

Convention collective

IDCC : 9461. – **EXPLOITATIONS AGRICOLES
(LOT)**

(6 mai 1969)

(Etendue par arrêté du 10 octobre 1969,
Journal officiel du 8 février 1970)

AVENANT N° 130 DU 7 OCTOBRE 2009

NOR : *AGRS1097042M*

IDCC : 9461

Entre :

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles du Lot ;
La fédération départementale des coopératives agricoles d'utilisation de
matériel agricole du Lot,

D'une part, et

Le syndicat national des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC ;
La CGT ;
La CGT-FO ;
La CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Un article 79 est créé et rédigé tel que suit :

« Article 79

Régime de prévoyance frais de santé

Sauf exception dans les conditions légales pour la garantie frais de santé, tous les salariés non cadres dont le contrat de travail est régi par la présente convention collective sont garantis obligatoirement par un régime adapté, souscrit par l'employeur et garantissant la prise en charge de tout ou partie des frais engagés par les salariés afin d'assurer le traitement de leurs affections médicales.

Ce régime est défini par accord spécifique annexé à cette convention de façon à permettre son évolution.

Conformément à l'article 912-1 du code de la sécurité sociale et selon ses dispositions, l'adhésion au régime de prévoyance frais de santé mis en place par la profession est obligatoire dès l'extension de l'accord, sauf dispositions contenues dans l'accord spécifique. »

Article 2

Il est créé une annexe VII à la convention collective du 6 mai 1969, rédigée comme suit :

« ANNEXE VII

Accord départemental du 7 octobre 2009 relatif à la mise en place d'un régime complémentaire frais de santé au profit des salariés agricoles non cadres des exploitations agricoles du Lot

Entre :

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

Le syndicat des entrepreneurs de travaux agricoles du Lot ;

La fédération départementale des coopératives agricoles d'utilisation de matériel agricole du Lot,

D'une part, et

Le syndicat général agroalimentaire CFDT du Lot ;

La fédération générale des travailleurs de l'agriculture CGT-FO du Lot ;

La fédération agroalimentaire et forestière CGT de Midi-Pyrénées ;

La fédération des syndicats chrétiens des organismes et professions de l'agriculture CFTC du Lot ;

Le syndicat national des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC du Lot,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Par le présent accord, les partenaires sociaux signataires ont souhaité mettre en place, après appel d'offres, un régime collectif obligatoire de couverture des frais de santé en application des dispositions prévues par l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de frais de santé 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 agricoles non cadres du département du Lot de bénéficier d'une couverture santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable ;

- favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l’attractivité de la branche ;
- conserver la maîtrise du régime collectif mutualisé au niveau local.

Le présent accord est un accord autonome de la convention collective des exploitations agricoles, des coopératives d’utilisation de matériel agricole (CUMA) et des entreprises de travaux agricoles et ruraux (ETAR) du département du Lot du 6 mai 1969.

Article 1^{er}

Champ d’application

1.1. Champ d’application professionnel

Le présent accord est applicable sur le département du Lot, aux salariés non cadres et employeurs des exploitations, coopératives d’utilisation de matériel agricole et entreprises agricoles définies à l’article 1^{er} (champ d’application professionnel) de la convention collective du 6 mai 1969 concernant les exploitations agricoles du Lot.

1.2. Champ d’application territorial

Le présent accord s’applique aux salariés et employeurs dont le siège de l’exploitation ou de l’entreprise se situe dans le département du Lot.

Article 2

Entrée en vigueur

Les dispositions du présent accord entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2010.

Le régime sera rendu obligatoire pour les employeurs entrant dans le champ d’application de l’accord au premier jour du mois civil suivant la date à laquelle l’arrêté d’extension aura été publié et au plus tôt le 1^{er} janvier 2010.

En tout état de cause, ce régime sera applicable au sein des entreprises signataires dès le 1^{er} janvier 2010. Les autres entreprises pourront y adhérer volontairement à cette même date.

Article 3

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s’appliquent à tout salarié ayant au moins 6 mois d’ancienneté dans l’entreprise relevant du champ d’application du présent accord.

En sont exclus :

- les cadres 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 collective précitée ;
- les VRP, bûcherons, ressortissant aux 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 l’ancienneté requise.

3.1. Dispense d'affiliation

Au jour de l'entrée en vigueur du présent accord, les salariés bénéficiant déjà d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin, partenaire Pacs, en application d'un contrat collectif obligatoire pour lui, peuvent demander à être dispensés de l'affiliation à l'assurance complémentaire frais de santé prévue au présent accord. Pour ce faire, ils doivent en apporter la preuve par un document attestant chaque année de cette couverture collective et de l'affiliation obligatoire des conjoints. Cette dispense d'affiliation 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 par le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié.

Par ailleurs, une dispense d'affiliation peut être demandée à tout moment :

- par les salariés bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue 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 ;
- par les salariés bénéficiant de la CMU complémentaire ;
- par les salariés à temps très partiel dès lors que leur cotisation est égale ou supérieure à 10 % de leur rémunération. En cas d'augmentation de la rémunération du salarié à temps très partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, si la cotisation salariale représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement cotiser à la garantie complémentaire santé.

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.

En cas de dispense d'affiliation, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par le salarié ni par l'employeur.

Pour l'ensemble de ces dispenses d'affiliation, les salariés concernés doivent en faire la demande par écrit, adressée à l'employeur avant la fin du premier mois d'application de l'accord, avec les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur de l'accord, la demande de dispense doit être notifiée par écrit à l'employeur dans un délai de 1 mois suivant l'obtention de la condition de 6 mois d'ancienneté.

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.

3.2. Couverture facultative

Salariés non cadres ayant moins de 6 mois d'ancienneté :

Les salariés non cadres ayant moins de 6 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 A.

Ayants droit d'un salarié bénéficiaire du régime :

De manière facultative, le salarié pourra demander le bénéfice de cet accord pour son ou ses ayants droit moyennant le paiement d'une cotisation définie à l'article "Cotisations".

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

La cotisation globale acquittée sera entièrement financée par le salarié et l'organisme assureur désigné à l'article 5 procédera à la collecte de la cotisation.

Les prestations sont identiques à celles de l'annexe A.

Garanties optionnelles :

Les salariés pourront souscrire des prestations optionnelles additionnelles aux prestations obligatoires. Le surplus de cotisation correspondant à ces prestations supplémentaires sera à la charge du salarié. L'appel et le recouvrement de ces cotisations seront confiés à l'organisme désigné à l'article 5.

Article 4

Adhésion et antériorité

4.1. Adhésion obligatoire des entreprises

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés à l'article 3 ci-dessus auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 5.

Pendant toute la durée de l'accord, aucun salarié ne peut démissionner du régime à titre individuel et de son propre fait.

L'entreprise recevra sa notification d'adhésion d'office.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information sera délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, charge à lui de la remettre à chaque salarié afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime.

4.2. Antériorité des régimes frais de santé d'entreprises

Les entreprises disposant déjà d'un accord au profit des salariés non cadres au jour de la signature du présent accord, comprenant une garantie complémentaire frais de santé d'un niveau supérieur à celui fixé à l'article 6, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord sous réserve de remettre à cet organisme les justificatifs de leur situation.

Est considéré comme étant plus favorable l'accord d'entreprise qui prévoit cumulativement :

- des garanties égales au minimum à l'ensemble des garanties prévues à l'article 6 du présent accord ;
- la part de cotisation à la charge du salarié doit être inférieure ou égale à celle prévue dans cet accord.

La commission mixte chargée du suivi du régime sera informée de l'état des adhésions et elle sera chargée de vérifier le caractère plus favorable des accords collectifs mis en place antérieurement dans les entreprises. Elle sera saisie en cas de litiges.

Article 5

Assurance et gestion du régime complémentaire frais de santé

Pour assurer la couverture et la gestion du régime d'assurance complémentaire santé définie dans le présent accord et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires conviennent de désigner l'organisme : CRIA Prévoyance, 139-147, rue Paul-Vaillant-Couturier, 92240 Malakoff.

Les modalités et conditions de gestion s'effectuent selon les dispositions fixées dans le protocole de gestion conclu entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux signataires du présent accord.

Article 6

Garanties complémentaires frais de santé

Le présent régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le bénéficiaire en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime de base, dans la limite des frais réels.

Ce régime s'inscrit dans le cadre du dispositif 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 à 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".

6.1. Montant des prestations

La nature et le montant des prestations offertes par le présent accord sont présentés dans le tableau faisant l'objet de l'annexe A du présent document.

6.2. Prescription

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

6.3. Recours

En cas de paiement des prestations par l'organisme assureur désigné à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur désigné est subrogé au salarié ou à son ayant droit 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 7

Cotisations

7.1. 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. En cas de modification des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la mutualité sociale agricole entraînant une modification de tout ou partie des engagements de l'organisme d'assurance désigné, les signataires de l'accord et l'organisme d'assurance s'engagent à réviser les cotisations et/ou les garanties, au plus tôt de la date d'application par la mutualité sociale agricole des dispositions et/ou des bases de remboursement nouvelles.

La cotisation mensuelle du présent régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé, pour les salariés bénéficiaires cités à l'article 3 est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale et est égale à 0,92 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Elle est répartie comme suit :

- 17,50 % à la charge de l'employeur, dans la limite de 5,50 € ;
- 82,50 % à la charge du salarié.

Le salarié pourra affilier, facultativement ses ayants droit en prenant à sa charge la totalité de la cotisation supplémentaire égale à 1,30 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Par ailleurs, les salariés ne remplissant pas les conditions d'ancienneté ainsi que ceux dont le contrat de travail est suspendu sans donner lieu à rémunération peuvent demander à bénéficier des garanties moyennant le paiement de la totalité de la cotisation indiquée ci-dessus.

Ces pourcentages sont applicables pour les exercices 2010, 2011 et 2012 dans le cadre de la réglementation en vigueur au 1^{er} janvier 2009 (hors évolution de la réglementation sociale). Les cotisations évolueront par la suite, annuellement le 1^{er} janvier en fonction de l'évolution de l'indice des dépenses de santé du régime général de la sécurité sociale hors hospitalisation, considéré sur 12 mois et lissé sur 3 années, et avec l'accord des signataires après examen des résultats techniques du régime.

Si le salarié choisit de souscrire les garanties optionnelles correspondant à l'annexe B, il devra acquitter en totalité les cotisations supplémentaires, soit :

- 0,21 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) pour le salarié ;
- ou 0,45 % si les garanties concernent le salarié et les ayants droit.

Ces pourcentages sont applicables pour l'exercice 2010, dans le cadre de la réglementation applicable au 1^{er} janvier 2009 (hors évolution de la réglementation sociale). Les cotisations évolueront par la suite, annuellement le 1^{er} janvier en fonction de l'évolution de l'indice des dépenses de santé du régime général de la sécurité sociale hors hospitalisation, considéré sur 12 mois et lissé sur 3 années, et avec l'accord des signataires après examen des résultats techniques du régime optionnel.

7.2. Appel et recouvrement

L'appel et le recouvrement de la cotisation obligatoire seront confiés à la mutualité sociale agricole pour le compte de la 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 la garantie facultative sont recouvrées selon les modalités définies dans la convention de gestion conclue entre les partenaires sociaux et l'organisme désigné.

7.3. Suspension du contrat de travail

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du présent régime obligatoire est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Les contributions de l'employeur et du salarié sont maintenues et dues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

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

Article 8

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

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

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

L'organisme assureur, désigné à l'article 5, procédera au recouvrement de la cotisation à la charge totale des anciens salariés et/ou des ayants droit avec une majoration maximum de 50 % par rapport à la cotisation globale des actifs (part employeur et part salarié).

Les intéressés devront en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès du salarié.

Par extension, les anciens salariés privés d'emploi, non bénéficiaires d'un revenu de remplacement pourront également demander le maintien des garanties frais de santé et avec une majoration de 20 % par rapport à la cotisation globale des actifs (part employeur et part salarié). Toutefois, la demande devra être effectuée auprès de l'organisme désigné dans le mois suivant la date de rupture du contrat de travail.

Article 9

Clause de réexamen

Conformément aux articles L. 912-1 et L. 912-2 du code de la sécurité sociale, le régime collectif obligatoire 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. Les partenaires procéderont également, dans le même délai, à la révision du choix de l'organisme assureur et gestionnaire désigné à l'article 5.

Article 10

Protocole de gestion spécifique et de 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 conclu entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux signataires du présent accord. Ce protocole définit notamment les modalités de suivi du régime, à savoir :

- les réunions et le rôle de la commission mixte dans le suivi et la surveillance ;
- la réalisation d'un bilan annuel sur les cotisations perçues, les frais de gestion, les prestations versées, les provisions constituées ;
- la transmission de données statistiques sur les entreprises adhérentes et les bénéficiaires.

La commission mixte peut inviter des représentants des organismes assureurs et toutes personnes jugées utiles.

La commission mixte a pour mission de :

- faire le bilan des entreprises et salariés relevant du présent accord à partir des éléments fournis par l'organisme assureur désigné dans l'accord ;
- faire un bilan annuel de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime frais de santé mis en place par l'accord ;
- 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 ;
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime ;
- de rendre un arbitrage sur les litiges découlant des critères d'adhésion.

Article 11

Durée de l'accord et formalités administratives

L'accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires, à effet du 31 décembre de l'exercice en cours et sous réserve d'un préavis de 3 mois, selon les modalités définies à l'article L. 2261-9 du code du travail.

Le présent accord sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent accord.

ANNEXE A

Garantie complémentaire de base frais de santé

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

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base (1)	REMBOURSEMENT complémentaire (1)	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire (1)
Frais d'optique Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée par le régime de base	65 % de la BR	390 % de la BR + forfait 7 % PMSS par an et par bénéficiaire	455 % de la BR + forfait de 7 % PMSS (3) par année civile et par bénéficiaire
Frais dentaires Prothèses dentaires acceptées par le régime de base Soins et honoraires Orthodontie acceptée (enfants moins de 16 ans)	70 % de la BR 70 % de la BR 100 % de la BR	140 % de la BR + forfait 10,50 % du PMSS par an et par bénéficiaire 30 % de la BR 150 % de la BR	210 % de la BR + forfait 10,50 % du PMSS par année civile et par bénéficiaire 100 % de la BR 250 % de la BR
Appareillage Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf prothèses auditives Prothèses auditives	65 % de la BR 65 % de la BR	35 % de la BR 390 % de la BR	100 % de la BR 455 % de la BR

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base (1)	REMBOURSEMENT complémentaire (1)	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire (1)
Hospitalisation et psychiatrie (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjour Dépassement d'honoraires Chambre particulière Forfait journalier hospitalier	De 80 % à 100 % de la BR – – –	De 0 à 20 % de la BR 230 % de la BR 0,90 % du PMSS par jour 100 % des frais réels	100 % de la BR 230 % de la BR 0,90 % du PMSS par jour 100 % des frais réels
Maternité (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjour Dépassement d'honoraires et chambre particulière	100 % de la BR –	Crédit de 1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité	100 % de la BR Crédit de 1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité
Transport	65 %	35 %	100 %
(1) En pourcentage de la base de remboursement du régime de base. (2) BR : base de remboursement du régime de base. (3) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.			

Détail des sept 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 B

Garantie complémentaire optionnelle frais de santé

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base (1)	REMBOURSEMENT complémentaire (1)	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire (1)
Frais médicaux			
Consultations, visites, médecins ou spécialistes	70 % de la BR	130 % de la BR	200 % de la BR (2)
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthopédistes, 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
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 (1)	REMBOURSEMENT complémentaire (1)	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire (1)
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 12,25 % du PMSS par an et par bénéficiaire	455 % de la BR + forfait de 12,25 % du PMSS (3) 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 12,25 % du PMSS par an et par bénéficiaire	210 % de la BR + forfait 12,25 % du PMSS par année civile et par bénéficiaire
Soins et honoraires Parodontologie	70 % de la BR	30 % de la BR 3,50 % du PMSS par an et par bénéficiaire	100 % de la BR 3,50 % du PMSS par an et par bénéficiaire

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base (1)	REMBOURSEMENT complémentaire (1)	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire (1)
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 prothèses auditives	De 65 % de la BR	235 % de la BR	300 % de la BR
Prothèses auditives	65 % de la BR	390 % de la BR + forfait 7 % du PMSS par an et par bénéficiaire	455 % de la BR + forfait 7 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Hospitalisation et psychiatrie (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	De 80 % à 100 % de la BR	De 0 à 20 % de la BR	100 % de la BR
Dépassement d'honoraires	-	430 % de la BR	430 % de la BR
Séjour accompagnant	-	1,82 % du PMSS pendant 30 jours	1,82 % du PMSS pendant 30 jours
Chambre particulière	-	1,82 % du PMSS pendant 60 jours puis 0,90 % du PMSS par jour	1,82 % du PMSS pendant 60 jours puis 0,90 % du PMSS par jour
Forfait journalier hospitalier	-	100 % des frais réels	100 % des frais réels

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base (1)	REMBOURSEMENT complémentaire (1)	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire (1)
Maternité (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjour Dépassement d'honoraires et chambre parti- culière	100 % de la BR	200 % de la BR 1,82 % du PMSS par jour	300 % de la BR 1,82 % du PMSS par jour
Transport (pris en charge par le régime de base)	65 %	35 %	100 %
(1) En pourcentage de la base de remboursement du régime de base. (2) BR : base de remboursement du régime de base. (3) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.			

Article 3

Les parties contractantes demandent l'extension du présent avenant dont les dispositions prendront effet à compter du 1^{er} janvier 2010.

Fait à Cahors, le 7 octobre 2009.

(Suivent les signatures.)