

Accord collectif

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS AGRICOLES NON CADRES
(Lot-et-Garonne)**

ACCORD DU 6 NOVEMBRE 2009

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : *AGRS1097091M*

Entre :

Le syndicat des horticulteurs et pépiniéristes de Lot-et-Garonne ;

La fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles de Lot-et-Garonne ;

Le syndicat départemental des entrepreneurs de travaux agricoles, des entreprises des territoires de Lot-et-Garonne ;

La fédération départementale des CUMA de Lot-et-Garonne ;

Le syndicat coordination rurale de Lot-et-Garonne,

D'une part, et

La FNAF CGT, section agriculture ;

Le SGA CFDT de Lot-et-Garonne ;

La FGTA FO, section agriculture ;

Le syndicat national des cadres d'exploitations agricoles CFE-CGC de Lot-et-Garonne ;

La CFTC-Agri de Lot-et-Garonne,

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 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 de Lot-et-Garonne 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 annexé à la convention collective du 12 juillet 1983 concernant les exploitations et entreprises agricoles ainsi qu'à la convention collective du 12 juillet 2000 concernant les entreprises et les exploitations horticoles et de pépinières.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord est applicable :

- à l'ensemble des exploitations et entreprises agricoles relevant de la convention collective de travail du 12 juillet 1983 modifiée concernant les exploitations agricoles du département de Lot-et-Garonne ;
- à l'ensemble des entreprises et des exploitations horticoles et de pépinières relevant de la convention collective de travail concernant les exploitations d'horticulture et de pépinière de Lot-et-Garonne du 12 juillet 2000.

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 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 définis à l'article 1^{er} du présent accord au premier jour du premier mois civil du trimestre 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.

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 à tout salarié ayant au moins 12 mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation 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 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.

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 communiquer à leur employeur un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire des conjoints pour un niveau de prestations au moins équivalent. 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. Cette possibilité de dispense est réservée aux salariés présents dans l'entreprise au jour de l'entrée en vigueur de l'accord, et ne s'applique pas aux salariés embauchés après cette date.

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 (si l'intéressé ne peut pas le résilier par anticipation) ;
- par les salariés bénéficiant de la CMU-complémentaire ;
- par les salariés à temps très partiel (ou apprentis) dont la cotisation salariale au régime serait 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 12 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.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au régime. L'affiliation prendra effet le premier jour du mois suivant la demande et sera alors irrévocable.

3.2. Couverture facultative

Salariés non cadres ayant moins de 12 mois d'ancienneté continue

Les salariés non cadres ayant moins de 12 mois d'ancienneté continue 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 intégral par leurs soins de la cotisation globale (part patronale et part salariale) définie à l'article 7 « Cotisations ».

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 7 « Cotisations ».

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

La cotisation des ayants droit sera entièrement financée par le salarié et l'organisme assureur désigné à l'article 5 procédera à la collecte de la cotisation auprès du salarié.

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

Garanties optionnelles

Les salariés pourront souscrire des prestations optionnelles additionnelles aux prestations obligatoires. L'adhésion aux garanties optionnelles devra intervenir dans un délai de 2 mois suivant l'affiliation aux garanties obligatoires et prendra effet au premier jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion. Passé ce délai de 2 mois, les salariés auront la possibilité d'adhérer aux garanties optionnelles au 1^{er} janvier de chaque année. Le surplus de cotisation correspondant à ces prestations supplémentaires sera intégralement à la charge du salarié. L'appel et le recouvrement de ces cotisations seront confiés à l'organisme désigné à l'article 5.

Les garanties facultatives et optionnelles feront l'objet de comptes séparés et seront mutualisées dans un compte distinct de celui des assurés à titre obligatoire.

Les cotisations afférentes seront collectées par 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.

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, qui confirmera la prise en compte de leur adhésion et la date d'effet.

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 plus favorable au jour de la signature du présent accord que celui défini à l'article 6.1 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 que le présent accord l'accord d'entreprise qui prévoit cumulativement :

- des garanties supérieures au minimum à l'ensemble des garanties prévues à l'article 6 du présent accord ;
- dont la part de cotisation à la charge du salarié est inférieure à celle prévue au présent 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 relatifs aux adhésions.

Article 5

Assurance et gestion du régime complémentaire frais de santé

Pour assurer la couverture et la gestion du régime d'assurance complémentaire santé défini 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 les franchises 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 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 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 au titre des garanties complémentaires de base obligatoires pour les salariés bénéficiaires cités à l'article 3 est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité

sociale et est égale à 0,70 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Elle est répartie comme suit :

- 15 % à la charge de l'employeur, dans la limite de 5 € ;
- le restant étant 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 1,23 % 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 ou à l'annexe C, il devra acquitter en totalité les cotisations supplémentaires suivantes, en sus de celles correspondantes aux garanties complémentaires de base obligatoires, soit :

Pour les garanties correspondant à l'annexe B :

- 0,15 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) pour le salarié seul, ou ;
- 0,33 % si les garanties concernent le salarié et les ayants droit.

Pour les garanties correspondant à l'annexe C :

- 0,19 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) pour le salarié seul, ou ;
- 0,64 % si les garanties concernent le salarié et les ayants droit.

Ces pourcentages sont applicables pour l'exercice 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 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 les 3 années, sauf si les résultats techniques du régime et l'évolution de la réglementation ne justifient pas une telle indexation. Dans tous les cas, l'accord des signataires devra être requis.

7.2. Appel et recouvrement

L'appel et le recouvrement de la cotisation des garanties complémentaires de base obligatoires 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 et la garantie optionnelle 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, pendant la période de suspension du contrat de travail, sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation (part patronale et part salariale).

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 pro-

batoire ni d'examens 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 et de préretraite ;
- 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 de 50 % par rapport à la cotisation globale des actifs (part employeur et part salarié) pour les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'une allocation de préretraite, et avec une majoration de 20 % pour les autres anciens salariés.

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 de garanties et de financement, les modalités d'organisation de la mutualisation des risques. Les partenaires procéderont également, dans le même délai, à la révision du choix de l'organisme assureur et gestionnaire désigné à l'article 5.

Les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent accord en cas de difficultés d'application.

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 10

Protocole de gestion spécifique et de suivi du régime

Les modalités de mise en œuvre pratique 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 soit dans le cadre d'une réunion de la commission mixte, soit dans le cadre d'un groupe paritaire réunissant au moins 2 représentants employeurs et 2 représentants salariés d'organisations syndicales distinctes et chargé de rendre compte à la commission mixte, 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 le bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de frais de santé mis en place par l'accord ;
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime ;
- de vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions ;
- de consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés ;
- de rendre un arbitrage sur les litiges découlant des critères d'adhésion.

Article 11

Durée, révision et dénonciation

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.

Article 12

Dépôt et extension

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 demandent l'extension du présent accord, déposé à la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de Lot-et-Garonne.

Fait à Agen, le 6 novembre 2009.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE A

GARANTIE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ DE BASE OBLIGATOIRE

Remboursement du régime de base (en % BR)

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT complémentaire de base obligatoire	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire de base obligatoire
Frais médicaux			
Consultations, visites, médecin ou spécialiste	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Cures thermales acceptées	65 % de la BR	35 % de la BR	100 % de la BR
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	REMBOURSEMENT complémentaire de base obligatoire	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire de base obligatoire
Pharmacie			
Vignette bleue	65 % de la BR	35 % de la BR	
Vignette blanche	35 % de la BR	65 % de la BR	
Vignette orange	15 % de la BR	85 % de la BR	
Frais d'optique			
Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée par le régime de base	65 % de la BR	390 % de la BR + forfait de 200 € par an et par bénéficiaire	455 % de la BR + forfait de 200 € par an et par bénéficiaire
Frais dentaires			
Prothèses dentaires acceptées par le régime de base	70 % de la BR	180 % de la BR + forfait de 300 € par an et par bénéficiaire	250 % de la BR + forfait de 300 € par an et par bénéficiaire
Soins et honoraires	70 % de la BR	100 % de la BR	170 % de la BR
Orthodontie acceptée (enfants moins de 16 ans)	100 % de la BR	200 % de la BR	300 % de la BR
Orthodontie refusée		200 € par an	200 € par an
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	65 % de la BR	35 % de la BR	100 % de la BR
Prothèses auditives	65 % de la BR	390 % de la BR	455 % de la BR

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT complémentaire de base obligatoire	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire de base obligatoire
Hospitalisation et psychiatrie <i>(secteur conventionné ou non)</i> Frais de soins et séjour Dépassements d'honoraires Chambre particulière Forfait journalier hospitalier	De 80 à 100 % de la BR	De 0 à 20 % de la BR 230 % à 250 % de la BR 25 € par jour 100 % des frais réels	100 % de la BR 230 % à 250 % de la BR 25 € par jour 100 % des frais réels
Maternité <i>(secteur conventionné ou non)</i> Frais de soins et séjour Dépassement d'honoraires et chambre particulière	100 % de la BR	Crédit de 1/3 PMSS par bénéficiaire et par maternité	Crédit de 1/3 PMSS par bénéficiaire et par maternité
Transport	65 %	35 %	100 %
BR : base de remboursement du régime de base. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.			

Détail des 7 actes de prévention

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, les signataires ont choisi de prendre en charge au titre du régime de frais de santé les actes de prévention suivants :

- un détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum (SC12) ;
- un dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351) ;
- un scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), effectué sur les 1^{re} et 2^e 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 (AMO24), 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 FRAIS DE SANTÉ DE BASE OBLIGATOIRE + OPTIONNELLE

Remboursement du régime de base (en % BR)

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT complémentaire (base obligatoire + optionnelle)	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire (base obligatoire + optionnelle)
Frais médicaux			
Consultations, visites, médecin ou spécialiste	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Cures thermales acceptées	65 % de la BR	35 % de la BR	100 % de la BR
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	REMBOURSEMENT complémentaire (base obligatoire + optionnelle)	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire (base obligatoire + optionnelle)
Pharmacie			
Vignette bleue	65 % de la BR	35 % de la BR	100 % de la BR
Vignette blanche	35 % de la BR	65 % de la BR	100 % de la BR
Vignette orange	15 % de la BR	85 % de la BR	100 % de la BR
Frais d'optique			
Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée par le régime de base	65 % de la BR	390 % de la BR + forfait de 200 € par an et par bénéficiaire	455 % de la BR + forfait de 200 € par an et par bénéficiaire
Frais dentaires			
Prothèses dentaires acceptées par le régime de base	70 % de la BR	180 % de la BR + forfait de 300 € par an et par bénéficiaire	250 % de la BR + forfait de 300 € par an et par bénéficiaire
Prothèses dentaires refusées			
Soins et honoraires	70 % de la BR	215 € par an et par bénéficiaire	215 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie acceptée (enfants moins de 16 ans)	100 % de la BR	230 % de la BR 200 % de la BR	300 % de la BR 300 % de la BR
Orthodontie refusée		400 € par an	400 € par an
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	65 % de la BR	35 % de la BR	100 % de la BR

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT complémentaire (base obligatoire + optionnelle)	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire (base obligatoire + optionnelle)
Prothèses auditives	65 % de la BR	390 % de la BR	455 % de la BR
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
Dépassements d'honoraires		230 % à 250 % de la BR	230 % à 250 % de la BR
Chambre particulière		Frais réels	Frais réels
Séjour accompagnant		Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier		100 % des frais réels	100 % des frais réels
Maternité (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	100 % de la BR		100 % de la BR
Dépassement d'honoraires et chambre particulière		Crédit de 1/3 PMSS par bénéficiaire et par maternité	Crédit de 1/3 PMSS par bénéficiaire et par maternité
Transport	65 %	35 %	100 %
BR : base de remboursement du régime de base. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.			

ANNEXE C

GARANTIE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ DE BASE OBLIGATOIRE + OPTIONNELLE

Remboursement du régime de base (en % BR)

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT complémentaire (base obligatoire + optionnelle)	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire (base obligatoire + optionnelle)
Frais médicaux			
Consultations, visites, médecin ou spécialiste	70 % de la BR	130 % de la BR	200 % de la BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Analyses, examens de laboratoire	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Radiographie, électroradiologie	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
Forfait actes lourds (18 €)		100 % de la BR	100 % de la BR
Vaccins prescrits		40 € par an et par famille	40 € par an et par famille
Cures thermales acceptées	65 % de la BR	35 % de la BR	100 % de la BR

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT complémentaire (base obligatoire + optionnelle)	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire (base obligatoire + optionnelle)
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 to- talité 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
Pharmacie			
Vignette bleue	65 % de la BR	35 % BR	100 % de la BR
Vignette blanche	35 % de la BR	65 % BR	100 % de la BR
Vignette orange	15 % de la BR	85 % BR	100 % de la BR
Frais d'optique			
Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée par le régime de base	65 % de la BR	390 % de la BR + forfait de 350 € par an et par bénéficiaire	455 % de la BR + forfait de 350 € par an et par bénéficiaire
Chirurgie corrections oculaires	65 % de la BR	390 % de la BR + forfait de 350 € par an et par bénéficiaire	455 % de la BR + forfait de 350 € par an et par bénéficiaire
Frais dentaires			
Prothèses dentaires acceptées par le régime de base	70 % de la BR	140 % de la BR + forfait de 350 € par an et par bénéficiaire	210 % de la BR + forfait de 350 € par an et par bénéficiaire
Prothèses dentaires refusées		350 € par an et par bénéficiaire	350 € par an et par bénéficiaire
Soins et honoraires	70 % de la BR	230 % de la BR	300 % de la BR
Parodontologie		100 € par an et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT complémentaire (base obligatoire + optionnelle)	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire (base obligatoire + optionnelle)
Orthodontie acceptée (enfants moins de 16 ans)	100 % de la BR	200 % de la BR	300 % de la BR
Orthodontie refusée		400 € par an	400 € par an
Appareillage Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	65 % de la BR	235 % de la BR	300 % de la BR
Prothèses auditives	65 % de la BR	390 % de la BR + 200 € par an	455 % de la BR + 200 € par an
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
Dépassements d'honoraires		480 % à 500 % de la BR	480 % à 500 % de la BR
Chambre particulière		Frais réels	Frais réels
Séjour accompagnant		Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier		100 % des frais réels	100 % des frais réels
Maternité (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjour	100 % de la BR		100 % de la BR

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT complémentaire (base obligatoire + optionnelle)	REMBOURSEMENT TOTAL régime de base + régime complémentaire (base obligatoire + optionnelle)
Dépassement d'honoraires et chambre particulière		52 € par jour	52 € par jour
Transport	65 %	Frais réels	Frais réels
BR : base de remboursement du régime de base. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.			