



**CONVENTION COLLECTIVE DE TRAVAIL DU 12 JUILLET 1983  
CONCERNANT LES EXPLOITATIONS AGRICOLES DE LOT-ET-GARONNE**  
et  
**CONVENTION COLLECTIVE DE TRAVAIL DU 12 JUILLET 2000  
DES EXPLOITATIONS D'HORTICULTURE ET DE PEPINIERE  
DE LOT-ET-GARONNE**

**AVENANT N° 1 DU 31 OCTOBRE 2013  
A L'ACCORD DEPARTEMENTAL DU 06 NOVEMBRE 2009  
SUR LA MISE EN PLACE D'UN REGIME COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE  
AU PROFIT DES SALARIES AGRICOLES NON CADRES**

Les organisations professionnelles et syndicales ci-après :

KH  
B  
A-c

- La Fédération Départementale des Syndicats d'Exploitants Agricoles de Lot-et-Garonne,
- Le Syndicat Coordination Rurale de Lot-et-Garonne,
- Le Syndicat des Horticulteurs et Pépiniéristes 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,~~

d'une part,

Et :

CV  
P.h  
DS  
Dp

- ~~La Fédération Nationale Agroalimentaire et Forestière-Confédération Générale du Travail (FNAF-CGT), section Agriculture,~~
- Le Syndicat Général Agroalimentaire-Confédération Française Démocratique du Travail (SGA-CFDT) de Lot-et-Garonne,
- La Fédération Générale des Travailleurs de l'Agriculture-FO (FGTA-FO), section Agriculture,
- Le Syndicat National des Cadres d'exploitation agricole CFE-CGC du Lot-et-Garonne,
- Le Syndicat CFTC-Agri du Lot-et-Garonne,

d'autre part,

Ont convenu de ce qui suit :

**Préambule**

Dans le cadre de la mise en conformité de l'Accord départemental du 6 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 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 6 novembre 2009 est modifié comme suit.

Ⓟ A-c DS KH CV P.h - DP

## Article 1 : Champ d'application

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

« Le présent accord s'applique sur le département du Lot-et-Garonne aux :

- salariés agricoles relevant du présent accord, non affiliés à l'AGIRC et justifiant d'une ancienneté continue minimale de six mois,
- et aux employeurs des exploitations agricoles définies à l'article 1<sup>er</sup> (champ d'application professionnel) de la convention collective du 12 juillet 1983 concernant les exploitations agricoles du Lot-et-Garonne ainsi qu'aux employeurs des exploitations d'horticulture et de pépinière définies à l'article 1<sup>er</sup> de la convention collective du 12 juillet 2000 concernant les exploitations d'horticulture et de pépinière du Lot-et-Garonne. »

## Article 2 : Salariés bénéficiaires

- Salariés bénéficiaires

L'article 3 de l'accord « **Salariés bénéficiaires** » est modifié et remplacé comme suit en ses alinéas 1 et 2 :

« 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> paragraphe) sont modifiées en conséquence et concernent les salariés non affiliés à l'AGIRC et ayant moins de six mois d'ancienneté.

- 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 bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée au moins égale à douze mois, à condition de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties ;

- les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure à douze mois et ayant au moins six mois d'ancienneté continue, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;

- les salariés à temps partiel ou 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 ;

PJ A-c DS KH CN R.h. JB

- 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 ou à la demande du salarié.

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

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 choisis d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de l'employeur, leur adhésion au régime. L'affiliation prendra effet le 1<sup>er</sup> 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 » est exprimée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) et sera égale, pour l'exercice 2014 à :

- **1,06 % du PMSS**

Elle est répartie comme suit :

- 15 % à la charge de l'employeur, dans la limite de 5,50 €
- 85 % à la charge du salarié

PS A. C. DB KH W R. L. Df

Le salarié pourra affilier, facultativement ses ayants-droit afin de leur 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 :

- 2,23% du PMSS

Les cotisations correspondant aux garanties optionnelles des annexes B et C de l'accord sont inchangées.

Elles évoluent en fonction de l'équilibre du régime, de la consultation des partenaires sociaux et dans la limite de la progression de l'indice national de consommation médicale totale constaté au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année. »

- 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.»

PJ A-c DS KH CN R.L. - DP

#### 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 ayant-droits 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<sup>ème</sup> 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 Participant. »

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

« Les salariés bénéficient, à compter du 1<sup>er</sup> 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 ;
- 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 : Entrée en vigueur

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

PS A.C DS KH CN n.l. - DP

## Article 6 : 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 Agen, le 31 octobre 2013,

Ont signé :

Pour la F.D.S.E.A

Monsieur Henri KERLOC'H

  
Pour le Syndicat Départemental  
des Entrepreneurs de Travaux Agricoles,  
des Entreprises des Territoires

Monsieur Jacques VIDAL

Pour le Syndicat Coordination Rurale  
de Lot-et-Garonne

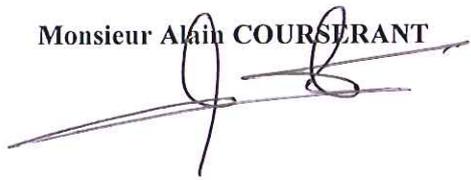
Monsieur Patrick JOUY

  
Pour la Fédération Départementale  
des CUMA

Monsieur Marc CHAPOLARD

Pour le Syndicat des Horticulteurs et  
Pépiniéristes

Monsieur Alain COURSERANT



Pour la FNAF - CGT, section agricole

Monsieur Michel BOYANCE

Pour S.G.A.-C.F.D.T.,

Monsieur Didier BORTOLIN / P.D. Claude VINCENT

Pour la F.G.T.A. - F.O.,

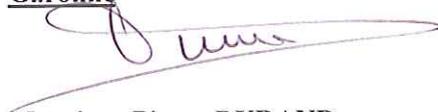
Monsieur René HESME

Pour le Syndicat National des Cadres  
d'exploitation agricole CFE - C.G.C. de Lot et  
Garonne

Monsieur Dominique SARION

Pour le Syndicat C.F.T.C -agri. de Lot et  
Garonne

Monsieur Pierre DURAND



## Annexe A – Tableau des Garanties Complémentaires Santé de base obligatoire

DESIGNATION DES ACTES	TOTAL REMBOURSEMENT MSA + CRIA
<b>FRAIS MEDICAUX</b>	
■ 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
<b>PHARMACIE</b>	
■ Pharmacie prise en charge par le régime de base	100 % de la BR
<b>FRAIS D'OPTIQUE</b>	
■ Verres, montures, lentilles, pris en charge par le régime de base	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 200 €
<b>FRAIS DENTAIRES</b>	
■ Soins et honoraires	170 % de la BR
■ Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base	250 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 300 €
■ Orthodontie prise en charge par le régime de base (Enfants de moins de 16 ans)	300 % de la BR
■ Orthodontie non prise en charge par le régime de base	200 € par an
<b>APPAREILLAGE</b>	
■ Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	100 % de la BR
■ Prothèses auditives	455 % de la BR
<b>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)</b>	
■ Frais de soins et séjour	100 % de la BR
■ Dépassements d'honoraires	230 à 250 % de la BR
■ Chambre particulière	25 € par jour
■ Participation forfaitaire sur les actes lourds	Prise en charge
■ Forfait Hospitalier	100 % des Frais Réels
<b>FORFAITS</b>	
■ 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<sup>er</sup> janvier de l'année

 A-C DS KH CW R.h - DP

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 Santé de base obligatoire + Option 1**

DESIGNATION DES ACTES	TOTAL REMBOURSEMENT MSA + CRIA
<b>FRAIS MEDICAUX</b>	
■ 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
<b>PHARMACIE</b>	
■ Pharmacie prise en charge par le régime de base	100 % de la BR
<b>FRAIS D'OPTIQUE</b>	
■ Verres, montures, lentilles, pris en charge par le régime de base	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 200 €
<b>FRAIS DENTAIRES</b>	
■ Soins et honoraires	300 % de la BR
■ Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base	250 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 300 €
■ Prothèses dentaires non prises en charge par le régime de base	215 € par an et par bénéficiaire
■ Orthodontie prise en charge par le régime de base (Enfants de moins de 16 ans)	300 % de la BR
■ Orthodontie non prise en charge par le régime de base	400 € par an
<b>APPAREILLAGE</b>	
■ Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	100 % de la BR
■ Prothèses auditives	455 % de la BR
<b>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)</b>	
■ Frais de soins et séjour	100 % de la BR
■ Dépassements d'honoraires	230 à 250 % de la BR
■ Chambre particulière	100 % des Frais Réels
■ Séjour Accompagnant	100 % des Frais Réels
■ Participation forfaitaire sur les actes lourds	Prise en charge
■ Forfait Hospitalier	100 % des Frais Réels

PJ A-c DS KH CW A.L. DP

FORFAITS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Maternité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frais de soins et séjour</li> <li>- Dépassements d'honoraires et chambre particulière</li> </ul> </li> </ul>	<p>100 % de la BR</p> <p><b>Crédit d'1/3 du PMSS par bénéficiaire et par maternité</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Frais de Transport pris en charge par le régime de base</li> </ul>	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<sup>er</sup> 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 Santé de base obligatoire + Option 2**

DESIGNATION DES ACTES	TOTAL REMBOURSEMENT MSA + CRIA
<b>FRAIS MEDICAUX</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Consultations, visites de médecin ou spécialiste</li> </ul>	200 % de la BR
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Auxiliaires Médicaux, soins infirmiers, massage, pédicure, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes :</li> </ul>	100 % de la BR
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Analyses, examens de laboratoire</li> </ul>	100 % de la BR
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Radiographie, électroradiologie</li> </ul>	100 % de la BR
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Participation forfaitaire sur les actes médicaux lourds</li> </ul>	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cures thermales prises en charge par le régime de base</li> </ul>	100 % de la BR
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vaccins prescrits</li> </ul>	40 € par an et par famille
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Actes de prévention responsables</li> </ul>	100 % de la BR
<b>PHARMACIE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pharmacie prise en charge par le régime de base</li> </ul>	100 % de la BR
<b>FRAIS D'OPTIQUE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Verres, montures, lentilles, pris en charge par le régime de base</li> </ul>	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Chirurgie corrections oculaires</li> </ul>	455 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €
<b>FRAIS DENTAIRES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Soins et honoraires</li> </ul>	300 % de la BR
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base</li> </ul>	210 % de la BR + forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prothèses dentaires non prises en charge par le régime de base</li> </ul>	350 € par an et par bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Parodontologie</li> </ul>	100 € par an et par bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Orthodontie prise en charge par le régime de base (Enfants de moins de 16 ans)</li> </ul>	300 % de la BR
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Orthodontie non prise en charge par le régime de base</li> </ul>	400 € par an

 A. C. D. B. K. H. C. W. R. L. - D. P.

APPAREILLAGE	
■ Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	300 % de la BR
■ Prothèses auditives	455 % de la BR + 200 € par an
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	100 % des Frais Réels
■ Séjour Accompagnant	100 % des Frais Réels
■ 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 % 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<sup>er</sup> 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.

PS Ae DS KH CW R.L. DP