

Accord professionnel

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(PAYS DE LA LOIRE ET OUEST DE LA FRANCE)**

ACCORD DU 15 JUILLET 2009

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : AGRS1097012M

Entre :

La fédération régionale des syndicats d'exploitants agricoles (FRSEA) ;

Les entrepreneurs des territoires (EDT) ;

L'union des coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA),

D'une part, et

La fédération générale agroalimentaire (FGA) CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Ayant pris acte des dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, et au vu des régimes de prévoyance existant dans le champ d'application du présent accord, les organisations professionnelles d'employeurs et de salariés sont convenues d'instaurer des garanties de complémentaire santé dans les conditions qui suivent.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord est applicable aux salariés travaillant dans :

- les exploitations de polyculture, d'élevage, de viticulture, de maraîchage ou cultures légumières, d'horticulture et les pépinières des départements de Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe ;
- les exploitations et établissements d'arboriculture des départements de Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe, Vendée, Côtes-d'Armor, Ille-et-Vilaine, Morbihan et Deux-Sèvres (ressortissant à la

convention collective en date du 8 avril 2003 réglementant les conditions d'emploi, de travail et de rémunération des salariés arboricoles de certains départements de l'ouest de la France) ;

- les coopératives d'utilisation de matériel agricole des départements de Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe, Côtes-d'Armor, Finistère, Ille-et-Vilaine et Morbihan ;
- les entreprises de travaux agricoles et forestiers des départements de Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe et Vendée.

En cas de doute sur la délimitation de ce champ d'application, on retiendra :

- pour déterminer le champ d'application professionnel, l'activité principale de l'exploitation ou l'entreprise ;
- pour déterminer ensuite le champ d'application territorial, le département du siège de l'établissement, représenté par des bâtiments d'exploitation, même si l'activité est exercée dans un département limitrophe.

Article 2

Entrée en vigueur

1. Date d'entrée en vigueur.

Le présent accord entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tôt 1^{er} janvier 2010.

2. Application volontaire.

Dans l'hypothèse où la publication de son arrêté d'extension ne serait pas intervenue à la date du 1^{er} janvier 2010, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application, adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes du présent accord, l'appliqueront à la date du 1^{er} janvier 2010.

Dans la même hypothèse, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application qui ne seraient pas adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes du présent accord, et par conséquent pas engagées elles-mêmes, auraient la faculté d'appliquer volontairement les dispositions du présent accord à la date du 1^{er} janvier 2010, de telle manière que les salariés bénéficiaires, au sens de l'article 3 ci-dessous, en profitent dès le 1^{er} janvier 2010, plutôt que de relever successivement de l'accord national du 10 juin 2008 sus-cité puis du présent accord.

Article 3

Salariés bénéficiaires

1. Détermination des salariés bénéficiaires.

Les dispositions du présent accord s'appliquent :

- à tout salarié ayant 1 an d'ancienneté et plus 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.

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 1 an d'ancienneté.

En outre, les salariés nouvellement embauchés qui, au titre de leur précédent emploi dans une entreprise relevant du champ d'application du présent accord, étaient bénéficiaires de l'assurance complémentaire frais de santé instituée par l'article 4, ce dont ils devront justifier auprès du nouvel employeur, jouissent d'un transfert de ce droit à l'assurance complémentaire frais de santé, opposable à ce nouvel employeur, dès lors que les deux circonstances suivantes sont réunies :

- leur embauche intervient dans les 3 mois suivant la fin du contrat de travail ;
- leur recrutement est effectué pour une durée d'au moins 6 mois.

2. Tolérances.

Les caractères collectif et obligatoire du présent régime ne font pas obstacle, en l'état ce jour des interprétations administratives, à la faculté du salarié, placé dans l'une des situations suivantes, de ne pas cotiser.

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, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, peuvent demander à être exclus de l'assurance complémentaire frais de santé prévu 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 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.

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.

Le salarié doit justifier chaque année de la couverture obligatoire dont il bénéficie.

Après l'entrée en vigueur de l'accord, la demande de ne pas cotiser doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition de 1 an d'ancienneté.

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

Temporairement, au profit des salariés déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé, pour la durée restant à courir entre la date d'entrée en vigueur du régime obligatoire et la date d'échéance du contrat individuel, une dispense d'affiliation est admise. Cette dispense ne vise que les salariés présents dans l'entreprise au jour de la mise en place du système

obligatoire et ne concerne pas les salariés embauchés postérieurement. Les justificatifs devront être conservés par l'entreprise aux fins de contrôle par l'organisme de recouvrement (document attestant de la souscription d'un contrat individuel et de la date d'échéance du contrat).

Les salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) qui devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération peuvent choisir de ne pas cotiser.

Les dispositions relatives aux salariés à temps très partiel s'appliquent également aux apprentis.

Peuvent également choisir de ne pas cotiser les salariés bénéficiant d'une couverture de prévoyance complémentaire obligatoire dans le cadre d'un autre emploi (cas des salariés à employeurs multiples). Le salarié à employeurs multiples qui demande à être dispensé d'affiliation doit le faire savoir par écrit en produisant tous documents justifiant de la couverture souscrite par ailleurs.

Il est entendu que dans le cas où tous les employeurs du salarié relèvent du champ d'application du présent accord, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès des organismes concernés. Cet employeur est celui chez lequel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié.

Les salariés bénéficiaires des dispositions des articles L. 861-1 et suivants de code de la sécurité sociale relatives à la protection sociale complémentaire en matière de santé (dite CMU-C) peuvent être dispensés d'affiliation. Le salarié qui demande à être dispensé d'affiliation doit le faire savoir par écrit en produisant tous documents justifiant de la couverture dont il bénéficie à ce titre.

Article 4

Garantie assurance complémentaire frais de santé

Le salarié ayant 1 an d'ancienneté ou plus, au sens de l'article 3 ci-dessus, bénéficie d'une assurance complémentaire frais de santé. La nature et le montant des prestations sont présentés dans le tableau annexé à l'accord en annexe I.

Cette assurance couvrira obligatoirement la prise en charge du ticket modérateur pour au moins deux 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.

Elle ne couvrira en aucun cas :

- la majoration du ticket modérateur à défaut de choix d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant ;
- la modulation du ticket modérateur lorsque le patient n'autorise pas le professionnel de santé auquel il a recours à accéder à son dossier médical personnel et à le compléter ;
- les dépassements d'honoraires de certains spécialistes consultés en dehors du parcours de soin ;
- la participation forfaitaire ou la franchise annuelle respectivement mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

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

Article 5

Options prédéfinies collectivement

Les salariés bénéficiaires auront la faculté, dans leurs rapports avec l'organisme désigné, de bénéficier des garanties décrites dans l'annexe III moyennant l'acquittement par le salarié de la cotisation directement auprès de l'organisme et fixée comme cette annexe le retient.

Il est entendu que ces options étant choisies par le salarié, l'employeur n'y contribue en rien et le paiement de la cotisation correspondante ne sera en aucune manière l'affaire de l'entreprise.

Le régime rassemblant ces options est mutualisé dans un compte distinct de celui des assurés à titre obligatoire.

Article 6

Gestion du régime

Pour assurer la gestion du régime de prévoyance défini dans le présent accord et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires conviennent de désigner :

Prévadiès, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, inscrite au registre national des mutuelles sous le numéro 442 224 671, dont le siège social se situe 143, rue Blomet, 75015 Paris, adhérente à la fédération de la mutualité française ;

Harmonie-Mutualité, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, inscrite au registre national des mutuelles sous le numéro 500 751 789, dont le siège social se situe 143, rue Blomet, 75015 Paris, adhérente à la fédération de la mutualité française.

Les modalités et conditions de gestion s'effectuent selon les dispositions fixées dans la convention conclue entre les organismes assureurs et les partenaires sociaux signataires.

Article 7

Adhésion et antériorité

1. Adhésion.

Tout employeur ayant une activité entrant dans le champ d'application est tenu d'adhérer, pour l'ensemble des salariés concernés à l'article 3 du présent accord, à l'organisme assureur désigné à l'article précédent en fonction de sa compétence territoriale telle que celle-ci ressort de ses statuts, c'est-à-dire à ce jour :

DÉPARTEMENT DU SIÈGE DE L'ENTREPRISE	ORGANISME ASSUREUR
Loire-Atlantique (44)	Harmonie-Mutualité
Maine-et-Loire (49)	Harmonie-Mutualité
Mayenne (53)	Prévadiès

DÉPARTEMENT DU SIÈGE DE L'ENTREPRISE	ORGANISME ASSUREUR
Sarthe (72)	Prévadiès
Vendée (85)	Harmonie-Mutualité
Côtes-d'Armor (22)	Prévadiès
Finistère (29)	Prévadiès
Ille-et-Vilaine (35)	Prévadiès
Morbihan (56)	Prévadiès
Deux-Sèvres (79)	Harmonie-Mutualité

2. Antériorité des régimes d'entreprise.

Les entreprises disposant déjà d'une assurance complémentaire frais de santé obligatoire au jour de la publication de l'arrêté d'extension 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.

Article 8

Cotisations

1. Assiette.

Les cotisations sont appelées pour tous les salariés définis à l'article 3 du présent accord sur la base du plafond mensuel de la sécurité sociale.

2. Taux de cotisation et répartition.

Le taux de la cotisation pour l'assurance complémentaire frais de santé est égal à 0,89 % du plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 25,45 € par mois au 1^{er} janvier 2009, réparti comme suit : 15 % à la charge de l'employeur dans la limite d'un montant de 5 € par mois et 85 % à la charge du salarié.

Ce taux de 0,89 % est applicable pour les exercices 2010, 2011 et 2012 dans le cadre de la réglementation applicable au 1^{er} janvier 2009.

3. Appel et recouvrement.

L'appel et le recouvrement des cotisations instituées à titre obligatoire par le présent accord seront confiés à la caisse de mutualité sociale agricole dont dépend l'entreprise ou l'établissement, pour le compte de l'organisme assureur, selon les termes d'un accord conclu entre eux.

Le paiement de ces cotisations s'effectuera dans les mêmes conditions que celui des cotisations légales.

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.

Article 9

Suspension du contrat de travail

1. Suspension donnant lieu à indemnisation.

En cas de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil donnant lieu à indemnisation par l'employeur ou pour son compte par un tiers, le bénéfice des prestations d'assurance complémentaire frais de santé est maintenu :

- à titre gratuit par l'organisme assureur jusqu'à la fin du 6^e mois suivant celui au cours duquel la suspension a débuté ;
- au-delà, les cotisations correspondantes continuent à être versées par l'employeur et le salarié, normalement, selon les modalités suivantes :
 - l'employeur verse la part patronale de la cotisation à la caisse de MSA dont il dépend ;
 - le salarié verse la part salariale de la cotisation auprès de l'organisme assureur.

2. Suspension ne donnant pas lieu à indemnisation.

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à complément de salaire ou indemnisation par l'employeur ou pour son compte, intervenant après la date d'affiliation au régime et pour une autre cause que l'arrêt de travail prescrit pour raison médicale, la garantie santé peut continuer à être accordée, 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 mis en œuvre par le présent accord fera l'objet d'une révision, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, pour permettre aux partenaires sociaux d'en réexaminer, au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les conditions tant en matière de garantie que de financement et de choix des organismes assureurs.

Même après extension, les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent accord en cas de difficultés d'application.

En cas de changement d'organisme assureur, l'organisme assureur désigné auparavant maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet du changement.

Article 11

Accord de gestion spécifique et suivi du régime

Les modalités de mise en œuvre pratique des garanties prévues par l'accord font l'objet d'un protocole de gestion séparé qui définit, entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux, notamment :

- la constitution d'une commission paritaire de suivi ;
- les réunions et le rôle de la commission paritaire de suivi ;
- la réalisation d'un bilan annuel sur les cotisations perçues, les frais de gestion, les prestations versées, l'impact sur la mutualisation du risque de la prise charge par l'organisme assureur des cotisations et prévue à l'article 9, § 1 ;
- la transmission de données statistiques sur les entreprises et les salariés couverts.

Par ailleurs, les organisations professionnelles signataires se réuniront afin :

- de faire le bilan des entreprises et salariés relevant du présent accord à partir des éléments transmis par l'organisme assureur désigné dans l'accord à la commission paritaire de suivi ;
- de faire un bilan annuel de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de prévoyance mis en place par l'accord ;
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime transmis par la commission paritaire de suivi ;
- 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

Durée de l'accord

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.

En cas de dénonciation du présent accord, l'organisme assureur concerné maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation.

Article 13

Dépôt et extension

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

Fait à Angers, le 15 juillet 2009.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

Assurance complémentaire frais de santé obligatoire (art. 4)

DESRIPTIF DES ACTES	REMBOURSEMENT régime de base	RÉGIME COMPLÉMENTAIRE obligatoire	TOTAL
Frais médicaux Consultations, visites, médecins ou spécialistes Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes Analyses, examens de laboratoires Radiographie, électroradiologie Prévention (actes pris en charge conformément à l'arrêté du 8 juin 2006 concernant les contrats responsables en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale) Vaccins remboursés Dépistage de l'hépatite B Détartrage annuel complet Scellement des sillons (avant 14 ans) Participation forfaitaire laissée à la charge des assurés par l'assurance maladie obligatoire, instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €)	70 % 60 % 70 % 70 % 65 % 60 % 70 % 70 % néant	30 % 40 % 30 % 30 % 35 % 40 % 30 % 30 % 100 %	100 % 100 % 100 % 100 % 100 % 100 % 100 % 100 % 100 %
Pharmacie Vignette blanche Vignette bleue	65 % 35 %	35 % 65 %	100 %

DESCRIPTIF DES ACTES	REMBOURSEMENT régime de base	RÉGIME COMPLÉMENTAIRE obligatoire	TOTAL
Optique Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée	65 % BR	390 % BR + forfait De 7 % du PMSS par an	455 % BR + forfait De 7 % du PMSS par an
Dentaire Prothèse acceptée Frais de soins et honoraires	70 % 70 %	140 % + forfait de 10,5 % du PMSS par an 30 %	210 % + forfait de 10,5 % du PMSS par an 100 %
Appareillage Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives Prothèses auditives	65 % –	35 % Forfait 5,25 % du PMSS par an	100 % Forfait 5,25 % du PMSS par an
Hospitalisation (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjour Participation forfaitaire laissée à la charge des assurés par l'assurance maladie obligatoire, instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €) Dépassement d'honoraires Chambre particulière Frais d'accompagnant Forfait hospitalier	De 80 à 100 % Néant – – –	De 0 à 20 % 100 % 150 % 35 € par jour 20 € par jour Pris en charge	100 % 100 % 150 % 35 € par jour 20 € par jour Pris en charge

DESCRIPTIF DES ACTES	REMBOURSEMENT régime de base	RÉGIME COMPLÉMENTAIRE obligatoire	TOTAL
Maternité et Psychiatrie (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjours Dépassement d'honoraires et chambre particulière	100 % -	Crédit d'1/3 du PMSS par bénéficiaire par maternité	100 % Crédit d'1/3 du PMSS par bénéficiaire par maternité
Actes de médecines douces Ostéopathie et acupuncture Diététicien (1 fois par an)	- -	3 actes par an et 25 € par acte 50 € par an	3 actes par an et 25 € par acte 50 € par an

Organisations ayant donné mandat

Mandat donné à la FRSEA :

- Maine-et-Loire :
 - la fédération viticole de l'Anjou ;
 - l'union horticole de l'Anjou ;
- Mayenne : le syndicat des horticulteurs, pépiniéristes et maraîchers de la Mayenne ;
- Sarthe : l'union syndicale des horticulteurs et pépiniéristes de la Sarthe
- Ouest : la fédération régionale des producteurs de fruits.

Mandat donné à l'union des CUMA des Pays de la Loire :

- Mayenne : la fédération départementale des CUMA de Mayenne ;
- Côtes-d'Armor : la fédération départementale des CUMA des Côtes-d'Armor ;
- Finistère : la fédération départementale des CUMA du Finistère ;
- Ille-et-Vilaine : la fédération départementale des CUMA d'Ille-et-Vilaine ;
- Morbihan : la fédération départementale des CUMA du Morbihan.

ANNEXE III

Options prédéfinies collectivement (art. 5)

Garanties et cotisations fixées en application de l'article 5

(En pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.)

ANCIENNETÉ DANS L'ENTREPRISE ou situation	NATURE des risques	PRESTATIONS correspondant à celles du régime obligatoire (cf. tableau annexe I)	SURCOMPLÉMENTAIRE 1 (cf. tableau annexe IV)	SURCOMPLÉMENTAIRE 2 (cf. tableau annexe V)
12 mois	Salarié Conjoint Enfant (1)	- 0,89 0,61	1,04 1,04 0,71	1,19 1,19 0,79
Inférieure à 12 mois	Salarié Conjoint Enfant (1)	0,89 0,89 0,61	1,04 1,04 0,71	1,19 1,19 0,79
Régime d'accueil « anciens salariés non retraités »	Isolé Conjoint Enfant (1)	1,02 1,02 0,61	1,20 1,20 0,71	1,37 1,37 0,79
Régime d'accueil retraités	Isolé Conjoint Enfant (1)	1,335 1,335 0,61	1,56 1,56 0,71	1,78 1,78 0,79
(1) Au-delà du deuxième enfant : pas de cotisation (gratuité).				

ANNEXE IV

Nature des garanties correspondant à l'option « Régime obligatoire + surcomplémentaire 1 »

DESRIPTIF DES ACTES	REMBOURSEMENT régime de base	RÉGIME complémentaire obligatoire	SURCOMPLÉMENTAIRE 1	TOTAL
Frais médicaux Consultations, visites, médecins ou spécialistes Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes Analyses, examens de laboratoires Radiographie, électroradiologie Prévention (actes pris en charge conformément à l'arrêté du 8 juin 2006 concernant les contrats responsables en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale) Vaccins remboursés Dépistage de l'hépatite B Détartrage annuel complet Scellement des sillons (avant 14 ans) Participation forfaitaire laissée à la charge des assurés par l'assurance maladie obligatoire, inscrite par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €)	70 % 60 % 70 % 70 % 65 % 60 % 70 % 70 % Néant	30 % 40 % 30 % 30 % 35 % 40 % 30 % 30 % 100 %		100 % 100 % 100 % 100 % 100 % 100 % 100 % 100 % 100 %

DESCRIPTIF DES ACTES	REMBOURSEMENT régime de base	RÉGIME complémentaire obligatoire	SURCOMPLÉMENTAIRE 1	TOTAL
Pharmacie Vignette blanche Vignette bleue	65 % 35 %	35 % 65 %		100 %
Optique Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée	65 % BR	390 % BR + forfait de 7 % du PMSS par an	3,5 % du PMSS par an	455 % BR + forfait de 10,5 % du PMSS par an
Dentaire Prothèse acceptée Frais de soins et honoraires	70 % 70 %	140 % + forfait de 10,5 % du PMSS par an 30 %	210 % + forfait de 3,5 % du PMSS par an 100 %	210 % + forfait de 14 % du PMSS par an 100 %
Appareillage Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives Prothèses auditives	65 % –	35 % Forfait 5,25 % du PMSS par an	5,25 % du PMSS par an	100 % 10,5 % du PMSS par an
Hospitalisation (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjour Participation forfaitaire laissée à la charge des assurés par l'assurance maladie obligatoire, ins- taurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €) Dépassement d'honoraires Chambre particulière	De 80 à 100 % Néant –	De 0 à 20 % 100 % 150 % 35 € par jour	 5 € par jour	100 % 100 % 150 % 40 € par jour

DESCRIPTIF DES ACTES	REMBOURSEMENT régime de base	RÉGIME complémentaire obligatoire	SURCOMPLÉMENTAIRE 1	TOTAL
Frais d'accompagnant Forfait hospitalier	- -	20 € par jour Pris en charge	15 € par jour	35 € par jour Pris en charge
Maternité et Psychiatrie (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjours Dépassement d'honoraires et chambre particulière	100 %	Crédit d'1/3 PMSS par bénéficiaire par maternité		100 % Crédit d'1/3 PMSS par bénéficiaire par maternité
Actes de médecines douces Ostéopathie et acupuncture Diététicien (1 fois par an)		3 actes par an et 25 € par acte 50 € par an		3 actes par an et 25 € par acte 50 € par an

233

DESCRIPTIF DES ACTES	REMBOURSEMENT régime de base MSA	RÉGIME complémentaire obligatoire	SURCOMPLÉMENTAIRE 2	TOTAL
Frais médicaux				
Consultations, visites, médecins ou spécialistes	70 %	30 %	50 %	100 %
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédi- cures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	60 %	40 %	50 %	100 %
Analyses, examens de laboratoires	70 %	30 %	50 %	100 %
Radiographie, électroradiologie	70 %	30 %	50 %	100 %
Prévention (actes pris en charge conformément à l'arrêté du 8 juin 2006 concernant les contrats responsables en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale)				
Vaccins remboursés	65 %	35 %		100 %
Dépistage de l'hépatite B	60 %	40 %		100 %
Dépistage annuel complet	70 %	30 %		100 %
Scellement des sillons (avant 14 ans)	70 %	30 %		100 %
Participation forfaitaire laissée à la charge des assurés par l'assurance maladie obligatoire, instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €)	Néant	100 %		100 %

DESSCRIPTIF DES ACTES	REMBOURSEMENT régime de base MSA	RÉGIME complémentaire obligatoire	SURCOMPLÉMENTAIRE 2	TOTAL
Pharmacie Vignette blanche Vignette bleue	65 % 35 %	35 % 65 %		100 %
Optique Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée Forfait verres unifocaux Forfait verres multifocaux	65 % BR	390 % BR + forfait De 7 % du PMSS par an De 7 % du PMSS par an	+ 4 % du PMSS par an + 9 % du PMSS par an	455 % BR + forfait De 11 % du PMSS par an De 16 % du PMSS par an
Dentaire Prothèse acceptée Forfait prothèse acceptée Fixe-dents visible (incisives, canines, pré-molaires) Fixe-dents non visible (molaires) Frais de soins et honoraires	70 % 70 %	140 % + forfait De 10,5 % du PMSS par an De 10,5 % du PMSS par an 30 %	+ 9 % du PMSS par an + 3,5 % du PMSS par an	210 % + forfait De 19,5 % du PMSS par an De 14 % du PMSS par an 100 %

DESCRIPTIF DES ACTES	REMBOURSEMENT régime de base MSA	RÉGIME complémentaire obligatoire	SURCOMPLÉMENTAIRE 2	TOTAL
Appareillage Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives Prothèses auditives	65 % -	35 % Forfait 5,25 % du PMSS par an	+ 8,75 % du PMSS par an	100 % 14 % du PMSS par an
Hospitalisation (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjour Participation forfaitaire laissée à la charge des assurés par l'assurance maladie obligatoire, instaurée par le décret du 19 juin 2006 (actuellement 18 €) Dépassement d'honoraires Chambre particulière Frais d'accompagnant Forfait hospitalier	De 80 à 100 % Néant - - -	De 0 à 20 % 100 % 150 % 35 € par jour 20 € par jour Pris en charge	+ 5 € par jour + 15 € par jour	100 % 100 % 150 % + 25 € par jour + 30 € par jour Pris en charge

DESCRIPTIF DES ACTES	REMBOURSEMENT régime de base MSA	RÉGIME complémentaire obligatoire	SURCOMPLÉMENTAIRE 2	TOTAL
Maternité et Psychiatrie (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjours Dépassement d'honoraires et chambre particulière	100 %	Crédit d'1/3 du PMSS par bénéficiaire par maternité		100 % Crédit d'1/3 du PMSS par bénéficiaire par maternité
Actes de médecines douces Ostéopathie et acupuncture Diététicien (1 fois par an)		3 actes par an et 25 € par acte 50 € par an		3 actes par an et 25 € par acte 50 € par an