

Accord départemental

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE
FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS NON CADRES
DES ENTREPRISES DE L'HORTICULTURE ET DE LA PÉPINIÈRE
(ALLIER)**

ACCORD DU 3 SEPTEMBRE 2009

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : AGRS0997199M

Entre :

Le syndicat des producteurs de l'horticulture et des pépinières de l'Allier,

D'une part, et

L'UD des syndicats CGT de l'Allier ;

La fédération CFTC agriculture ;

L'UD des syndicats FO de l'Allier ;

L'UD CFDT de l'Allier,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Par le présent accord, les partenaires sociaux signataires souhaitent mettre en place un régime frais de santé départemental 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 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 d'horticulture et de pépinières non cadres relevant des activités définies ci-après, du département de l'Allier, de bénéficier d'un régime complémentaire frais de 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 concernant les salariés des entreprises de production de l'horticulture et de la pépinière du département de l'Allier.

Article 1^{er}

Champ d'application

Article 1.1

Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable de manière obligatoire à l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des entreprises du régime agricole relevant des activités de l'horticulture et de la pépinière du département de l'Allier.

Article 1.2

Champ d'application territorial

Le présent accord régit tous les travaux salariés visés à l'article 1.1 effectués dans des entreprises situées sur le département de l'Allier et dans tous les établissements dont le siège est situé sur le territoire du département de l'Allier.

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.

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 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.

En tout état de cause, le présent accord s'imposera à toutes les entreprises et tous les salariés défini à l'article 1^{er} du présent accord au premier jour du mois civil suivant la publication au *Journal officiel* de l'arrêté d'extension.

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 1 an d'ancienneté dans une même 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 de l'accord, font l'objet d'un transfert de leurs droits au bénéfice de l'assurance complémentaire frais de santé dès lors que leur embauche intervient au plus tard dans les 4 mois 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.

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 assureur désigné à l'article 5.

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.

Cas d'exclusion :

- les cadres 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 prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les VRP ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles obligatoires ;
- les salariés non cadres définis ci-dessus ressortissant à un accord d'entreprise dans les conditions fixées à l'article 11 du présent accord.

Dispenses 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 :

- 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 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 ;

- les salariés bénéficiaires de la CMU-C ainsi que 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, n'entrant pas dans le champ d'application du présent accord, exercée simultanément peuvent également demander à être exclus de la présente assurance complémentaire ;
- les salariés en contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois ;
- 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 ou les apprentis pour lesquels le montant de cotisation à leur charge représenterait 10 % ou plus de leur rémunération ;
- les 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.

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 à la complémentaire frais de santé telle que définie à l'article 7.1.

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 d'exclusion ou de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Article 4

Offre à adhésion individuelle et facultative

Article 4.1

Les salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

S'agissant des salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté permettant d'accéder au régime obligatoire mis en place par le présent accord, les partenaires sociaux ont souhaité qu'ils puissent accéder à un régime à adhésion volontaire et facultatif offrant des prestations identiques.

Les modalités, les conditions d'accès et la fixation de la cotisation relatives à cette offre facultative sont précisées à l'annexe II du présent accord.

Article 4.2

L'extension de garanties facultative

Les partenaires sociaux ont également souhaité donner la possibilité d'améliorer les garanties prévues dans le cadre du présent régime obligatoire à deux paliers optionnels, à titre individuel et facultatif.

Les modalités, les conditions d'accès et la fixation de la cotisation relatives à cette offre facultative sont précisées à l'annexe II du présent accord. Les extensions de garanties sont présentées à l'annexe I du présent accord.

Article 4.3

L'extension famille (enfants et conjoint) facultative

Les partenaires sociaux ont également souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à la famille du salarié (conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

Les dispositions de l'article 4.2 du présent accord s'appliquent aussi à l'extension famille définie au présent article.

Les modalités, les conditions d'accès et la fixation de la cotisation relatives à cette offre facultative sont précisées à l'annexe II du présent accord. Les extensions de garanties sont présentées à l'annexe I du présent accord.

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 des garanties complémentaire santé »).

Le présent régime ne couvre à titre obligatoire que 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.

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.

Article 6

Gestion du régime complémentaire frais de santé

Pour assurer la gestion de leur régime complémentaire obligatoire frais de santé, les organisations signataires ont convenu, après avoir procédé à un

appel d'offres, de désigner l'organisme suivant : AGRI-Prévoyance (21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris), membre du groupe AGRICA, et ANIPS (4-6, avenue d'Alsace, 92033 La Défense Cedex), en coassurance à hauteur respectivement de 60 % et 40 %, ANIPS étant apériteur.

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 7

Cotisation

Article 7.1

Montant de la cotisation

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.

Les taux de cotisation ainsi définis sont garantis par l'organisme désigné 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 au 1^{er} juin 2009.

Cotisation isolée obligatoire

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 sera égal à 0,91 % du PMSS.

La tarification isolée obligatoire concerne le salarié seul.

La cotisation obligatoire ainsi prévue 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.

Article 7.2

Appel et recouvrement

L'appel et le recouvrement des cotisations obligatoires seront confiés par l'organisme désigné à la mutualité sociale agricole selon les termes d'un accord conclu entre eux.

Cet appel et ce recouvrement seront effectués, conjointement aux cotisations sociales de base, dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées.

Article 8

Règlement des prestations et tiers payant

La MSA procède aux remboursements de base MSA et complémentaire frais de santé. Concernant les frais d'optique et dentaire, l'ANIPS remboursera la partie complémentaire santé pour le compte de l'organisme désigné.

Agri-Prévoyance-ANIPS procède aux versements des prestations grâce à la télétransmission établie avec les caisses de mutualité sociale agricole ou, le cas échéant, encore sur pièces justificatives des dépenses réelles (notamment optiques ou dentaires).

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

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.

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'ANIPS, 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 ou du décès. Dans ce cadre, l'organisme désigné procédera à la collecte de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés, sans que celle-ci dépasse de plus 50 % de 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 anciens adhérents salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail.

Les conjoints eux-mêmes retraités ou préretraités pourront demander également à bénéficier du maintien de ces garanties à titre individuel, dans les conditions indiquées par l'organisme désigné, dans les 6 mois suivant la rupture du contrat ou de la date de décès du salarié.

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 Agri-Prévoyance-ANIPS, sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation.

Article 11

Accord de gestion spécifique et suivi du régime

Les modalités de mises en œuvre pratiques des garanties prévues par le présent accord font l'objet d'une convention de gestion distincte 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 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.

Article 12

Adhésion, 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 assureur désigné sont obligatoires 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.

(1) Dans le cadre d'un groupe paritaire composé des membres signataires représentant les employeurs et les salariés, prévu dans le cadre de la commission de suivi du régime de prévoyance.

Les entreprises disposant déjà d'un régime complémentaire santé obligatoire au jour de l'extension 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 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 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 assureur.

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 Moulins, le 3 septembre 2009.

(Suivent les signatures.)

**Tableau des garanties complémentaire santé
Remboursements en complément de la MSA (en % BR)**

NATURE DES RISQUES	NIVEAU 1 obligatoire	NIVEAU 2 extension de garantie	NIVEAU 3 extension de garantie
Soins médicaux Consultations, visites, honoraires (généralistes ou spécialistes) Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes Analyses, examens de laboratoire Radiographie, électroradiologie Ostéopathie non prise en charge	30 % 40 % 40 % 40 % /	130 % 40 % 40 % 40 % /	230 % 40 % 40 % 40 % 22 € x 4 par an par famille
Actes de prévention responsable	30 % à 65 %	30 % à 65 %	30 % à 65 %
Pharmacie	0 % à 85 %	0 % à 85 %	0 % à 85 %
Optique Verres, montures, lentilles (avec prise en charge acceptée)	390 % + 200 € par an	390 % + 350 € par an	390 % + 475 € par an
Réseau partenaire Monture	100 % prix négociés pour les verres* 200 € par an		

NATURE DES RISQUES	NIVEAU 1 obligatoire	NIVEAU 2 extension de garantie	NIVEAU 3 extension de garantie
Dentaire Soins (dont inlays-onlays) Prothèse acceptée Orthodontie acceptée Orthodontie refusée Implantologie Parodontologie	30 % 140 % + 300 € par an / 	30 % 140 % + 350 € par an 180 % / 100 € par an	30 % 140 % + 475 € par an 280 % / 200 € par an 100 € par an
Appareillage Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses non auditives Prothèses auditives (par oreille par 3 ans)	35 % 450 %	235 % 390 % + 200 € par an	435 % 390 % + 350 € par an
Hospitalisation (secteur conventionné ou non) Frais de séjour Honoraires (suivant PEC RB) Forfait hospitalier Chambre particulière Séjour accompagnant (lit + repas)	0 à 20 % 150 % 100 % dès 1 ^{er} jour 40 € par jour / 	0 à 20 % 480 % à 500 % Frais réels dès 1 ^{er} jour 52 € x 60 jours + 25 € par jour 52 € par jour x 30 jours	0 à 20 % 480 % à 500 % Frais réels dès 1 ^{er} jour 78 € x 60 jours + 25 € par jour 52 € par jour x 30 jours

NATURE DES RISQUES	NIVEAU 1 obligatoire	NIVEAU 2 extension de garantie	NIVEAU 3 extension de garantie
Maternité (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjours Dépassement d'honoraires, chambre particulière	1 par 3 PMSS par maternité	200 % 52 € par jour	200 % 52 € par jour
Compléments divers Transport médical sur prescription Forfait actes lourds (18 €) Frais balnéaires acceptés	100 % DU BR 18 € / /	Frais réels 100 % 100 %	Frais réels 100 % 100 % + 150 € par an
Santé quotidienne non remboursée Pharmacie sur prescription Vaccins prescrits	 / / /	 / 40 € par an par famille	 40 € par an par famille 40 € par an par famille
<p>BR : base de remboursement. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. TC : tarif conventionné.</p> <p>Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement (BR) aux régimes d'assurance maladie obligatoire français.</p> <p>Les remboursements régime d'assurance maladie obligatoire + part complémentaire sont limités aux frais réels.</p> <p>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> <p>Le remboursement régime conventionnel s'entend part régime obligatoire non comprise.</p>			

Le présent accord prévoit également la couverture des 7 actes de prévention définis 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 régime de base	TOTAL RÉGIME DE BASE + complémentaire en % de la base de remboursement du régime de base
Actes de prévention responsable	De 35 % à 70 %	De 65 % à 30 %	100 %

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 par 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.

ANNEXE II

Les offres à adhésion individuelles et facultatives

1. Les salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

S'agissant des salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté permettant d'accéder au régime mis en place par le présent accord, les partenaires sociaux ont souhaité qu'ils puissent accéder à un régime à adhésion volontaire et facultatif offrant des prestations identiques, à un taux de cotisation défini par Agri-Prévoyance-ANIPS.

Ces salariés peuvent donc demander à bénéficier à titre individuel et facultatif des garanties prévues par le présent accord, auprès de l'organisme assureur et dans les conditions prévues par Agri-Prévoyance-ANIPS proposera ainsi aux salariés intéressés un contrat individuel.

Le taux global de la cotisation mensuelle facultative à la seule charge du salarié est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est égal à :

0,91 % du PMSS pour la cotisation isolée ;

1,44 % du PMSS pour la cotisation famille (à rajouter à la cotisation isolée).

Ce régime est géré indépendamment du régime obligatoire.

Ce régime est ouvert auprès du même organisme que celui désigné pour le régime obligatoire, il est géré à part du présent accord, au sein de Agri-Prévoyance-ANIPS.

La cotisation qui en résulte est entièrement à la charge du salarié et l'organisme assureur procédera à la collecte de la cotisation.

Il est précisé que la cotisation correspondant au régime facultatif pourra évoluer différemment de celle correspondant au régime obligatoire si les résultats financiers de chacun des régimes le justifient.

2. L'extension famille (conjoint et enfants) individuelle et facultative

Les partenaires sociaux ont également souhaité donner la possibilité d'étendre la couverture prévue dans le cadre du présent régime obligatoire à la famille du salarié (conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

L'extension famille (conjoint et enfants) est facultative et est laissée au choix de l'affilié.

Le taux global de la cotisation mensuelle facultative extension famille à la seule charge du salarié est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est égal à 1,44 % du PMSS pour la cotisation famille (à rajouter à la cotisation isolée).

Le supplément de cotisation représenté par la souscription à cette option demeure entièrement à la charge exclusive du salarié et Agri-Prévoyance-ANIPS procédera à la collecte de la cotisation.

Définition des ayants droit du salarié

- le conjoint, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié à un Pacs jusqu'au 31 décembre qui suit son 20^e anniversaire, ou son 28^e anniversaire s'il suit un contrat d'alternance dans les conditions déterminées par le code du travail ou s'il poursuit des études ;
- les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié à un Pacs bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Définition des enfants à charge :

Sont considérés comme enfants à charge :

- les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié à un Pacs jusqu'au 31 décembre qui suit son 20^e anniversaire ou son 28^e anniversaire s'il suit un contrat d'alternance dans les conditions déterminées par le code du travail ou s'il poursuit ses études ;
- les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié à un Pacs bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

3. L'extension de garantie individuelle, famille (conjoint et enfants) et facultative

Les partenaires sociaux ont également souhaité donner la possibilité de bénéficier d'extension de garanties prévue dans le cadre du présent régime obligatoire au salarié, à la famille du salarié (conjoint et enfants), à titre individuel et facultatif.

Ces salariés peuvent donc demander à bénéficier à titre individuel, famille et facultatif des extensions de garanties prévues par le présent accord, auprès de l'organisme assureur et dans les conditions prévues par Agri-Prévoyance-ANIPS. Agri-Prévoyance-ANIPS proposera ainsi aux salariés intéressés un contrat individuel.

Le taux global de la cotisation mensuelle facultative à la seule charge du salarié est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est égal sur la base des garanties définies à l'annexe I du présent accord à :

+ 0,32 % du PMSS pour l'extension aux garanties niveau 2 de l'option facultative pour le salarié seul.

+ 0,82 % du PMSS pour l'extension aux garanties niveau 2 de l'option facultative pour la famille du salarié,

+ 0,63 % du PMSS pour l'extension aux garanties niveau 3 de l'option facultative pour le salarié seul.

+ 1,62 % du PMSS pour l'extension aux garanties niveau 3 de l'option facultative pour la famille du salarié.

Ce régime est ouvert auprès du même organisme que celui désigné pour le régime obligatoire, il est géré à part du présent accord, au sein de Agri-Prévoyance-ANIPS.

La cotisation qui en résulte est entièrement à la charge du salarié et l'organisme assureur procédera à la collecte de la cotisation.

Il est précisé que la cotisation correspondant au régime facultatif pourra évoluer différemment de celle correspondant au régime obligatoire si les résultats financiers de chacun des régimes le justifient.