

CONVENTION COLLECTIVE DE TRAVAIL DU 18 NOVEMBRE 1985
CONCERNANT LES EXPLOITATIONS AGRICOLES ET HORTICOLES DES PYRENEES
ATLANTIQUES

AVENANT N° 1 DU 25 NOVEMBRE 2013
A L'ACCORD DEPARTEMENTAL DU 27 NOVEMBRE 2009
SUR LA MISE EN PLACE D'UN REGIME COMPLEMENTAIRE **FRAIS DE SANTE**
AU PROFIT DES SALARIES AGRICOLES **NON CADRES**

DIRECOTÉ PYRÉNÉENNE
N° 1000000000
Des Pyrénées Atlantiques
Section Centrale Travail
Dépôt Légal des Conventions
et Accords Collectifs
Enregistré le 22/01/2014
Sous le n° 2014-02

Entre :

- HB - La Fédération Départementale des Syndicats d'Exploitants Agricoles – FDSEA des Pyrénées-Atlantiques,
- DS - La Fédération des Coopératives agricoles d'Utilisation de Matériel Agricole – CUMA des Pyrénées-Atlantiques,
- Q&B - Le Syndicat des entrepreneurs des territoires des Pyrénées-Atlantiques,
- CG - Le Syndicat horticole des Pyrénées-Atlantiques,

d'une part,

Et :

- FN - Le Syndicat national des cadres d'exploitation agricole CFE-CGC des Pyrénées-Atlantiques,
 - CS - Le Syndicat Général Agroalimentaire – Confédération Française Démocratique du Travail – SGA-CFDT du Béarn,
 - OA - La Fédération Nationale Agroalimentaire et Forestière – Confédération Générale du Travail – FNAF-CGT, section agriculture,
 - JLP - le syndicat CFTE,
 - CFTE
- d'autre part,

Il a été convenu de ce qui suit :

Préambule

Dans le cadre de la mise en conformité de l'Accord départemental du 27 novembre 2009 au décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 et à la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013, les organisations professionnelles et syndicales de salariés ont décidé de réduire la condition d'ancienneté, pour bénéficier de la complémentaire santé, à six mois, de mettre en conformité la catégorie objective assurée, les dispenses d'affiliation et d'instaurer le dispositif de portabilité. Dans ce contexte, les organisations signataires ont également décidé de réviser les cotisations. En conséquence, l'Accord départemental du 27 novembre 2009 est modifié comme suit.

Article 1 : Champ d'application

Les dispositions de l'article 1 de l'accord sont remplacées comme suit :

« Article 1-1 : Champ d'application professionnel :

Le présent accord s'applique :

- aux salariés agricoles relevant du présent accord, non affiliés à l'AGIRC et justifiant d'une ancienneté continue minimale de six mois,

OA JLP 1 CG Q&B DS FN CS HB

- et aux employeurs des exploitations et entreprises agricoles et horticoles relevant de la Convention Collective du 18 novembre 1985 concernant les exploitations agricoles et horticoles des Pyrénées-Atlantiques, à savoir :

- les exploitations de polyculture,
- les exploitations d'élevage,
- les exploitations de cultures spécialisées (maraîchage, arboriculture, fruitière, viticulture, ...),
- les exploitations d'horticulture et pépinières,
- les coopératives de culture en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole - CUMA,
- les entreprises de travaux agricoles.

Article 1-2 : Champ d'application territorial :

Le présent accord s'applique dans les établissements définis à l'article 1-1 ci-avant situés sur le territoire du département des Pyrénées-Atlantiques, même si les terrains de cultures s'étendent sur un département limitrophe et ceci où que soient domiciliés les employeurs et les salariés. »

Article 2 : Salariés bénéficiaires

• Salariés bénéficiaires

L'article 3 de l'accord « **Salariés bénéficiaires** » est modifié et remplacé comme suit en ses trois premiers alinéas :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent à tout salarié ayant six mois d'ancienneté continue et plus dans l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord et non affilié à l'AGIRC.

L'ancienneté est réputée acquise au 1^{er} jour du mois civil au cours duquel le salarié acquiert ladite ancienneté. »

Les dispositions de l'article 3.2 « Couverture Facultative », « Salariés non cadres ayant moins de douze mois d'ancienneté continue » (1^{er} paragraphe) sont modifiées en conséquence et concernent les salariés non affiliés à l'AGIRC et ayant moins de six mois d'ancienneté continue.

• Dispenses d'affiliation

L'article 3.1 de l'accord « **Dispenses d'affiliation** » est modifié et remplacé comme suit :

« Les salariés placés dans les situations ci-après peuvent demander, par écrit, à l'employeur, une dispense d'affiliation à l'assurance complémentaire Frais de Santé prévue au présent accord :

- les salariés à temps partiel et les apprentis ayant au moins six mois d'ancienneté continue et dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation salariale au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. En cas d'augmentation de la rémunération, si la cotisation salariale représente moins de 10 % de celle-ci de façon pérenne, le salarié devra alors obligatoirement s'affilier au régime mis en place par l'accord ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité Sociale ou de l'aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS), en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus l'ACS ;

- à condition d'en justifier chaque année, les salariés bénéficiaires par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en qualité d'ayants droit, d'une couverture collective à adhésion obligatoire mise en place dans une autre entreprise (salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire).

Cette dernière 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 cessation de la couverture obligatoire, de diminution du niveau de prestations à un niveau inférieur à celles fixées dans le présent accord ou à la demande du salarié.

Le salarié ayant plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord et un seul de ces employeurs cotise auprès de l'organisme désigné. Cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié.

Toute demande de dispense doit être notifiée, par écrit, à l'employeur au plus tard avant la fin du 1^{er} mois qui suit celui de l'obtention de la condition de six mois d'ancienneté.

DA

JL.F

Co CBA

LS

HBR

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

Si le salarié ne remplit plus les conditions de dispense d'affiliation, il doit en informer l'employeur et devra alors obligatoirement cotiser au régime 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 1^{er} jour du mois suivant la demande et sera alors irrévocable. »

Article 3 : Cotisations

- Taux de cotisations et répartition

L'article 7.1 de l'accord « **Taux de cotisations et répartition** » est modifié et remplacé par les dispositions suivantes :

« 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 (MSA) 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, à la date d'application par la MSA des dispositions et/ou des bases de remboursement nouvelles.

La cotisation mensuelle du présent régime de « remboursement complémentaire de Frais de Santé » de base obligatoire est exprimée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) et sera égale, pour les exercices 2014 et suivants à :

- **1,20 % du PMSS**

Elle est répartie comme suit :

- 15 % à la charge de l'employeur, dans la limite de 6,00 €
- Le restant étant à la charge du salarié.

Le salarié pourra affilier, facultativement, ses ayants-droit, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation correspondante, selon les options suivantes :

- Faire garantir dans les conditions prévues à l'article 5 le remboursement des frais de santé engagés par les membres de sa famille (conjoint et enfant(s) à charge) moyennant un taux de cotisation spécifique de **1,84 % du PMSS**
- Faire garantir dans les conditions prévues à l'article 5 le remboursement des frais de santé engagés par le salarié ayant moins de six mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou dont le contrat de travail est suspendu à l'issue de la période de gratuité de trois mois moyennant un taux de cotisation spécifique de **1,20 % du PMSS**.
- Faire garantir dans les conditions prévues à l'article 5 le remboursement des frais de santé complémentaires optionnels engagés par lui-même ou par lui-même et les membres de sa famille moyennant un taux de cotisation spécifique de :

Option 1 : **1,41 % du PMSS** pour le salarié bénéficiaire seul
 3,35 % du PMSS pour le salarié et sa famille

Option 2 : **1,52 % du PMSS** pour le salarié bénéficiaire seul
 3,53 % du PMSS pour le salarié et sa famille

Dispositions communes aux régimes concernant l'évolution et la révision des cotisations :

Les cotisations sont indexées au 1^{er} janvier de chaque exercice sur l'écart, s'il est positif, entre le taux d'évolution annuelle de l'indice de la Consommation Médicale Totale (CMT) hors hospitalisation, connu au 1^{er} septembre et le pourcentage d'augmentation du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale constaté entre le 1^{er} janvier de l'exercice précédent et le 1^{er} janvier de l'exercice concerné.

DA

JLF 3

CG GUBR-S FP CS HBP

Elles peuvent également évoluer au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats du régime, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, et après consultation des partenaires sociaux. »

- **Suspension du contrat de travail**

L'article 7.3 de l'accord « Suspension du contrat de travail » est modifié et remplacé comme suit :

« Suspension du contrat de travail pour un motif non lié à une maladie ou à un accident

En cas de suspension du contrat de travail pour l'un des cas prévu 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 trois premiers mois de la suspension et ce sans versement de cotisation.

Après cette période, le salarié peut, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur, à titre individuel et facultatif, à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve du paiement par ce dernier de l'intégralité de la cotisation.

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

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

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du 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 celui-ci ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, sans versement de cotisation pour tout mois civil d'absence.

Si la suspension est inférieure à un mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire Frais de Santé est due intégralement. »

Article 4 : Portabilité

- L'article 8 de l'accord est modifié comme suit dans son intitulé :

« Article 8 – **Maintien de Garanties** »

- Il est ajouté un article 8.1 intitulé : « **Maintien de garanties au profit des anciens salariés et des ayants-droit d'un salarié décédé** »

Les dispositions prévues à l'article 8 précédemment en vigueur s'appliquent au présent article et demeurent inchangées, sauf en son 3^{ème} paragraphe qui est complété comme suit :

« Les intéressés devront en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail, ou, le cas échéant, dans les six mois qui suivent le terme de couverture au titre de la portabilité visée à l'article 8.2 ci-après ; ou le décès du salarié. »

- Il est inséré un article 8.2 intitulé « **Portabilité** » rédigé comme suit :

« Les salariés bénéficient, à compter du 1^{er} juin 2014, du maintien à titre gratuit des garanties du régime en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions suivantes :

- Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation de l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;

OA JLF⁴

CG

CLB

RS

LS

FD

HBR

- Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;
- L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants-droit du salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

Pour bénéficier du maintien, le salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues. »

Article 5 : Annexes

Les annexes A, B et C présentant les garanties complémentaires santé sont actualisées et jointes au présent avenant.

Article 6 : Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur le 1^{er} jour du trimestre civil qui suit la parution au Journal Officiel de son arrêté d'extension, et, au plus tôt, au 1^{er} juin 2014 concernant les dispositions relatives à la portabilité.

Article 7 : Dépôt et extension

Le présent avenant 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 avenant.

Fait à Pau, le 25 novembre 2013,

OA JLR 5 Co (CABP) FD LS HBR

Pour la Fédération Départementale des Syndicats
d'Exploitants Agricole des Pyrénées-Atlantiques,

~~Bernard MARQUE~~

Henri BRES. PÉRE

Signé :

Pour la Fédération des C.U.M.A. des Pyrénées-
Atlantiques,

Pierre SUPERVIELLE

Signé :

Pour le Syndicat des Entrepreneurs des Territoires
des Pyrénées-Atlantiques,

Catherine LE BANNER

Signé :

Pour le Syndicat Horticole des Pyrénées-Atlantiques,

Christian GAURRAT

Signé :

Pour le Syndicat National des Cadres d'exploitation
agricole CFE – CGC des Pyrénées-Atlantiques,

François DOUMECQ

Signé :

Pour Syndicat Général Agro-alimentaire –
Confédération Française Démocratique du Travail
(SGA – CFDT) des Pyrénées-Atlantiques,

Laurent SENECHAU

Signé :

Pour la Fédération Nationale Agro-alimentaire et
Forestière – Confédération Générale du Travail,
(FNAF – CGT), section agriculture,

Alain ORDUNA

Signé :

Pour le Syndicat CFTC,

Jean-Louis FOURCADE

Signé :

Annexe A – Tableau des Garanties Complémentaires de Base Frais de Santé

DESIGNATION DES ACTES	TOTAL REMBOURSEMENT MSA + CRIA
FRAIS MEDICAUX	
■ Consultations, visites de médecin ou spécialiste	100 % de la BR
■ Auxiliaires Médicaux, soins infirmiers, massage, pédicure, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes :	100 % de la BR
■ Analyses, examens de laboratoire	100 % de la BR
■ Radiographie, électroradiologie	100 % de la BR
■ Participation forfaitaire sur les actes médicaux lourds	Prise en charge
■ Cures thermales prises en charge par le régime de base	100 % de la BR
■ Actes de prévention responsables	100 % de la BR
PHARMACIE	
■ Pharmacie prise en charge par le régime de base	100 % de la BR
FRAIS D'OPTIQUE	
■ Verres, montures, lentilles, pris en charge par le régime de base	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 200 €
■ Chirurgie corrections oculaires	Forfait égal à 250 €
FRAIS DENTAIRES	
■ Soins et honoraires	100 % de la BR
■ Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base	210 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 300 €
■ Prothèses dentaires non prises en charge par le régime de base	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 300 €
■ Orthodontie prise en charge par le régime de base (Enfants de moins de 16 ans)	250 % de la BR
APPAREILLAGE	
■ Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	100 % de la BR
■ Prothèses auditives	455 % de la BR
HOSPITALISATION (HORS MATERNITE, SEJOUR EN MAISON DE REPOS, FRAIS DE PLACEMENT EN LONG SEJOUR OU EN CURE MEDICALE), Y COMPRIS PSYCHIATRIE (SECTEUR CONVENTIONNE OU NON)	
■ Frais de soins et séjour	100 % de la BR
■ Dépassements d'honoraires	280 à 300 % de la BR
■ Chambre particulière	25 € par jour
■ Participation forfaitaire sur les actes lourds	Prise en charge
■ Forfait Hospitalier	100 % des Frais Réels
FORFAITS	
■ Maternité : - Frais de soins et séjour - Dépassements d'honoraires et chambre particulière	100 % de la BR Crédit d'1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité
■ Frais de Transport pris en charge par le régime de base	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)

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale au 1^{er} janvier de l'année

Actes de prévention :

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, l'Institution a choisi de prendre en charge les actes de prévention prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale figurant sur la liste prévue à cet effet par l'arrêté du 8 juin 2006.

Annexe B – Tableau des Garanties Complémentaires Optionnelles Niveau 1 **Frais de Santé**

DESIGNATION DES ACTES	TOTAL REMBOURSEMENT MSA + GRIA
FRAIS MEDICAUX	
■ Consultations, visites de médecin ou spécialiste	200 % de la BR
■ Auxiliaires Médicaux, soins infirmiers, massage, pédicure, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes :	100 % de la BR
■ Analyses, examens de laboratoire	100 % de la BR
■ Radiographie, électroradiologie	100 % de la BR
■ Participation forfaitaire sur les actes médicaux lourds	Prise en charge
■ Cures thermales prises en charge par le régime de base	100 % de la BR
■ Vaccins prescrits	Forfait annuel et par famille égal à 40 €
■ Actes de prévention responsables	100 % de la BR
PHARMACIE	
■ Pharmacie prise en charge par le régime de base	100 % de la BR
FRAIS D'OPTIQUE	
■ Verres, montures, lentilles, pris en charge par le régime de base	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €
■ Chirurgie corrections oculaires	455 % de la BR + Forfait annuel égal à 350 €
FRAIS DENTAIRES	
■ Soins et honoraires	170 % de la BR
■ Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base	210 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €
■ Prothèses dentaires non prises en charge par le régime de base	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €
■ Orthodontie prise en charge par le régime de base (Enfants de moins de 16 ans)	250 % de la BR
■ Parodontologie	Forfait annuel égal à 100 €
APPAREILLAGE	
■ Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	300 % de la BR
■ Prothèses auditives	455 % de la BR + Forfait annuel égal à 200 €

HOSPITALISATION (HORS MATERNITE, SEJOUR EN MAISON DE REPOS, FRAIS DE PLACEMENT EN LONG SEJOUR OU EN CURE MEDICALE), Y COMPRIS PSYCHIATRIE (SECTEUR CONVENTIONNE OU NON)	
■ Frais de soins et séjour	100 % de la BR
■ Dépassements d'honoraires	480 à 500 % de la BR
■ Chambre particulière	52 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour
■ Séjour accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans	52 € par jour pendant 30 jours
■ Participation forfaitaire sur les actes lourds	Prise en charge
■ Forfait Hospitalier	100 % des Frais Réels
FORAITS	
■ Maternité : - Frais de soins et séjour - Dépassements d'honoraires et chambre particulière	300 % de la BR Crédit d'1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité
■ Frais de Transport pris en charge par le régime de base	100 % des Frais Réels

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

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

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale au 1^{er} janvier de l'année

Actes de prévention :

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, l'Institution a choisi de prendre en charge les actes de prévention prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale figurant sur la liste prévue à cet effet par l'arrêté du 8 juin 2006.

Annexe C – Tableau des Garanties Complémentaires Optionnelles Niveau 2 Frais de Santé

DESIGNATION DES ACTES	TOTAL REMBOURSEMENT MSA + CRIA
FRAIS MEDICAUX	
■ Consultations, visites de médecin ou spécialiste	300 % de la BR
■ Auxiliaires Médicaux, soins infirmiers, massage, pédicure, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes :	100 % de la BR
■ Analyses, examens de laboratoire	100 % de la BR
■ Radiographie, électroradiologie	100 % de la BR
■ Participation forfaitaire sur les actes médicaux lourds	Prise en charge
■ Cures thermales prises en charge par le régime de base	100 % de la BR + Forfait annuel égal à 150 €
■ Vaccins prescrits	Forfait annuel et par famille égal à 40 €
■ Actes de prévention responsables	100 % de la BR
PHARMACIE	
■ Pharmacie prise en charge par le régime de base	100 % de la BR
FRAIS D'OPTIQUE	
■ Verres, montures, lentilles, pris en charge par le régime de base	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €
■ Chirurgie corrections oculaires	455 % de la BR + Forfait annuel égal à 350 €

FRAIS DENTAIRES	
■ Soins et honoraires	170 % de la BR
■ Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base	210 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 400 €
■ Prothèses dentaires non prises en charge par le régime de base	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 400 €
■ Orthodontie prise en charge par le régime de base (Enfants de moins de 16 ans)	350 % de la BR
■ Parodontologie	Forfait annuel égal à 100 €
■ Implantologie	Forfait annuel égal à 200 €
APPAREILLAGE	
■ Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	465 à 500 % de la BR
■ Prothèses auditives	455 % de la BR + Forfait annuel égal à 300 €
HOSPITALISATION (HORS MATERNITE, SEJOUR EN MAISON DE REPOS, FRAIS DE PLACEMENT EN LONG SEJOUR OU EN CURE MEDICALE), Y COMPRIS PSYCHIATRIE (SECTEUR CONVENTIONNE OU NON)	
■ Frais de soins et séjour	100 % de la BR
■ Dépassements d'honoraires	480 à 500 % de la BR
■ Chambre particulière	78 € par jour pendant 60 jours puis 25 € par jour
■ Séjour accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans	52 € par jour pendant 30 jours
■ Participation forfaitaire sur les actes lourds	Prise en charge
■ Forfait Hospitalier	100 % des Frais Réels
FORFAITS	
■ Maternité : - Frais de soins et séjour - Dépassements d'honoraires et chambre particulière	300 % de la BR Crédit d'1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité
■ Frais de Transport pris en charge par le régime de base	100 % des Frais Réels

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

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

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale au 1^{er} janvier de l'année

Actes de prévention :

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, l'Institution a choisi de prendre en charge les actes de prévention prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale figurant sur la liste prévue à cet effet par l'arrêté du 8 juin 2006.