

**Accord départemental du 9 juillet 2009
instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé
au bénéfice des salariés agricoles non cadres de l'Hérault
modifié par les avenants : n°1 du 3 décembre 2012 et n° 2 du 26 novembre
2013**

Les organisations professionnelles et syndicales ci-après :

- La Fédération Départementale des Syndicats d'Exploitants Agricoles de l'Hérault,
- Le Groupement des Employeurs de Main-d'Oeuvre Agricole de l'Hérault,
- La Fédération Départementale des Coopératives d'Utilisation de Matériel Agricole de l'Hérault,

d'une part,

Et :

- Le syndicat SGA CFDT de l'Hérault,
- Le syndicat FGTA/FO de l'Hérault,
- Le syndicat départemental des ouvriers agricoles de la CGT,
- Le syndicat CFTC AGRI du Golfe du Lion,
- Le SNCEA CFE/CGC section de l'Hérault,

d'autre part,

Ont convenu de ce qui suit :

Préambule

Par le présent accord, les partenaires sociaux de l'Agriculture du département de l'Hérault ont souhaité mettre en place un régime de protection sociale complémentaire santé 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 ».

Les partenaires sociaux entendent ainsi permettre aux salariés agricoles non cadres de bénéficier d'une couverture santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable afin notamment de

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

Le présent accord est un accord autonome de la convention collective des exploitations agricoles de l'Hérault du 28 février 1952.

Article 1 - Champ d'application

Article 1-1 – Champ d'application professionnel (alinéa 1 rajouté par l'avenant n°1)

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des entreprises et des salariés non cadres relevant de l'Accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres de l'Hérault ne relevant ni de la Convention Collective Nationale du 2 avril 1952, ni des articles 4 et 4 bis ou 36 de la Convention Collective Nationale du 14 mars 1947.

Sont visés, de manière obligatoire, par le présent régime, l'ensemble des employeurs et des salariés non cadres, y compris les apprentis, des exploitations viticoles, des exploitations productrices de raisins de table, des exploitations arboricoles, des exploitations de polyculture, des exploitations d'élevage, des

exploitations de maraîchage, des exploitations horticoles et des pépinières et des C.U.M.A. ainsi que dans les établissements de toute nature dirigés par les exploitants agricoles en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles, lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production ou dans les structures d'accueil touristique qui ont pour support l'exploitation, et cela quelques soient les formes juridiques adoptées dans la mesure où ils sont affiliés à la caisse de MSA dont relève cet accord.

Article 1-2 - Champ d'application territorial

La présente convention a pour objet de déterminer les conditions de couverture santé dans des entreprises visées à l'article 1-1 sises dans le département de l'Hérault.

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.

En tout état de cause, le présent accord s'imposera à compter du 1^{er} janvier 2010 aux employeurs et salariés ressortissant d'entreprises adhérentes aux organisations signataires.

Le présent accord s'appliquera pour les entreprises non adhérentes le 1^{er} jour du mois civil suivant la publication de l'arrêté d'extension de l'accord si celle-ci devait intervenir après le 1^{er} janvier 2010.

Le présent accord pourra également préalablement à son extension, être appliqué de manière volontaire par l'ensemble des employeurs et salariés ressortissants d'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 article ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet.

Article 3 - Salariés bénéficiaires

(Alinéa 2 rajouté par l'avenant n°1

Paragraphe « dispense d'affiliation » modifié et remplacé par l'avenant n°2)

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié non cadre justifiant d'au moins 1 an d'ancienneté au titre du contrat de travail en cours et relevant du champ d'application du présent accord. Cette condition d'ancienneté est ramenée à six mois au titre du contrat de travail en cours à compter du 1^{er} juillet 2013. En conséquence, à compter de cette date, toute référence à l'exigence d'ancienneté d'au moins un an au sein du présent accord est ramenée à six mois.

Les entreprises peuvent prévoir une condition d'ancienneté moindre, selon l'une des modalités prévues à l'article L 911-1 du Code de la Sécurité Sociale.

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.

Possibilité de transfert

Les salariés ayant acquis préalablement à leur embauche le bénéfice du présent accord, à titre collectif en raison d'une ancienneté supérieure à un an, peuvent demander à bénéficier de la couverture

complémentaire frais de santé prévue par le présent accord étant précisé qu'ils sont réputés remplir les conditions de couverture. Cette possibilité est ouverte dans la mesure où un délai de trois mois maximum s'est écoulé entre la fin du précédent contrat de travail avec une entreprise relevant du présent accord et la date de leur embauche.

Les salariés souhaitant bénéficier de cette disposition doivent en faire la demande écrite formelle au nouvel employeur.

Tous les salariés dont l'ancienneté est inférieure à un an auront la faculté d'adhérer de manière volontaire au régime d'assurance décrit à l'article 4. Dans ce cas, les cotisations seront intégralement à sa charge.

Cas d'exclusion

En sont exclus :

- Les cadres et personnels ressortissants de 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 complémentaire santé défini dans la convention précitée,
- Les catégories particulières de salariés (VRP par exemple) ressortissant d'autres dispositions conventionnelles,
- Les salariés non cadres ressortissant d'un accord collectif d'entreprise dans les conditions fixées à l'article 6 du présent accord.

Dispense d'affiliation

Ont par ailleurs la possibilité de solliciter une dispense d'affiliation afin de ne pas souscrire au présent régime, les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :

- Les nouveaux salariés bénéficiant d'une assurance frais de santé en qualité d'ayant droit de leur conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS, en application d'un accord collectif obligatoire pour lui, dès lors qu'ils apportent un document attestant chaque année de cette couverture obligatoire pour un niveau au moins équivalentes.
Cette exclusion prend fin en cas de modification de la qualité d'ayant droit, en cas de non renouvellement annuel de l'attestation, de diminution des prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans le présent accord, de cessation du régime obligatoire ou à la demande du salarié. En cas d'exclusion, les cotisations correspondantes ne sont pas dues, ni par le salarié ni par l'employeur ;
- Les bénéficiaires de la CMU-C ainsi que de l'aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé visée à l'article L863-1 du Code de la Sécurité Sociale ;
- Les salariés bénéficiant d'une couverture obligatoire du fait d'une autre activité exercée simultanément.
- Les salariés à temps partiel ayant 6 mois d'ancienneté et plus dès lors que leur cotisation complémentaire santé est égale ou supérieure à 10% de leur rémunération ;
- Les salariés en contrat à durée déterminée y compris les apprentis, ayant 6 mois d'ancienneté et moins de 12 mois d'ancienneté.

La demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du 1^{er} mois qui suit celui de l'obtention de la condition d'ancienneté de 6 mois d'ancienneté.

Au jour de l'entrée en vigueur du présent avenant, les salariés à temps partiel ou en contrat à durée déterminée ayant entre 6 mois et 12 mois d'ancienneté doivent faire leur demande d'exclusion par écrit adressée à l'employeur avant la fin du 1^{er} mois d'application de l'avenant.

En cas d'augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, si la cotisation représente moins de 10% de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé.

Dans le cas d'un salarié employé par plusieurs employeurs 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 acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord entre les employeurs et le salarié.

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.

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

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

Article 4 – Garanties *(Modifié et remplacé par l'avenant n°2)*

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul. Toutefois, les partenaires sociaux ont souhaité que l'organisme assureur propose à celui-ci à titre facultatif la possibilité de couvrir tout ou partie des membres de sa famille et d'améliorer certaines des prestations prévues dans le régime obligatoire.

Ces options facultatives sont définies dans la convention de gestion entre les partenaires sociaux et l'assureur.

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

La nature et le montant des prestations attachées au présent régime sont présentés dans le tableau annexé à l'accord (voir annexe 1 « tableau garanties complémentaires santé »).

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 L322-2 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 ».

Ces remboursements s'inscrivent 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.

La totalité des actes de prévention est prise en charge à 100% du ticket modérateur.

Article 5 – Adhésion obligatoire

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

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 7, par la signature d'un bulletin d'affiliation.

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.

Article 6 - Antériorité des régimes d'assurance complémentaire santé d'entreprise

Les entreprises disposant déjà d'une assurance complémentaire santé au jour de la signature du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 4 pour un niveau de prestations supérieures, 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 de niveau égal ou inférieur aux garanties définies à l'article 4, doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel ainsi défini, à compter de la date de son entrée en vigueur.

Pour déterminer si le régime complémentaire de l'entreprise est supérieur à celui mis en place par le présent accord, les critères à retenir sont ceux définis dans l'accord national du 10 juin 2008 (avenant n°1 du 6 janvier 2009).

Article 7 - Gestion du régime *(Modifié et remplacé par l'avenant n°2)*

Pour assurer le régime d'assurance complémentaire santé défini dans le présent accord et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires ont convenu, après avoir procédé à un appel d'offres, de recommander une co-assurance entre **EOVI Mutuelle** (25 route de Montfavet - 84000 AVIGNON) et **ADREA Mutuelle** (104 avenue du Maréchal de Saxe – 69003 LYON), à hauteur respectivement de 50% et 50 %.

EOVI Mutuelle est désignée comme étant l'apériteur du régime.

Cette recommandation a notamment pour objectifs :

- de permettre aux salariés cotisants de bénéficier de l'action sociale mise en place par ces mutuelles,
- d'organiser le maintien des prestations pendant les périodes de suspension des contrats de travail des salariés bénéficiaires,
- d'organiser la mise en place de la portabilité,
- de bénéficier de la possibilité d'accès à un réseau tarifaire préférentiel,
- de permettre aux salariés cotisants de bénéficier d'un bouquet de services liés à la prévention de leur santé.

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans le protocole de gestion conclu entre les organismes assureurs et les partenaires sociaux signataires.

Article 8 - 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.

Les cotisations pourront être revues sans délai en cas de changement de ces textes.

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

Article 8-1 - Taux de cotisations et répartition

(Modifié et remplacé par l'avenant n°2)

La cotisation mensuelle du présent régime est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Le taux global d'appel des cotisations destinées au financement des prestations définies à l'article 4, est de **1,19 % du PMSS** pour le salarié seul assuré à titre obligatoire.

Ce taux est réparti comme suit :

- 30 % à la charge de l'employeur, dans la limite d'un montant de 12€ par mois, le solde, soit 70 % à la charge du salarié.

Article 8-2 – Appel et recouvrement

L'appel et le recouvrement de l'ensemble des cotisations sont confiés par l'organisme désigné à la caisse de Mutualité Sociale Agricole (MSA) compétente sur le territoire.

Ainsi pour les salariés affiliés obligatoirement, la MSA répercutera cet appel de cotisations auprès des employeurs. Pour les salariés affiliés sur option facultative, les ayants droits de tous les salariés et pour les salariés pouvant bénéficier du régime après rupture de leur contrat de travail, l'appel et le recouvrement des cotisations seront confiés aux organismes assureurs.

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 sécurité sociale, procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

Article 9 - Règlement des prestations

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 la convention de gestion et la notice d'information remise aux salariés.

Article 10 - Cessation des garanties

(Modifié par l'avenant n°1)

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'issue d'un délai de 3 mois après à la fin du mois au cours duquel le contrat de travail a pris fin. Pendant ces 3 mois la garantie est accordée sans versement de cotisations, son cout étant mutualisé.

Au-delà de ces trois mois de maintien des garanties sans versement, les salariés cessant leur activité ont la possibilité de demander auprès de l'institution de prévoyance, dans les conditions définies par l'organisme précité, le maintien à titre individuel de leur couverture santé, sous réserve d'en faire la demande au plus tard dans les six mois suivant la rupture de leur contrat de travail. Dans ce cadre, l'institution de prévoyance procédera au recouvrement de l'intégralité de la cotisation correspondante auprès des salariés concernés, sans que celle-ci dépasse de plus de 50 % la cotisation des actifs.

Les salariés visés sont ceux prévus à l'article 4 de la Loi Évin n°89-1009 du 31 décembre 1989.

(Rajouté par l'avenant n°2) **Portabilité :**

Les salariés bénéficient des dispositions légales sur le maintien des garanties de protection sociale complémentaire en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime

d'assurance chômage selon les conditions définies par les textes légaux et ce à compter de la date fixée par la loi. Ces dispositions figurent en annexe au présent avenant pour information.

Pour bénéficier des prestations le demandeur d'emploi bénéficiant du maintien des garanties doit fournir l'ensemble des justificatifs demandés au salarié auxquels s'ajoute le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations demandées sont dues.

Le taux de cotisation lié à cette garantie de portabilité de 0,04 % du PMSS est inclus dans la cotisation définie au deuxième alinéa de l'article 8-1.

Article 11 - Suspension du contrat de travail *(Modifié par l'avenant n°2)*

Suspension du contrat pour un motif non liée à une maladie ou à un accident

En cas de suspension du contrat de travail pour un des cas de congés prévues par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, le salarié bénéficie des garanties complémentaires frais de santé pendant les 3 premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation.

Après cette période il peut pendant la période de suspension restant à courir demander à l'organisme assureur dont il relève à titre individuel à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé en acquittant directement la cotisation globale.

L'employeur doit informer l'organisme assureur compétent de la suspension du contrat et de la durée de la suspension du contrat au début de celle-ci.

Suspension du contrat pour maladie, accident (toutes origines) ou pour maternité

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité pris en charge par la MSA et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues en cas de décès et incapacité permanente professionnelle et complémentaire frais de santé sont maintenues sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence. Si l'absence est inférieure à un mois la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

Article 12 - Clause de réexamen - dénonciation

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.

Le présent accord pourra être dénoncé en respectant un préavis de 3 mois et sauf conclusion d'un nouvel accord, il cessera de produire ses effets après le délai d'un an à compter du terme du préavis.

En cas de dénonciation, les partenaires sociaux devront se réunir dans les 6 mois suivants, afin d'étudier les termes d'un éventuel nouvel accord.

Article 13 - Accord de gestion spécifique et suivi du régime

Les modalités de mise en œuvre pratique des garanties prévues par le présent accord font l'objet d'un protocole de gestion distinct qui définit entre l'organisme assureur désigné et les partenaires sociaux, notamment les modalités de suivi du régime.

Les organisations professionnelles signataires se réuniront par ailleurs une fois par an au moins, et chaque fois que jugé nécessaire à la demande de l'un des collègues (employeurs ou salariés), 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 14 - 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 ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent accord.

Fait à Montpellier, le 9 juillet 2009

Ont signé :

La FDSEA de l'Hérault

Le syndicat SGA CFDT de l'Hérault,

Philippe VAILLE

Jacques MAURS

Le GEMOA de l'Hérault

Le syndicat FGTA/FO de l'Hérault,

George VIC

Bernard BARTHÉLÉMY

La FD CUMA de l'Hérault

Le syndicat CFTC AGRI du Golfe du Lion,

Robert MOYNIERr

Thierry BRINGAUD

Le SNCEA CFE CGC section de l'Hérault

Bernard PIRE

Le syndicat départemental des ouvriers agricoles de la CGT,

Gérard FRANCES, responsable régional FNAF CGT

Annexe 1 : Tableau des garanties
(Modifié par l'avenant n°2)

DESIGNATION DES ACTES	Remboursement Régime de base (SS ou MSA)	Remboursement Régime complémentaire obligatoire de base Eovi	Total Remboursement MSA + Eovi
FRAIS MÉDICAUX			
■ Consultations, visites de médecin	70 % de la BR	60 % de la BR	130 % de la BR
■ Consultations, visites de spécialiste	70 % de la BR	100 % de la BR	170 % de la BR
■ Auxiliaires Médicaux, soins infirmiers :	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
■ Massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sage 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
■ Actes de prévention responsable	35 à 70 % de la BR	30 à 65 % de la BR	100 % de la BR
PHARMACIE			
■ Pharmacie prise en charge par la MSA	15 % à 65 % de la BR	35 % à 85 % de la BR	100 % de la BR
FRAIS D'OPTIQUE			
■ Verres, montures, lentilles (y compris jetables) prises en charge ou non par la MSA	60 % de la BR	395 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 7 % du PMSS	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 7 % du PMSS
FRAIS DENTAIRES			
■ Soins et honoraires	70 % de la BR	30 % de la BR	100 % de la BR
■ Prothèses dentaires prises en charge par la MSA, y compris Inlays Core	70 % de la BR	330 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 4 % du PMSS	400 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 4 % du PMSS
■ Orthodontie prise en charge par la MSA	70 à 100 % de la BR	150 % de la BR	220 à 250 % de la BR
APPAREILLAGE			
■ Fournitures médicales, pansements, grands et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf auditives	60 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
■ Prothèses auditives prises en charge par la MSA	60 % de la BR	395 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €
Forfait actes lourds			
■ Participation de 18 €	-	Pris en charge	Pris en charge
HOSPITALISATION (HORS MATERNITÉ, SÉJOUR EN MAISON DE REPOS, FRAIS DE PLACEMENT EN LONG SÉJOUR OU EN CURE MÉDICALE), Y COMPRIS PSYCHIATRIE (SECTEUR CONVENTIONNÉ OU NON)			
■ Frais de soins et séjour	80 à 100 % de la BR	0 à 20 % de la BR	100 % de la BR
■ Dépassements d'honoraires encadrés sur les actes techniques des médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation ayant adhéré à l'option de coordination (article R.871-2 I 4° du code de la Sécurité	-	220 % de la BR	220 % de la BR

sociale).			
■ Chambre particulière	-	52 € par jour	52 € par jour
■ Forfait lit et repas d'accompagnement pour un enfant à charge de moins de 16 ans bénéficiaire du régime	-	30 € par jour	30 € par jour
■ Forfait Hospitalier	-	100 %	100 %
FORFAITS			
■ Maternité : - Frais de soins et séjour - Dépassements d'honoraires	100 % de la BR -	- Forfait égal à 1/3 du PMSS	100 % de la BR Forfait égal à 1/3 du PMSS
■ Cures thermales	65 à 100 % de la BR	0 à 35 % de la BR	100 % de la BR
■ Frais de Transport pris en charge par la MSA	65 à 100 % de la BR	0 à 35 % de la BR	100 % de la BR

Régime de base = Mutualité Sociale Agricole (MSA) ou Sécurité Sociale (SS)

BR = base de remboursement du régime de base (MSA ou SS)

TFR = Tarif Forfaitaire de Responsabilité

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement (BR) aux régimes d'assurances 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 (article L. 322-2 du code de la sécurité sociale), prévue à 1€ au 01/01/05, ne pourront donner lieu à remboursement.

Le remboursement régime conventionnel s'entend part régime obligatoire non comprise.

Annexe 2 : Les offres à adhésion individuelle et facultative
(Abrogé par l'avenant n°2)