 %	280 % + un crédit de 300 € par an et par personne 100 %

TYPE DE GARANTIE	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT Mutualia niveau 2 de garantie	REMBOURSEMENT total
Orthodontie acceptée Orthodontie refusée Parodontologie	100 %	150 % 150 % 100 € par an et par personne	250 % 150 % 100 € par an et par personne
Appareillage Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses Prothèses auditives	65 % 70 %	235 % 390 % + un crédit de 350 € par an et par personne	300 % 460 % + un crédit de 350 € par an et par personne
Hospitalisation (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjours Chambre particulière Dépassement d'honoraires Forfait hospitalier	De 80 à 100 % - - -	TM 60 € par jour x 60 jours 25 € par jour après 60 jours 300 % Frais réels dès le 1 ^{er} jour	100 % 60 € par jour x 60 jours 25 € par jour après 60 jours 300 % Frais réels dès le 1 ^{er} jour

TYPE DE GARANTIE	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT Mutualia niveau 2 de garantie	REMBOURSEMENT total
Maternité (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjours Dépassement d'honoraires et chambre parti- culière	100 %	– Crédit d'un tiers du PMSS par bénéficiaire et par maternité	100 % Crédit d'un tiers du PMSS par bénéficiaire et par maternité
Forfait actes lourds		18 €	18 €
Vaccins prescrits		40 € par an et par personne	40 € par an et par personne

Les taux sont exprimés en pourcentage du remboursement de base.

2. Extension adulte enfant

Cette extension est facultative et laissée au choix du salarié.

Les partenaires sociaux ont également souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans la cadre du présent régime ou la couverture facultative extension niveau 2 de garanties décrite dans le tableau 2 au conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs ou aux enfants (voir définition des ayants droit du salarié ci-dessous).

Lorsque le salarié décidera de choisir cette option, il ne pourra y renoncer qu'à partir d'un délai de 2 ans.

Les montants de cotisations mensuelles facultatives extension adulte, enfant à la seule charge du salarié sont indiqués dans le tableau ci-dessous tel que fixé lors de la conclusion de l'accord et sont applicables pour les années 2010 et 2011.

Néanmoins, lorsque le risque se trouve aggravé, notamment à la suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles, modifiant les prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie, Mutualia Santé Sud-Est se réserve la faculté de proposer de nouvelles cotisations pour tenir compte des modifications intervenues à compter de la prise d'effet des nouvelles dispositions.

(En euros.)

	RÉGIME CONVENTIONNEL (niveau 1 de garanties)	RÉGIME SUPPLÉMENTAIRE facultatif (niveau 2 de garanties)
Adulte	21	38,14
Enfant :		
1 enfant	12,83	21,83
2 enfants ou plus	25,66	43,66

Ces suppléments de cotisations seront collectés par Mutualia Santé Sud-Est.

A partir du 1^{er} janvier 2012, en fonction des résultats du régime, l'assureur pourra proposer aux partenaires sociaux des évolutions des taux de cotisations et/ou des garanties facultatives.

Le régime facultatif sera géré distinctement du régime conventionnel.

Définition des ayants droit du salarié :

- le conjoint : la personne mariée avec le participant et non séparée de corps ;
- le cocontractant d'un Pacs : est assimilé au conjoint la personne qui a conclu un pacte civil de solidarité avec le participant ;
- 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 ;

- les enfants à charge ; 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 Pole emploi et non indemnisés ;
- tous les enfants invalides au sens de la législation sociale si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21^e anniversaire.

**7 actes de prévention définis
par l'arrêté du 8 juin 2006**

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 quatorzième 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 (AM024), 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 et 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.

