ACCORD DU 25 JUIN 2021
RELATIF AU REGIME DE FRAIS DE SANTE DANS LES SCIERIES AGRICOLES, LES EXPLOITATIONS FORESTIERES, LE ROUISSAGE, TEILLAGE DU LIN

Entre les soussignés :

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles ci-après :

- La Fédération Nationale du Bois (FNB) ;
- L'Union Syndicale des Rouisseurs et Teilleurs de LIN (USRTL).

D'une part,

- La Fédération Générale Agroalimentaire CFDT ;
- La Fédération Nationale Agroalimentaire et Forestière CGT ;
- La Fédération Générale des Travailleurs de l'Agriculture, de l'Alimentation et des secteurs connexes FO ;
- La Fédération CFTC de l'Agriculture ;
- Le syndicat National des Cadres d'Entreprises Agricoles CFE/CGC.

D'autre part,

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux se sont accordés pour négocier le régime de remboursement de frais santé complémentaire collectif et obligatoire pour l'ensemble des salariés non-cadres des entreprises, scieries agricoles, exploitations forestières et le rouissage, teillage du lin et affiliés au régime Sécurité Sociale ou Agricole ou au régime local Alsace-Moselle.

En sus, le dispositif frais de santé complémentaire obligatoire est étendu aux salariés cadres ne relevant pas de la convention collective du 2 avril 1952, ayant pour activité principale le Rouissage, Teillage de Lin, le Peignage, l'Affinage, le Cardage ou une autre transformation agro-industrielle du Lin sur le Territoire National.

Dès lors, pour les entreprises entrant dans son champ d'application, les dispositions du présent accord viennent se substituer à toutes conventions ou accords antérieurs ayant le même objet.

Article 1 : Champ d'application

Le présent accord s'applique aux entreprises relevant des activités suivantes :

- aux salariés et employeurs des exploitations forestières (à l'exclusion des salariés des entrepreneurs de travaux forestiers et des propriétaires forestiers sylviculteurs) et des scieries agricoles ayant une activité définie à l'article L.722-3 du code rural, et ainsi référencés :

  Référence NAF / INSEE

Exploitations forestières	020 B / 0220Z
Scieries agricoles	201 A / 1610A et 1624Z

- aux salariés et employeurs ayant pour activité principale le Rouissage, Teillage de Lin, le Peignage, l'Affinage, le Cardage ou une autre transformation agro-industrielle du Lin sur le Territoire National. Le code NAF de ces entreprises est le 1310 Z.

Le présent accord s'applique sur l'ensemble du territoire métropolitain, ainsi que dans les départements et territoires d'Outre-Mer.

Ils concernent donc de façon identique les entreprises de moins de cinquante (50) salariés et de cinquante (50) salariés et plus, afin de garantir à l'ensemble des salariés de la branche une situation uniforme compte tenu de la structure et de la taille des entreprises des secteurs d'activités concernés.

Article 2 Bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés :

- relevant de l'accord national de retraite du 29 décembre 1993 (non affiliés à une caisse AGIRC),
- cadres ne relevant pas de la convention collective du 2 avril 1952, ayant pour activité principale le Rouissage, Teillage de Lin, le Peignage, l'Affinage, le Cardage ou une autre transformation agro-industrielle du Lin sur le Territoire National

bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée déterminée ou d'un contrat d'apprentissage et entrant dans le champ d'application de l'accord.

Les salariés ont toutefois la faculté de faire valoir l'un des cas de dispense dans les conditions définies à l'article 4.

Sont donc exclus du dispositif frais de santé :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952; Toutefois pour le Teillage du LIN, les cadres peuvent être affiliées au dispositif frais de santé de cet accord sauf disposition plus favorable.
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu ou d'un dispositif d'entreprise plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

Toutefois l'entreprise relevant de cet accord pourra, conformément aux dispositions de l'article L.911-1 du code de la Sécurité sociale, étendre facultativement ou obligatoirement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, aux ayants droit du salarié.

Article 3 Définition des ayants droits

Dans l'hypothèse où le système de garanties collectives frais de santé applicable à l'entreprise relevant de cet accord et institué ou modifié par l'un des actes juridiques mentionnés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale met en place une couverture facultative ou obligatoire au bénéfice des ayants droit du salarié, les définitions des ayants droit ci-dessous leur sont applicables :

- le conjoint : personne liée au bénéficiaire (1) par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle ;

- le cocontractant d'un Pacs (le "pacsé") : personne ayant conclu avec le bénéficiaire un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le bénéficiaire en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.
  La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagné impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;
- les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
- âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
- âgés de moins de 28 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime général ou à la Mutualité Sociale Agricole ou au régime local Alsace Moselle
- âgés de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé (AAH) (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du bénéficiaire nés "viables" moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire, à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

(1) Le bénéficiaire tel que défini à l'article 2 du présent accord.

Article 4 Cas de dispenses d'adhésion du dispositif frais de santé

Par exception aux dispositions de l'article 2 du présent accord et par application des règles relatives à la législation sociale (1) et fiscale, notamment l'article R. 242-1-6 du code de la Sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion au dispositif frais de santé pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

Cette possibilité de dispense d'adhésion concernera les salariés qui relèvent de l'une des situations définies ci-après et qui en font la demande expresse écrite auprès de l'employeur en apportant, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission :
    - d'une durée strictement supérieure à 3 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
    - d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.

- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires d'une complémentaire santé solidaire. Dans ce cas, la dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou de cette aide. Cette dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés-ci-après (voir l'arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :
    - dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
    - régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
    - régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;

- régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- contrats d'assurance de groupe dits "Madelin" ;
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

A défaut d'écrit et de justificatif, ou de renouvellement de ce dernier le cas échéant, adressé à l'employeur, les salariés seront obligatoirement affiliés au régime Frais de santé complémentaire collectif et obligatoire.

Dans tous les cas, les entreprises relevant de cet accord doivent être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Cette demande comporte la mention selon laquelle ledit salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

(1) Le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire (tel qu'il a été modifié, en dernier lieu, par décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014), la circulaire n° DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013 relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire, la lettre circulaire questions/réponses de l'ACOSS du 4 février 2014 et la lettre circulaire ACOSS du 12 août 2015.

Article 5 garanties et cotisations

La grille de garanties frais de santé résumant le niveau des garanties minimales, appelée « Base conventionnelle » joint en Annexe, devra être respectée garantie par garantie dans la mise en place obligatoire effectuée par les employeurs relevant de cet accord.

Les cotisations servant au financement du régime frais de santé sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale. Le plafond mensuel de la Sécurité sociale évoluera au 1er janvier de chaque année selon l'évolution de l'indice PMSS de l'année antérieure.

A titre informatif, les tableaux de garanties pour les régimes facultatifs sont joints en Annexe du présent accord.

Article 6 Contrat solidaire et responsable

Les garanties définies dans cet accord s'inscrivent dans le cadre de la législation et de la règlementation sociale et fiscale relatives aux « contrats responsables », définis aux articles L871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale et de la couverture minimale prévue aux articles L.911-7 et D.911-1 du Code de la sécurité sociale.

En aucun cas les termes du présent accord ne peuvent contrevenir aux règles des contrats « responsables ». En cas de contradictions, les règles du contrat « responsable » priment sur les présentes dispositions.

Article 7 bénéficiaires du régime local du Haut Rhin, Bas-Rhin et de la Moselle

Conformément aux dispositions de l'article R. 242-1-1 (5°) du code de la sécurité sociale et du 6° du I. – A de l'article 1er de la loi relative à la sécurisation de l'emploi, la couverture complémentaire frais de santé, en application du présent accord – ainsi que la cotisation qui la finance –, des salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime, sont adaptées compte tenu du niveau des garanties assuré par ce régime local.

Article 8 Maintien de garanties issu de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale et de l'article 4 de la loi Evin. – Cas de suspension du contrat de travail

8.1. Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

Article 8.1.1 Portabilité à titre gratuit

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale, les salariés des entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord et couverts collectivement par les garanties frais de santé bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture 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.

Article 8.1.2 Durée – limites

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 12 mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- à la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période du maintien de la couverture ;
- dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime d'assurance chômage (notamment en cas de radiation des listes de Pôle emploi) ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (sauf en cas de cumul chômage-retraite) ;
- en cas de décès de l'ancien salarié.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties, qui n'est pas prolongée d'autant.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires en application du dispositif frais de santé et prévoyance prévu par le présent accord aient été ouverts chez le dernier employeur.

Article 8.1.3 Garanties maintenues

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise. Quant aux garanties collectives concernées, il peut s'agir des garanties obligatoires ou facultatives, étant précisé que s'il s'agit de garanties facultatives prévues par l'un des actes mentionnés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, le salarié doit avoir demandé à en bénéficier avant la rupture de son contrat de travail pour que la portabilité soit assurée pour cette couverture optionnelle.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

L'ancien salarié bénéficie des mêmes droits qu'avant la rupture du contrat de travail, donc des mêmes niveaux de garanties.

La portabilité s'applique, dans les mêmes conditions, le cas échéant, aux ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail de l'intéressé (notamment dans le cadre des systèmes de garanties collectives plus favorables sur ce point, c'est-à-dire prévoyant l'extension de la couverture aux ayants droit du salarié).

Article 8.1.4 Formalités de déclaration

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur qui met en œuvre la couverture dont il bénéficiait, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent articles 8.1.1 à 8.1.3 en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après.

L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail du salarié et il informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail de celui-ci.

Pour bénéficier du maintien, l'ancien 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 lequel les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien de couverture, qui ne sera donc pas prolongée d'autant.

Article 8.1.5 Cotisations

Ce dispositif de maintien de couverture est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations ; ainsi, les anciens salariés bénéficient de la portabilité sans contrepartie de cotisation. Le coût lié à ce dispositif est intégré à la cotisation des salariés en activité.

8.2. Maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, peuvent bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien de la couverture prévue par le contrat, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- les anciens salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale, à condition d'avoir été affiliés au contrat en tant qu'actifs, et, le cas échéant, leurs ayants droit couverts, à condition d'avoir été affiliés au contrat en tant que tels, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu, et, le cas échéant, leurs ayants droit couverts, à conditions d'avoir été affiliés au contrat en tant que tels, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail ;

- les anciens salariés privés d'emploi, tant qu'ils ne retrouvent pas une activité professionnelle, bénéficiaires d'un revenu de remplacement, et, le cas échéant, leurs ayants droit couverts, à condition d'avoir été affiliés aux contrats en tant que tels, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le bénéfice du maintien des garanties prévu à l'article 8.1 ;
- les personnes garanties du chef du salarié décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès du salarié.

Une proposition de maintien des garanties est adressée par l'organisme assureur aux anciens salariés visés à l'article 4 de la loi Evin et, le cas échéant, aux personnes garanties du chef du salarié décédé, au plus tard dans un délai de 2 mois à compter de la date de cessation du contrat de travail, de la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité ou dans les 2 mois suivant le décès du salarié (à condition que l'entreprise ait informé l'organisme assureur en temps utile).
L'organisme assureur doit en conséquence être informé du décès ou de la cessation du contrat de travail par l'employeur, dans les meilleurs délais.

Le dépassement des délais ci-dessus mentionnés entraîne la forclusion définitive de la demande.
Sous réserve du respect des délais de formulation des demandes de maintien exposées ci-avant, les garanties prennent effet le lendemain de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat de travail ou du décès du participant.

La cotisation sera, au titre du maintien des garanties de l'article 4 de la loi Evin, intégralement à la charge de l'ancien salarié ou de l'ayant droit du salarié décédé.

Article 8.3. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

L'adhésion des salariés - y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant - à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les trois (3) premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- Le congé sans solde ;
- Le congé sabbatique ;
- Le congé parental d'éducation à plein temps ;
- Le congé pour création d'entreprise ;
- Le congé de solidarité internationale ;

- Le congé de solidarité familiale ;
- Le congé de formation ;
- Le congé d'enseignement ou de recherche.

Après cette période, lesdits salariés peuvent, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont ils relèvent à titre individuel à continuer de bénéficier de la garantie complémentaire santé sous réserve qu'ils s'acquittent seuls de l'intégralité de la cotisation au titre du contrat collectif concerné, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur.

Article 8.4. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

L'adhésion des salariés – y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant – à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par un dispositif de protection sociale complémentaire Prévoyance.

Si l'absence est inférieure à un (1) mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement aux mêmes conditions que les salariés en activité.

Article 9- Dispositif Versement santé

Objet :

Le dispositif versement santé permet à l'employeur de remplir son obligation de couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois et les salariés à temps partiel dont la durée effective de travail est inférieure ou égale à 15 heures par semaine (article D.911-7 du code de la Sécurité sociale).

Bénéficiaires :

Ce dispositif s'applique exclusivement aux salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois et les salariés à temps partiel dont la durée effective de travail est inférieure ou égale à 15 heures par semaine (article D.911-7 du code de la sécurité sociale).

Conditions :

Pour bénéficier du versement santé les salariés doivent justifier auprès de leur employeur du bénéfice d'une couverture individuelle par un contrat de complémentaire santé responsable tel que défini à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et portant sur la période concernée. Le salarié doit fournir à l'employeur un justificatif (attestation de l'organisme assureur, déclaration sur l'honneur...).
Le salarié ne peut pas cumuler le versement santé avec l'un des dispositifs suivants :

- la complémentaire santé solidaire ;
- une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit ;
- ou une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Modalités :

Le salarié concerné par ce dispositif doit être informé par l'employeur :

- de l'existence du dispositif versement santé ;
- des justificatifs à fournir et du délai de présentation à l'employeur.

Lors de la conclusion du contrat de travail, le salarié doit remettre à l'employeur l'attestation de l'adhésion à une complémentaire santé responsable.

A défaut d'attestation d'adhésion, le salarié doit remettre à l'employeur une copie de l'attestation de la carte de tiers payant santé (ou similaire) et s'engager à transmettre sous 21 jours (ou dans la limite de la date de fin du contrat de travail pour les contrats plus courts) l'attestation de l'assureur de l'adhésion à une complémentaire santé. Le salarié ne justifiant pas du bénéfice d'un contrat responsable ne pourra pas prétendre au versement santé.

Calcul du versement santé :

Lorsque les conditions du bénéfice du dispositif du versement santé sont remplies, l'employeur doit verser mensuellement au salarié une participation patronale visant à l'aider à financer sa complémentaire santé individuelle, le temps de la durée du contrat de travail à durée déterminée ou du contrat de mission ou du contrat à temps partiel dont la durée effective de travail est inférieure ou égale à 15 heures.

Les conditions et montants sont définis aux articles D. 911-6 et suivants du code la Sécurité sociale. En tout état de cause, en application de l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale, le montant de référence ne peut être inférieur à la valeur fixée par arrêté. Elle est à 17,84 € (ou 5,95 € pour le salarié relevant du régime local d'Alsace Moselle) en 2021.
Le montant de cette participation doit être proratisé selon le nombre d'heures mensuelles pour les salariés à temps partiel.

Ce versement santé payé par l'employeur, si le salarié justifie des éléments cités ci-dessus, bénéficie du régime social et fiscal attaché à la contribution de l'employeur respectant les conditions de l'article L. 242-1 alinéa 6 du code de la Sécurité sociale.

Article 10 – Financement du dispositif Frais de santé

Article 10-1 Dispositif frais de santé

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties du « socle minimum obligatoire » frais de santé définies par le présent accord – au titre du seul salarié – est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

- 50 % minimum à la charge de l'employeur ;
- 50 % maximum à la charge du salarié.

En tout état de cause, si le salarié souhaite étendre facultativement sa couverture frais de santé à ses ayants droit ou s'il souhaite souscrire des garanties facultatives optionnelles en complément de celles du « socle minimum obligatoire », il devra en assurer la totalité du financement.
En revanche, si l'employeur, dans le cadre des dispositions de l'acte juridique (défini à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale) instituant ou modifiant les garanties collectives applicables à ses salariés, choisit :

- d'étendre obligatoirement la couverture frais de santé aux ayants droit de ces derniers ;
- ou de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du « socle minimum obligatoire » ledit employeur pourra prendre en charge une partie de la cotisation relative à la couverture complémentaire optionnelle, selon des modalités qui lui permettent de bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation en vigueur

Article 10-2 Salarié à employeurs multiples

Conformément à l'article R 242-1-5 du code de la Sécurité sociale un salarié travaillant chez plusieurs employeurs, a l'obligation d'en informer chacun de ses employeurs. Cette information est nécessaire afin que chaque employeur puisse se conformer aux obligations légales ou conventionnelles.
En tout état de cause, il appartient au salarié de choisir sa couverture frais de santé chez l'un de ses employeurs aux conditions de respecter les modalités de dispense auprès du ou des autres employeurs.

Article 11 Mise en œuvre du principe de solidarité

Les entreprises relevant du présent accord devront, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel elles ont souscrit un contrat collectif d'assurance, s'assurer que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies aux articles 11.1 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1% de la cotisation Hors Taxes de la couverture frais de santé de la base conventionnelle obligatoire sera affectée au financement de ces mesures.

Article 11-1- Dispositifs de prévention et d'action sociale

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ci-après ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le salarié ou ses ayants droit le cas échéant, auprès de l'organisme chargé de la gestion de ces mesures.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité au titre du présent dispositif frais de santé, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, doivent comprendre une ou plusieurs des actions suivantes :

- Une action collective de prévention sur les troubles musculo-squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- Une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladie professionnelle dans les professions du présent accord ;
- Une action collective de prévention, pour les salariés seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle / retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- Un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités notamment en cas d'handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- Un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise en prenant en charge, via une prime annuelle de 150€ à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement pendant la durée du contrat ;
- Le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini aux articles 8.3. et 8.4.

Article 12 – Information des assurés

Les parties rappellent que les employeurs relevant de cet accord sont tenus de remettre à leurs salariés un exemplaire de la notice d'information qui leur sera transmise par l'organisme assureur – auprès duquel ils auront souscrit les garanties au titre du présent accord –, laquelle définit, notamment, lesdites garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir, les exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Leurs salariés seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

Article 13 Commission Paritaire de suivi de l'Accord

Afin d'assurer la parfaite sécurité juridique du dispositif de protection sociale complémentaire des salariés (compte tenu des possibles évolutions législatives ou réglementaires) et pour suivre l'application du présent accord, les signataires instituent une ''commission paritaire de suivi de l'accord''.

Cette commission exerce ses fonctions sous le contrôle et sous la direction de la commission paritaire nationale qui reste seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

Elle est composée de deux représentants et d'un suppléant désignés par chacune des organisations syndicales de salariés signataires du présent accord et d'autant de représentants désignés par les organisations professionnelles agricoles signataires.

Elle se réunira au moins deux fois par an en vue d'examiner, notamment, les aménagements à apporter aux dispositions du présent accord qui s'avéreraient nécessaires.

La partie la plus diligente assurera le secrétariat lié à la convocation des membres et invités et à toutes formalités résultant des travaux de ladite commission.

La commission paritaire de suivi de l'accord définira son fonctionnement dans le cadre d'un règlement intérieur le cas échéant. »

Article 14 – Dépôt et Extension

Les parties signataires demandent à la partie la plus diligente d'effectuer le dépôt auprès des services compétents du Ministère et au greffe du Conseil des Prud'hommes de Paris ainsi que les procédures de demande d'extension du présent accord.

Article 15 – Clause de sauvegarde

En cas de dispositions ultérieures de nature législative, réglementaire ou conventionnelle ayant une incidence sur le présent accord postérieure à sa date de signature, les partenaires sociaux signataires du présent texte conviennent de se réunir afin de procéder au réexamen de ces dispositions.

Article 16 – Durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.
Les dispositions du présent accord rentrent en vigueur à compter du 1er janvier 2022.

Article 17 – Adhésion

Toute organisation syndicale ou toute entreprise peut adhérer ultérieurement au présent accord dans les conditions et selon les modalités prévues à l'article L. 2261-3 du code du travail.

Article 18 – Révision et Dénonciation de l'accord

Article 18-1 – révision

Les dispositions du présent accord pourront être révisées conformément aux dispositions légales et conventionnelles.

Article 18- 2 Dénonciation de l'accord

Le présent accord pourra être dénoncé, par l'une ou l'autre des parties signataires, moyennant un préavis de 3 mois dans les conditions prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail.
En cas de dénonciation par la totalité des signataires employeurs ou des signataires salariés, la nouvelle négociation doit s'engager dans les 3 mois qui suivent la date de la dénonciation.

Fait à Paris, le 25 juin 2021

La Fédération Nationale du Bois (FNB) ;

L'Union Syndicale des Rouisseurs et Teilleurs de LIN (USRTL).

Pierre D'ARRAS

La Fédération Générale Agroalimentaire CFDT ;

Gaël DAVID

La Fédération Nationale Agroalimentaire et Forestière CGT ;

ODRAT Julien

La Fédération Générale des Travailleurs de l'Agriculture, de l'Alimentation et des secteurs connexes FO ; Patricio PREVOT

La Fédération CFTC de l'Agriculture ;

CHIVORET Joël

Le syndicat National des Cadres d'Entreprises Agricoles CFE/CGC.

Guillaume GERARD

JD

Annexe Base conventionnelle obligatoire – Option 1 et Option 2 (1/3)

Les niveaux de remboursements définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale ou MSA (ainsi que celles versées par le régime complémentaire de BASE CONVENTIONNELLE s'agissant des OPTIONS 1 et 2), dans la limite des frais réellement engagés.

Nature des Garanties	Sécurité sociale/ MSA Régime Général	ACCORD NATIONAL BOIS / LIN BASE CONVENTIONNELLE TOTAL (y compris les prestations de la Ss ou MSA)	ACCORD NATIONAL BOIS / LIN OPTION 1 TOTAL (y compris les prestations de la Ss ou MSA)	ACCORD NATIONAL BOIS / LIN OPTION 2 TOTAL (y compris les prestations de la Ss ou MSA)
ACTES MEDICAUX				
Consultation / Visite Généraliste (DPTAM) [1]	70% BR	130% BR	150% BR	200% BR
Consultation / Visite Généraliste (non DPTAM) [1]	70% BR	100% BR	130% BR	180% BR
Consultation / Visite Spécialiste (DPTAM) [1]	70% BR	130% BR	150% BR	200% BR
Consultation / Visite Spécialiste (non DPTAM) [1]	70% BR	100% BR	130% BR	180% BR
Actes Techniques Médicaux et Chirurgie (DPTAM) [1]	70% BR	100% BR	130% BR	150% BR
Actes Techniques Médicaux et Chirurgie (non DPTAM) [1]	70% BR	100% BR	100% BR	130% BR
Actes d'Imagerie Médicale et Echographie (DPTAM) [1]	70% BR	100% BR	125% BR	150% BR
Actes d'Imagerie Médicale et Echographie (non DPTAM) [1]	70% BR	100% BR	100% BR	130% BR
Sage femme	70% BR	130% BR	130% BR	130% BR
Auxiliaires médicaux	60% BR	110% BR	120% BR	150% BR
Analyses et Examens Biologie	60% BR	120% BR	120% BR	120% BR
Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Sophrologie	néant	30 € /4 séances	40€/ 4 séances	50€/ 4 séances
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE, MATERNITE [2]				
Frais de séjour	80% BR / 100% BR	150% BR	150 % BR	150 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux (DPTAM) [1]	80% BR / 100% BR	250% BR	250 % BR	250 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux (non DPTAM) [1]	80% BR / 100% BR	200% BR	200% BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier [3]	Néant	100% FR	100% FR	100 % FR
Chambre particulière	Néant	25 € par jour	40€ par jour	60€ par jour
Frais accompagnant [4]	Néant	30 € par jour	30 € par jour	30 € par jour
Forfait acte lourd	Néant	24 €	24 €	24 €
PHARMACIE				
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) majeur	65% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments à SMR modéré	30% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments à SMR faible	15% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prescriptions non Prises en charge & Homéopathie / Phytothérapie [5]	néant	20 €/an	30 €/an	30 €/an
DENTAIRE				
Soins	70% BR	100% BR	125% BR	175% BR
Inlays Onlays prise en charge S.s	70% BR	125 € / acte	175 € / acte	225 € / acte
Prothèses 100 % SANTE [6]		Remboursement Intégral	Remboursement Intégral	Remboursement Intégral
Prothèses à Tarifs maîtrisés [7] / libres :				
Couronne transitoire	70% BR	60 €/acte	60 €/acte	60 €/acte
Prothèse fixe prise en charge par la S.s. [8]	70% BR	total de 188 % BR + 350 € / an	total de 188% BR + 400 € / an	total de 188 % BR + 400 € / an
Prothèse amovible/bridge [8] prise en charge par la S.s.	70% BR	total de 210% BR + 350 € / an	total de 210% BR + 400 € / an	total de 360% BR + 400 € / an
Inlay-Core prise en charge S.s [8]	70% BR	total de 210% BR + 350 € / an	total de 210% BR + 400 € / an	total de 360% BR + 400 € / an
Orthodontie prise en charge par la S.s.	100% BR	160% BR	250% BR	425% BR
Orthodontie non prise en charge par la S.s.	Néant	-	200 % BR	300 % BR
Parodontologie prise en charge par la Ss	70% BR	100% BR	100% BR	100 % BR
Implantologie (dent de devant, IMP) [9]	Néant	300€ par dent	400 € par dent	500 € par dent
Implantologie (dent du fond, IMP) [9]	Néant	250€ par dent	400 € par dent	500 € par dent
AUTRES PRESCRIPTIONS				
Orthopédie	60% BR	100%BR	100%BR	100 % BR
Prothèses médicales et appareillage	60% BR	100% BR	100% BR	100 % BR
Frais de Transport	65% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Cure thermale(y/c forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65% BR	65% BR à 70% BR	65% BR à 70% BR	65% BR à 70% BR
Actes de prévention [10]		100% BR	100% BR	100% BR
Sevrage tabagique (substituts nicotiniques) [11]		150€ / an / bénéficiaire	150€ / an / bénéficiaire	150€ / an / bénéficiaire
AIDES AUDITIVES [12]				
Equipement 100 % SANTE - CLASSE I		Remboursement Intégral	Remboursement Intégral	Remboursement Intégral
Equipement CLASSE II - par Audioprothèse	60% BR	1600 € jusqu'à 20 ans 560 € 21 ans et +	1700 € jusqu'à 20 ans 760 € 21 ans et +	1700 € jusqu'à 20 ans 1110 € 21 ans et +
Réparation en entretien [13]		100% BR	100% BR	100% BR
OPTIQUE [14]				
Equipement 100 % SANTE - CLASSE A [15]		Remboursement Intégral	Remboursement Intégral	Remboursement Intégral
Monture adulte - CLASSE B [16]	60% BR	100 €	100 €	100 €
Monture enfant - CLASSE B [16]	60% BR	100 €	100 €	100 €
2 verres simples - CLASSE B [16]	60% BR	240 €	300 €	300 €
2 verres complexes - CLASSE B [16]	60% BR	350 €	350 €	500 €
2 verres très complexes - CLASSE B [16]	60% BR	350 €	375 €	600 €
lentilles acceptées par la Sécurité sociale	60% BR	455% BR + 300€	455% BR + 300€	455% BR + 300€
Autres prestations sur verres et montures : filtres, prisme et adaptation de la prescription [17]		100% BR	100% BR	100% BR
MATERNITE				
Maternité (dans la limite des frais engagés et sur production de factures)	100% BR	1/3 PMSS	1/3 PMSS	1/3 PMSS

Annexe Base conventionnelle obligatoire – Option 1 et Option 2 (2/3)

Nature des Garanties	Sécurité sociale/ MSA Régime Alsace-Moselle	ACCORD NATIONAL BOIS / LIN BASE CONVENTIONNELLE TOTAL (y compris les prestations de la Ss ou MSA)	ACCORD NATIONAL BOIS / LIN OPTION 1 TOTAL (y compris les prestations de la Ss ou MSA)	ACCORD NATIONAL BOIS / LIN OPTION 2 TOTAL (y compris les prestations de la Ss ou MSA)
ACTES MEDICAUX				
Consultation / Visite Généraliste (DPTAM) [1]	90% BR	130% BR	150% BR	200% BR
Consultation / Visite Généraliste (non DPTAM) [1]	90% BR	100% BR	130% BR	180% BR
Consultation / Visite Spécialiste (DPTAM) [1]	90% BR	130% BR	150% BR	200% BR
Consultation / Visite Spécialiste (non DPTAM) [1]	90% BR	100% BR	130% BR	180% BR
Actes Techniques Médicaux et Chirurgie (DPTAM) [1]	90% BR	100% BR	130% BR	150% BR
Actes Techniques Médicaux et Chirurgie (non DPTAM) [1]	90% BR	100% BR	100% BR	130% BR
Actes d'Imagerie Médicale et Echographie (DPTAM) [1]	90% BR	100% BR	125% BR	150% BR
Actes d'Imagerie Médicale et Echographie (non DPTAM) [1]	90% BR	100% BR	100% BR	130% BR
Sage femme	90% BR	130% BR	130% BR	130% BR
Auxiliaires médicaux	90% BR	110% BR	120% BR	150% BR
Analyses et Examens Biologie	90% BR	120% BR	120% BR	120% BR
Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Sophrologie	néant	30 € /4 séances	40€/ 4 séances	50€/ 4 séances
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE, MATERNITE [2]				
Frais de séjour	100% BR	150% BR	150 % BR	150 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux (DPTAM) [1]	100% BR	250% BR	250 % BR	250 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux (non DPTAM) [1]	100% BR	200% BR	200% BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier [3]	20€/15 €	100% FR	100% FR	100 % FR
Chambre particulière	Néant	25 € par jour	40€ par jour	60€ par jour
Frais accompagnant [4]	Néant	30 € par jour	30 € par jour	30 € par jour
Forfait acte lourd	24 €	24 €	24 €	24 €
PHARMACIE				
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) majeur	90% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments à SMR modéré	80% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments à SMR faible	15% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prescriptions non Prises en charge & Homéopathie / Phytothérapie [5]	néant	20 €/an	30 €/an	30 €/an
DENTAIRE				
Soins	90% BR	100% BR	125% BR	175% BR
Inlays Onlays prise en charge S.s	90% BR	125 € / acte	175 € / acte	225 € / acte
Prothèses 100 % SANTE [6]		Remboursement Intégral	Remboursement Intégral	Remboursement Intégral
Prothèses à Tarifs maitrisés [7] / libres :				
Couronne transitoire	90% BR	60 €/acte	60 €/acte	60 €/acte
Prothèse fixe prise en charge par la S.s. [8]	90% BR	total de 188 % BR + 350 € / an	total de 188% BR + 400 € / an	total de 188 % BR + 400 € / an
Prothèse amovible/bridge [8] prise en charge par la S.s.	90% BR	total de 210% BR + 350 € / an	total de 210% BR + 400 € / an	total de 360% BR + 400 € / an
Inlay-Core prise en charge S.s [8]	90% BR	total de 210% BR + 350 € / an	total de 210% BR + 400 € / an	total de 360% BR + 400 € / an
Orthodontie prise en charge par la S.s.	100% BR	160% BR	250% BR	425% BR
Orthodontie non prise en charge par la S.s.	Néant	-	200 % BR	300 % BR
Parodontologie prise en charge par la Ss	90% BR	100% BR	100% BR	100 % BR
Implantologie (dent de devant, IMP) [9]	Néant	300€ par dent	400 € par dent	500 € par dent
Implantologie (dent du fond, IMP) [9]	Néant	250€ par dent	400 € par dent	500 € par dent
AUTRES PRESCRIPTIONS				
Orthopédie	90% BR	100%BR	100%BR	100 % BR
Prothèses médicales et appareillage	90% BR	100% BR	100% BR	100 % BR
Frais de Transport	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Cure thermale(y/c forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65 %/90% BR	65% BR à 90% BR	65% BR à 90% BR	65% BR à 90% BR
Actes de prévention [10]		100% BR	100% BR	100% BR
Sevrage tabagique (substituts nicotiniques) [11]		150€ / an / bénéficiaire	150€ / an / bénéficiaire	150€ / an / bénéficiaire
AIDES AUDITIVES [12]				
Equipement 100 % SANTE - CLASSE I		Remboursement Intégral	Remboursement Intégral	Remboursement Intégral
Equipement CLASSE II - par Audioprothèse	90% BR	1600 € jusqu'à 20 ans 560 € 21 ans et +	1700 € jusqu'à 20 ans 760 € 21 ans et +	1700 € jusqu'à 20 ans 1110 € 21 ans et +
Réparation en entretien [13]		100% BR	100% BR	100% BR
OPTIQUE [14]				
Equipement 100 % SANTE - CLASSE A [15]		Remboursement Intégral	Remboursement Intégral	Remboursement Intégral
Monture adulte - CLASSE B [16]	90% BR	100 €	100 €	100 €
Monture enfant - CLASSE B [16]	90% BR	100 €	100 €	100 €
2 verres simples - CLASSE B [16]	90% BR	240 €	300 €	300 €
2 verres complexes - CLASSE B [16]	90% BR	350 €	350 €	500 €
2 verres très complexes - CLASSE B [16]	90% BR	350 €	375 €	600 €
lentilles acceptées par la Sécurité sociale	90% BR	455% BR + 300€	455% BR + 300€	455% BR + 300€
Autres prestations sur verres et montures : filtres, prisme et adaptation de la prescription [17]		100% BR	100% BR	100% BR
MATERNITE				
Maternité (dans la limite des frais engagés et sur production de factures)	100% BR	1/3 PMSS	1/3 PMSS	1/3 PMSS

Annexe Base conventionnelle obligatoire – Option 1 et Option 2 (3/3)

ABREVIATIONS

SS : Sécurité Sociale - MSA : Mutualité Sociale Agricole

BR : Base de Remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire

DPTAM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM/OPTAM-CO (OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique)

€ : Euro

FR : Frais Réels engagés

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

LEGENDE :

(1) Médecin signataire ou non signataire du Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

(2) Sont pris en compte les remboursements liés aux hospitalisations médicales, chirurgicales, obstétriques, psychiatriques et ambulatoires. Ne sont pas pris en compte les remboursements liés aux longs séjours suivants : les longs séjours en maison de cure médicale et de retraite pour personnes âgées.

(3) Forfait journalier hospitalier : durée illimitée. MAS et EPHAD non pris en charge.

(4) Dans le cadre d'une hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans.

(5) Prise en charge sous conditions de fournir la prescription et la facture

(6) Prothèses relevant du 100 % Santé sans reste à charge : couronne et bridge métalliques (toutes dents), couronne céramique zircone (dents hors molaires), couronne céramométallique et céramique - hors zircone - (incisives, canines et 1ères prémolaires), bridge céramométallique (incisives), couronne mobile. Leurs prix sont encadrés par des Prix Limites de Vente (PLV).

(7) Les prix des prothèses à tarifs maitrisés sont plafonnés aux Prix Limites de Vente fixés règlementairement.

(8) : 1 seul forfait par an 350 €/400 € selon le régime, cumulé sur l'ensemble des postes prothèses dentaires

(9) Limite de deux implants au global par an. Sont considérées comme dents de devant : les incisives, les canines, les prémolaires. Sont considérées dents du fond : les premières, deuxièmes et troisièmes molaires.

(10) Actes de prévention : tous les actes de prévention (Cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du contrat (pour information à la date du 18/11/2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).

(11) Substituts nicotiniques (patchs, gommes à mâcher ou produits pharmaceutiques remboursables par la Sécurité sociale, consultations d'acupuncture, auriculothérapie, hypnose).

(12) dans la limite d'un appareil par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'appareil précédent (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment). S'agissant de l'Équipement libre (Classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans tous les cas dans la limite du plafond de remboursement prévu par la règlementation en vigueur du « contrat responsable » (soit 1 700 € RSS inclus au 01.01.2021).

(13) entretien (y compris le changement des piles), réglages, réparation prothèses auditives réalisés par l'audioprothésiste : 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

(14)Forfait versé dans la limite d'une paire de lunettes tous les 24 mois à partir de la date d'achat ou tous les 12 mois en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Panachage des verres et monture : un Équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des Classes (A ou B) différentes.

(15) Équipement relevant du 100 % Santé (verres et monture de classe A) sans reste à charge : les montures de classe A doivent respecter les normes européennes avec un prix inférieur ou égal à 30€. Les verres de classe A doivent répondre à des critères fixés réglementairement : verres traitant l'ensemble des troubles visuels, amincis en fonction du trouble, durcis pour éviter les rayures, traités anti-reflets. Leurs prix sont encadrés par des Prix Limites de Vente (PLV).

(16) Équipement à tarif libre (verres et monture de classe B) : le professionnel de santé est libre de fixer les prix de ces équipements.

(17) Suppléments et prestations optiques (adaptation de la correction visuelle, appairage de verres d'indice de réfraction différents, supplément pour verres avec filtre), autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques) remboursés par la SS : prise en charge dans la limite du Prix Limite de Vente pour la classe A (ou prise en charge à 100% BR lorsqu'il n'existe pas de PLV) et à 100% BR dans le cadre des verres de la classe B.