

Accord collectif départemental

**PROTECTION COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
DES EXPLOITATIONS AGRICOLES
ET ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX
(Creuse)**

ACCORD DU 3 DÉCEMBRE 2009

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : AGRS1097094M

Entre :

La fédération départementale des syndicats des exploitants agricoles de la Creuse ;

Les jeunes agriculteurs de la Creuse ;

La fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole de la Creuse ;

Le syndicat départemental des entrepreneurs de travaux agricoles et ruraux de la Creuse,

D'une part, et

Le syndicat FGTA FO de la Creuse ;

Le syndicat général agroalimentaire CFDT du Limousin ;

Le syndicat CFTC-Agri de la Creuse,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le présent accord est un accord autonome annexé à la convention collective départementale de travail des exploitations agricoles et des entreprises de travaux agricoles et ruraux de la Creuse.

Par le présent accord, les partenaires sociaux signataires souhaitent mettre en place un régime d'assurance complémentaire frais de santé départemental comme le leur permet l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, garantissant des prestations complémentaires au régime obligatoire de la mutualité sociale agricole, en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

Les partenaires sociaux signataires entendent ainsi permettre aux salariés des exploitations agricoles et des entreprises de travaux agricoles et ruraux et des CUMA de la Creuse de bénéficier d'un régime complémentaire frais de santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable, afin notamment de :

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

Article 1^{er}

Champ d'application

Article 1.1

Champ d'application professionnel

Le présent accord est applicable de manière obligatoire à l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres des exploitations agricoles et des entreprises de travaux agricoles et ruraux et des CUMA de la Creuse telles que définies dans le champ d'application professionnel de la convention collective départementale.

Article 1.2

Champ d'application territorial

Le présent accord est applicable à l'ensemble des employeurs et salariés des entreprises situées sur le département de la creuse, quel que soit le domicile des parties sauf si les terres sont rattachées à une exploitation dont le siège est dans un département voisin.

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 premier jour du mois civil qui suit la publication au journal officiel de son arrêté d'extension.

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.

Les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent accord si les circonstances en démontrent l'utilité.

Par ailleurs, le régime établi par le présent accord ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet.

Article 3

Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent aux salariés non cadres ayant 6 mois d'ancienneté au sein d'une même entreprise dans les 12 mois précédant la détermination du droit à bénéficier du présent régime et relevant du champ d'application du présent accord.

Pour les dispositions du présent accord, la condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert l'ancienneté requise.

Affiliation

A compter de la date d'effet du présent accord, les entreprises doivent affilier les salariés bénéficiaires visés à l'article 3 auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 6.

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

Cas d'exclusion :

Sont exclus du bénéfice du présent régime :

- les cadres ressortissant à la convention collective nationale du 2 avril 1952 et relevant de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les VRP ressortissant à d'autres dispositions conventionnelles obligatoires ;
- les salariés non cadres définis ci-dessus ressortissant à un accord d'entreprise, dans les conditions fixées à l'article 12 du présent accord.

Dispenses d'affiliation :

Ont par ailleurs la possibilité de solliciter une dispense d'affiliation au présent régime d'assurance complémentaire « frais de santé » les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :

- les salariés bénéficiant au jour de l'entrée en vigueur du présent accord d'une assurance complémentaire frais de santé, en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacs tel que défini par la loi, et en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau de prestations au moins équivalent. Cette dispense 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 ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C ainsi que ceux bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, et ce temporairement jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément et n'entrant pas dans le champ d'application du présent accord ;
- les salariés en contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois ;
- les salariés ayant une faible rémunération : les salariés concernés sont ceux ayant une durée du travail inférieure à un mi-temps et n'ayant qu'un seul employeur ou bien ceux en contrat d'apprentissage, pour lesquels le montant de cotisation à leur charge représenterait 10 % ou plus de leur rémunération.

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, celui-ci prendra en charge la cotisation à la complémentaire frais de santé telle que définie à l'article 7.1.

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse de la part du salarié concerné, qui devra produire chaque année les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

Au jour de l'entrée en vigueur de l'accord les salariés concernés doivent faire leur demande de dispense par écrit adressée à l'employeur avant la fin du 1^{er} mois d'application de l'accord, avec les justificatifs de leur situation.

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

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

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

Article 4

Adhésions individuelles et facultatives

Article 4.1

Adhésion volontaire des salariés n'ayant pas l'ancienneté requise

Les salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté requise permettant d'accéder au régime obligatoire mis en place par le présent accord peuvent adhérer volontairement à titre individuel à un régime facultatif offrant des prestations identiques.

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

Article 4.2

Extensions facultatives du niveau de garanties vers un niveau supérieur

Les salariés bénéficiaires peuvent également étendre volontairement à titre individuel et facultatif leur niveau de garanties prévu dans le cadre du présent régime à 2 autres niveaux supérieurs en option.

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

Article 4.3

Extensions facultatives des garanties aux membres de la famille

Les salariés bénéficiaires peuvent également étendre volontairement à titre individuel et facultatif leur niveau de garanties à leur famille (conjoint et enfants à charge).

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

Article 5

Garanties

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

Le présent régime ne couvre à titre obligatoire que le salarié seul.

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

Ce régime s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits « responsables » défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application.

Ainsi, le présent régime ne rembourse ni les pénalités mises à la charge de l'assuré, notamment en cas de non-respect du parcours de soins, ni la participation forfaitaire et la franchise respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

En tout état de cause, les garanties du présent régime seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits « responsables ».

Article 6

Gestion du régime

Pour assurer la gestion de leur régime complémentaire obligatoire frais de santé, les organisations signataires ont convenu, après avoir procédé à une consultation, de désigner l'organisme assureur suivant : Agri-Prévoyance, institution de prévoyance, régie par le code rural, sise 21, rue de la Bienfaisance, 75382 Paris Cedex 08, membre du GIE AGRICA Gestion.

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

Les modalités d'organisation de la mutualisation du régime seront régulièrement réexaminées par les partenaires sociaux.

Article 7

Cotisation

Article 7.1

Montant des cotisations

Le présent accord relève des articles L. 871-1 du code de la sécurité sociale et L. 741-10 du code rural.

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du présent accord. Elles pourront être revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie à cette occasion.

Les taux de cotisations sont garantis par l'organisme assureur désigné pour une durée de 3 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, dans le cadre de la réglementation applicable au 1^{er} juin 2009.

Cotisation pour affiliation du seul salarié, dit « isolé » :

Le taux global de la cotisation mensuelle pour l'affiliation obligatoire du seul salarié, dit « isolé », au présent régime complémentaire frais de santé, dont les garanties sont définies en annexe I du présent accord, est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS), et égal à 0,87 % du PMSS.

La cotisation obligatoire ainsi prévue est répartie à raison de :

- 15,68 % pour l'employeur, dans la limite d'un montant de 5 € par mois ;
- 84,32 % pour le salarié.

Cotisations volontaires pour adhésions individuelles et facultatives :

Les taux globaux de cotisations mensuelles pour les adhésions individuelles et facultatives aux étendues de garanties proposées en options, dont les niveaux sont définis en annexe I du présent accord, sont exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sont définis en annexe II du présent accord.

Article 7.2

Appel et recouvrement

Cotisations obligatoires :

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

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

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

Cotisations facultatives :

L'appel et le recouvrement des cotisations facultatives seront confiés à la mutualité sociale agricole par Agri-Prévoyance.

Cet appel et ce recouvrement seront effectués par la MSA directement aux salariés.

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

Article 8

Règlement des prestations et tiers payant

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans le contrat d'adhésion de l'entreprise et la notice d'information remise aux salariés.

Après l'enregistrement de l'affiliation de l'assuré auprès de l'organisme assureur, l'organisme gestionnaire délivrera une carte santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires.

Cette carte santé reste la propriété de l'organisme assureur.

Article 9

Cessation et maintien des garanties

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise adhérente.

En outre, les salariés cessant leur activité ont la possibilité de demander auprès de l'organisme assureur désigné, dans les conditions définies par la convention de gestion du présent régime, le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve qu'ils en fassent la demande au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail ou du décès.

Dans ce cadre, l'organisme assureur désigné procédera à la collecte de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés.

La cotisation des anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'une allocation de préretraite ne pourra dépasser de plus de 50 % la

cotisation des actifs, sous réserve qu'il en fassent la demande auprès de l'organisme désigné dans les 6 mois suivant la date de rupture de leur contrat de travail.

Toutefois, la cotisation des autres anciens salariés (titulaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, ou privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement) ne pourra dépasser de plus de 20 % la cotisation des actifs, sous réserve qu'ils en fassent la demande auprès de l'organisme désigné dans le mois suivant la date de rupture de leur contrat de travail.

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

Article 10

Suspension du contrat de travail

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

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

Les contributions de l'employeur et du salarié sont maintenues sans modification de tarif 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 sans modification de tarif, à la demande du salarié formulée à l'organisme assureur désigné, sous réserve du paiement par le salarié de la totalité de la cotisation.

Article 11

Convention de gestion spécifique

Les modalités de mises en œuvre pratiques des garanties prévues par le présent accord font l'objet d'une convention de gestion distincte qui définit notamment, entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux, les modalités de suivi du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront par ailleurs au moins une fois par an, dans le cadre d'une commission paritaire de suivi du régime, et en cas de besoin avec les représentants de l'organisme désigné, afin notamment :

- de faire le point des entreprises et salariés relevant du présent accord ;
- de dresser un bilan de l'application de l'accord, des évolutions et résultats globaux du régime de frais de santé mis en place par l'accord ;
- d'examiner les avis relatifs à l'évolution du régime ;
- de vérifier que les objectifs professionnels et de mutualisation sont réalisés dans les meilleures conditions ;
- de consolider les différentes données statistiques sur les entreprises et les salariés.

Article 12

Adhésion, antériorité des régimes d'entreprise

L'adhésion de toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord et l'affiliation des salariés bénéficiaires de ces entreprises et visés à l'article 3 auprès de l'organisme assureur désigné sont obligatoires à compter de la prise d'effet du présent accord, y compris pour les entreprises ayant antérieurement souscrit une garantie frais de santé.

Tout employeur ayant une activité définie à l'article 1^{er} du présent accord est tenu d'adhérer au présent régime, pour l'ensemble des salariés concernés du présent accord, en application des modalités fixées entre les partenaires sociaux et l'organisme désigné.

Les entreprises disposant déjà d'un régime complémentaire santé obligatoire au jour de la signature du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies en annexe du présent accord pour un niveau de prestations supérieur, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent accord.

En revanche, les entreprises ayant mis en place, préalablement à la signature du présent accord, un régime complémentaire santé obligatoire de niveau égal ou inférieur aux garanties définies en annexe I du présent accord, doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel ainsi défini, à compter de la date de son entrée en vigueur.

Article 13

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement des prestations par l'organisme désigné à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

Article 14

Clause de réexamen. – Dénonciation

Conformément aux articles L. 912-1 et L. 912-2 du code de la sécurité sociale, le régime d'assurance complémentaire santé mis en œuvre par le présent accord fera l'objet d'un réexamen, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date de son entrée en vigueur, pour permettre aux partenaires sociaux signataires d'en revoir, au vu des résultats techniques et financiers enregistrés pendant la période écoulée, les conditions tant en matière de garanties que de financement et de choix de l'organisme assureur.

L'accord est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve d'un préavis de 3 mois. Les modalités de dénonciation sont celles définies dans l'article L. 2261-9 du code du travail.

Article 15

Formalités administratives

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

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

Fait à Guéret, le 3 décembre 2009.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

TABEAU DES GARANTIES D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT EN COMPLÉMENT DE LA MSA (EN % BR)		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Soins médicaux Consultations, visites, honoraires (généralistes ou spécialistes) Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédiatres, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes Analyses, examen de laboratoire Radiographie, électroradiologie Médecine douce : ostéopathie, homéopathie, chiropractie, acupuncture	30 % 40 % 40 % 40 % —	130 % 40 % 40 % 40 % —	230 % 40 % 40 % 40 % 23 € x 4 par an et par famille
Actes de prévention responsable	65 % à 30 %	65 % à 30 %	65 % à 30 %
Pharmacie	85 % à 0 %	85 % à 0 %	85 % à 0 %
Optique Soins et honoraires	30 %	30 %	30 %

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT EN COMPLÉMENT DE LA MSA (EN % BR)		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Verrres, montures, lentilles (avec prise en charge acceptée)	390 % + 200 € par an	390 % + 350 € par an	390 % + 475 € par an
Chirurgie correction oculaire	250 € par an	350 € par an	475 € par an
Dentaire			
Soins et honoraires	30 %	30 %	30 %
Prothèse acceptée (dont inlays-onlays)	140 % + 300 € par an	140 % + 350 € par an	140 % + 475 € par an
Prothèse refusée (dont inlays-onlays)	300 € par an	350 € par an	475 € par an
Orthodontie acceptée	180 %	180 %	280 %
Orthodontie refusée	—	—	—
Implantologie	—	—	200 € par an
Parodontologie	—	100 € par an	100 € par an
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses non auditives	35 %	235 %	435 %
Prothèses auditives (par oreille / 3 ans)	390 %	390 % + 200 € par an	390 % + 350 € par an
Hospitalisation (secteur conventionné ou non)			
Frais de séjour	20 % à 0 %	20 % à 0 %	20 % à 0 %
Soins et honoraires (dont dépassement)	200 %	400 %	400 %
Forfait hospitalier	100 % dès 1 ^{er} jour	FR dès 1 ^{er} jour	FR dès 1 ^{er} jour

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT EN COMPLÉMENT DE LA MSA (EN % BR)		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Chambre particulière	25 € par jour	52 € x 60 jours + 25 € par jour	78 € x 60 jours + 25 € par jour
Séjour accompagnant (lit + repas)	—	52 € par jour x 30 jours	52 € par jour x 30 jours
Maternité (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et séjours	—	200 %	200 %
Dépassement d'honoraires et chambre particulière	1/3 PMSS par maternité	1/3 PMSS par maternité + 52 € par jour	1/3 PMSS par maternité + 52 € par jour
Compléments divers			
Transport médical sur prescription	35 %	FR	FR
Forfait actes lourds (18 €)	18 €	18 €	18 €
Frais balnéaires acceptés	35 %	35 %	35 % + 150 € par an
Hospitalisation à domicile acceptée	—	—	—
Santé quotidienne non remboursée MSA			
Pharmacie sur prescription	—	—	40 € par an par famille
Vaccins prescrits	—	40 € par an par famille	40 € par an par famille

NB. – Les crédits en euros sont calculés à partir d'un pourcentage du PMSS et devront être réévalués chaque année en fonction du montant du PMSS.
BR : base de remboursement.
PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.
TC : tarif conventionné.
Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement (BR) aux régimes d'assurance maladie obligatoire français.
Les remboursements régime d'assurance maladie obligatoire + part complémentaire sont limités aux frais réels.
Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire de l'assuré (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale), prévue à 1 € au 1^{er} janvier 2005, ne pourront donner lieu à remboursement.
Le remboursement régime conventionnel s'entend part régime obligatoire non comprise.

Le présent accord prévoit également la couverture des 7 actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006.

NATURE des risques	REMBOURSEMENT régime de base (1)	REMBOURSEMENT complémentaire en % de la base (1)	REMBOURSEMENT régime de base + complémentaire (1)
Actes de prévention responsable	De 35 % à 70 %	De 65 % à 30 %	100 %
(1) En % de la base de remboursement du régime de base.			

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14^e anniversaire.

2. Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum (SC12).

3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.

4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

5. Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

- a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010).
- b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015).
- c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011).
- d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012).
- e) Audiométrie tonale et vocale et tympanométrie (CDQP002).

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 :

- a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges.
- b) Coqueluche : avant 14 ans.
- c) Hépatite B : avant 14 ans.
- d) BCG : avant 6 ans.
- e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant.
- f) *Haemophilus influenzae* B.

ANNEXE II

LES ADHÉSIONS INDIVIDUELLES ET FACULTATIVES

1. Adhésion volontaire des salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté requise

Les salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté requise permettant d'accéder au régime obligatoire mis en place par le présent accord peuvent adhérer volontairement à titre individuel à un régime facultatif offrant des prestations identiques. Ils bénéficieront ainsi à titre individuel et facultatif des mêmes garanties que celles prévues par le présent accord, auprès du même organisme assureur.

Les taux des cotisations mensuelles à la seule charge du salarié pour ces adhésions volontaires sont exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sont de 0,87 % du PMSS pour l'adhésion volontaire « isolé ».

La demande d'adhésion est à adresser à Agri-Prévoyance, dans le cadre d'un contrat individuel distinct.

2. Extensions facultatives du niveau de garanties obligatoires vers un niveau supérieur

Les salariés bénéficiaires peuvent améliorer à titre individuel et facultatif leur niveau de garanties obligatoires prévu dans le cadre du présent régime par 2 niveaux optionnels supérieurs.

Les taux des cotisations mensuelles correspondantes à la seule charge du salarié pour ces extensions facultatives sont exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sont de :

- + 0,09 % du PMSS pour le niveau 2 optionnel pour le salarié seul ;
- + 0,27 % du PMSS pour le niveau 3 optionnel pour le salarié seul.

Ces améliorations de garanties sont également proposées au salarié non bénéficiaire de l'accord ayant demandé à bénéficier du régime à adhésion volontaire mentionné ci-dessus dans le cadre d'un contrat individuel distinct.

3. Extensions facultatives des garanties aux membres de la famille

Les salariés bénéficiaires peuvent également étendre volontairement à titre individuel et facultatif leur niveau de garanties obligatoire ou optionnel à leur famille (conjoint et enfants à charge).

Les taux des cotisations mensuelles à la seule charge du salarié pour ces extensions facultatives sont exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et sont de :

+ 1,36 % du PMSS pour l'extension à la famille appliquée à la garantie obligatoire (à ajouter à la cotisation « isolé ») ;

+ 0,06 % du PMSS pour l'extension facultative appliquée au niveau 2 optionnel ;

+ 0,15 % du PMSS pour l'extension facultative appliquée au niveau 3 optionnel.

Cette extension famille est également proposée, aux mêmes tarifs, au salarié non bénéficiaire de l'accord ayant demandé à bénéficier du régime à adhésion volontaire mentionné ci-dessus dans le cadre d'un contrat individuel distinct.

Définition des ayants droit du salarié :

- le conjoint : la personne mariée avec le participant et non séparée de corps ;
- le cocontractant d'un Pacs : est assimilée au conjoint, la personne qui a conclu un pacte civil de solidarité avec le participant ;
- le concubin : la personne avec laquelle le salarié vit en concubinage, dans la mesure où le participant et son concubin partagent le même domicile et sont libres de tout autre lien de même nature (c'est-à-dire que chacun est célibataire, veuf, ou divorcé et n'est engagé dans les liens d'un Pacs). Un concubinage est une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple (art. 515-8 du code civil).

Les enfants à charge : par enfant, il faut entendre :

- les enfants du salarié (légitimes, adoptés ou reconnus) ;
- les enfants recueillis par le salarié et pour lesquels la qualité de tuteur lui est reconnue ;
- les enfants qui ont été élevés par le salarié pendant 9 ans au moins avant leur 16^e anniversaire ;
- les enfants dont la qualité d'ayant droit du conjoint, cocontractant d'un Pacs ou concubin du salarié aura été reconnue par le régime de base de sécurité sociale.

Définition des enfants à charge :

Sont considérés comme enfants à charge :

- tous les enfants âgés de moins de 18 ans ;
- tous les enfants âgés de moins de 26 ans s'ils sont étudiants, apprentis ou demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés ;
- tous les enfants invalides au sens de la législation sociale si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21^e anniversaire.

Cette extension de garantie est applicable également au salarié non bénéficiaire de l'accord ayant demandé à bénéficier du régime à adhésion volontaire mentionné ci-dessus.

4. Gestion du régime des adhésions volontaires et extensions facultatives

Les adhésions volontaires et les extensions facultatives « famille » sont laissées au libre choix du salarié affilié, qui peut alors demander à en bénéficier auprès du même organisme assureur et dans les conditions prévues par lui, dans le cadre d'un contrat d'assurance individuel.

Le régime de ces adhésions volontaires et extensions facultatives est ouvert auprès du même organisme que celui désigné pour le régime obligatoire du présent accord, mais il est géré indépendamment du régime obligatoire.

Les cotisations qui en résultent sont entièrement à la charge du salarié et c'est Agri-Prévoyance qui procédera à leur collecte. Ces cotisations seront appelées directement auprès du salarié par la caisse de MSA, conformément à la délégation de gestion entre Agri-Prévoyance et la MSA.

Il est précisé que ces cotisations pourront évoluer différemment de celle correspondant au régime obligatoire si les résultats financiers de chacun des régimes le justifient.