

Convention Collective du Golf du 13 juillet 1998

Avenant n° 53 du 22 juin 2010 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé obligatoire

Préambule

Par le biais du présent avenant, les partenaires sociaux de la branche d'activité du Golf ont souhaité mettre en place un régime national de protection sociale complémentaire.

Les partenaires sociaux de la branche d'activité concernée entendent ainsi :

- Mutualiser les risques au niveau professionnel, ce qui, d'une part, permet de pallier les difficultés rencontrées par certaines entreprises de la profession, généralement de petites tailles, lors de la mise en place d'une protection sociale complémentaire, et, d'autre part, garantir l'accès aux garanties collectives, sans considération, notamment, de l'âge ou de l'état de santé,
- Permettre à l'ensemble des salariés du secteur de bénéficier d'une couverture santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable ;
- Favoriser la fidélisation des salariés et renforcer l'attractivité de la branche ;
- Conserver la maîtrise du régime au niveau national.

Article 1^{er} :

Le présent avenant constituera le nouvel article 11.3 de la convention collective nationale du golf du 13 juillet 1998.

Article 11.3. Complémentaire frais de santé pour les salariés cadres et non cadres

Article 11.3.1 - Champ d'application

11.3.1.1 : Entreprises

Sont concernées par le présent avenant toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale du golf du 13 juillet 1998 tel que défini en son article 1.1.

11.3.1.2 : Salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent avenant s'appliquent à tous les salariés cadres et non-cadres:

- ayant trois mois d'ancienneté et plus dans l'entreprise,
- et relevant du champ d'application du présent avenant.

Toutefois, le régime mis en place dans le cadre de la Convention collective précitée ne s'applique pas aux salariés cadres relevant de la Convention collective nationale de prévoyance des ingénieurs et cadres d'entreprises agricoles du 2 avril 1952.

Pour les dispositions du présent avenant la condition d'ancienneté est réputée acquise au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert trois mois d'ancienneté.

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

- Salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi ;
- Salariés à temps partiel pour lesquels le montant de cotisation à leur charge représenterait 10% ou plus de leur rémunération ;
- Salariés bénéficiaires de la CMU-C ainsi que ceux bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L 863-1 du Code de la Sécurité Sociale ;
- Salariés bénéficiant déjà, au jour de l'entrée en vigueur du régime mis en place par le présent avenant, en qualité d'ayant-droit de leur conjoint, d'une couverture complémentaire santé collective obligatoire, pour un niveau de prestations au moins équivalentes.

Dans le cas d'un salarié employé par plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent avenant, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme désigné.

Il s'agit du premier employeur auprès duquel le salarié acquiert la condition d'ancienneté requise pour bénéficier du régime, sauf accord écrit entre les employeurs et le salarié concernés.

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

Au jour de l'entrée en vigueur du présent avenant les salariés concernés doivent faire leur demande d'exclusion par écrit adressée à l'employeur avant la fin du premier mois d'application de l'avenant, en joignant les justificatifs de leur situation.

Après l'entrée en vigueur de l'avenant, la demande d'exclusion doit être faite par écrit à l'employeur au plus tard avant la fin du premier mois qui suit celui de l'obtention de la condition de trois mois d'ancienneté.

Si le salarié ne remplit plus les conditions d'adhésion facultative il doit en informer l'employeur.

La dispense prend fin en cas de modification de la situation du salarié ne lui permettant plus d'en justifier les conditions, en cas de non renouvellement annuel des justificatifs ou à sa demande ; il doit alors obligatoirement cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant.

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

S'agissant des salariés ne remplissant pas la condition d'ancienneté permettant d'accéder au régime mis en place par le présent avenant, les partenaires sociaux ont souhaité qu'ils puissent accéder à un régime à adhésion volontaire offrant des prestations identiques à un taux de cotisation identique*.

Ce régime est ouvert auprès du même organisme que celui désigné pour le régime obligatoire, il est défini dans la convention de gestion liant cet organisme aux partenaires sociaux. La cotisation qui en résulte est entièrement à la charge du salarié qui en assure le paiement mensuellement auprès de son employeur, à charge pour ce dernier d'en assurer le reversement à l'apéristeur conformément aux modalités de paiement de l'ensemble des cotisations défini à l'article 11.3.5.2 ci-après.

* Cette garantie de taux ne vaut toutefois qu'à la date d'entrée en vigueur du régime ; par la suite, la cotisation correspondant au régime facultatif pourra en effet évoluer différemment de celle correspondant au

régime obligatoire si les résultats financiers de chacun des régimes le justifient, sauf le cas d'une consolidation des résultats de ces deux régimes décidée par les partenaires sociaux.

Article 11.3.2 - Garanties

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul.

L'employeur peut également mettre en place une complémentaire santé familiale obligatoire couvrant le salarié et ses ayants-droit.

Si l'employeur décide de ne pas mettre en place de complémentaire santé familiale obligatoire, le salarié peut opter pour une complémentaire santé familiale facultative.

Sont considérés comme ayants-droit du salarié :

- Le conjoint, concubin ou cosignataire du PACS sur présentation de justificatifs.
- Les enfants âgés de moins de 18 ans, non salariés et les enfants, âgés de moins de 28 ans qui justifient:
 - de la poursuite d'études,
 - d'un contrat d'apprentissage, d'une formation en alternance,
 - de leur première inscription en tant que demandeur d'emploi non indemnisé au titre de la réglementation en vigueur.
- Les personnes vivant sous le toit de l'assuré et à sa charge au sens fiscal du terme sur présentation d'un justificatif (ascendants, descendants et collatéraux), sauf refus exprès du représentant légal.
- Tout autre ayant droit reconnu par un régime obligatoire de base.

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

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

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

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

La nature et le montant des prestations du régime conventionnel sont présentés dans le tableau annexé à l'avenant.

Article 11.3.3 - Gestion du régime

Pour assurer la gestion du régime complémentaire obligatoire frais de santé défini dans le présent avenant et la mutualisation entre les salariés et les employeurs, les organisations signataires sont convenues, après avoir procédé à un appel d'offres, de désigner la CCMO Mutuelle, mutuelle soumise au Livre II du code de la mutualité, n°780508073, dont le siège social est fixé 6, avenue du Beauvaisis, PAE du Haut Villé – BP 50993, 60014 BEAUVAIS CEDEX, en co-assurance avec la CCPMA PREVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, sise 21, rue de la Bienfaisance – 75008 PARIS (50% CCMO et 50% CCPMA PREVOYANCE).

CCMO Mutuelle est l'apériteur et le gestionnaire du régime. La relation entre CCMO Mutuelle et CCPMA PREVOYANCE est celle prévue dans les accords généraux signés entre ces deux organismes, savoir : CCMO Mutuelle est apériteur à hauteur de 50% du risque et réassuré à 100% par CCPMA PREVOYANCE, qui porte donc entièrement le risque et assure à ce titre la relation avec les partenaires sociaux, assisté de CCMO Mutuelle.

Les modalités et conditions de gestion sont définies dans la convention de gestion conclue entre les organismes assureurs et les partenaires sociaux signataires.

Article 11.3.4- Antériorité des régimes d'assurance complémentaire santé d'entreprise

Les entreprises disposant déjà d'un régime obligatoire complémentaire frais de santé au jour de la signature du présent avenant, comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 11.3.2 pour un niveau de prestations supérieures, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties et ne pas rejoindre l'organisme désigné dans le présent avenant.

Par niveau de prestations supérieures, il faut entendre des garanties supérieures pour chaque ligne de prestations et non sur une seule d'entre elles. En outre, les garanties en place doivent s'adresser à la même population que celle définie aux articles 11.3.1.2 et 11.3.6.

En revanche, les entreprises ayant mis en place, préalablement à la signature du présent avenant, un régime obligatoire complémentaire frais de santé de niveau égal ou inférieur aux garanties définies à l'article 11.3.2, doivent le résilier de manière à rejoindre le régime conventionnel national au plus tard le 1^{er} janvier de l'année suivant la date de signature du présent avenant.

Article 11.3.5 - Cotisations et prestations

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 avenant. Les cotisations pourront être revues sans délai en cas de changement de ces textes, après consultation des signataires de l'avenant.

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

11.3.5.1 Taux de cotisations et répartition

- Salarié seul

Le taux global d'appel des cotisations mensuelles destinées au financement des prestations définies à l'article 11.3.2, couvrant le salarié seul à titre obligatoire, est de **1,26 %**. Ce taux est défini en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et réparti comme suit :

- 40 % à la charge de l'employeur, soit un taux de **0.50 %** du PMSS;
- 60 % à la charge du salarié, soit un taux de **0.76 %** du PMSS.

- Famille (salarié et ses ayants-droit) obligatoire

Le taux global d'appel des cotisations mensuelles destinées au financement des prestations définies à l'article 11.3.2, couvrant le salarié et sa famille (conjoint et enfants) à titre obligatoire est de **3,30 %**. Ce taux est défini en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et réparti comme suit :

- 40 % à la charge de l'employeur, soit un taux de **1.32 %** (PMSS);
- 60 % à la charge du salarié, soit un taux de **1.98 %** (PMSS).

Les taux ci-dessus sont applicables pour l'exercice 2011 dans le cadre de la réglementation applicable au 1^{er} janvier 2010.

- Famille (salarié et ses ayants-droit) facultatif

Le taux global d'appel des cotisations mensuelles destinées au financement des prestations définies à l'article 11.3.2, couvrant le salarié et sa famille (conjoint et enfants) à titre facultatif, est de **3,30 %**. Ce taux est défini en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et réparti comme suit :

- 40 % à la charge de l'employeur, sur la base du taux salarié seul, soit un taux de **0.50 %** (PMSS);
- 60 % à la charge du salarié, soit un taux de **2.80%** (PMSS) se décomposant comme suit :
 - **0,76%** du PMSS sur la base du taux salarié seul,
 - majoré de la différence entre le taux famille et le taux salarié seul, soit **2,04%** (3.30 – 1.26).

Les taux ci-dessus sont applicables pour l'exercice 2011 dans le cadre de la réglementation applicable au 1^{er} janvier 2010.

Cette répartition de la cotisation peut être négociée dans le cadre d'un accord d'entreprise mais, en tout état de cause, la participation de l'employeur ne pourra jamais être inférieure aux taux prévus ci-dessus.

11.3.5.2 Appel et recouvrement des cotisations

L'appel et le recouvrement des cotisations sont confiés à la CCMO Mutuelle, qui en délèguera la charge à la CCPMA PREVOYANCE, de façon à ce qu'un seul appel soit effectué auprès des entreprises tant pour la garantie prévoyance que frais de santé.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu.

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

11.3.5.3 Règlement des prestations

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

Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans la convention de gestion et la notice d'information remise aux employeurs et aux salariés.

11.3.5.4 Suspension du contrat de travail

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

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

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues par le présent avenant peuvent continuer à être accordées, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande expresse et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante directement auprès de l'apériteur par prélèvement bancaire uniquement, après notification de son employeur. A défaut de règlement par le salarié, le maintien des garanties sera suspendu de plein droit par l'apériteur.

En cas de suspension du contrat de travail indemnisée, le bénéfice des garanties complémentaires frais de santé est maintenu; les cotisations correspondantes continuant à être versées par l'employeur et le salarié normalement, à charge pour l'employeur d'en assurer le reversement complet à l'apériteur.

Article 11.3.6 - Cessation des garanties

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

11.3.6.1 Possibilité de maintien des droits pendant un délai maximum de 9 mois (Portabilité des droits – article 14 de l’ANI du 11 janvier 2008)

Le salarié dont le contrat de travail a été rompu (hors cas de licenciement pour faute lourde), gardera, dans le cadre du dispositif instauré par l’article 14 de l’Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008, le bénéfice des garanties des couvertures complémentaires santé appliquées dans son ancienne entreprise, sous réserve de remplir les conditions suivantes :

- avoir été affilié au présent régime avant la rupture de son contrat de travail ;
- ne pas avoir renoncé expressément au droit à portabilité dans le délai de dix jours suivant la date de rupture de son contrat de travail ;
- être pris en charge par Pôle Emploi.

Les ayants droit du salarié couverts par le présent régime au moment de la rupture du contrat de travail bénéficient également de ce maintien.

Le maintien s’applique dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail. Il est accordé pour une durée égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite de 9 mois de couverture.

Le salarié dont le contrat de travail est rompu s’engage à fournir à son employeur :

- le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d’assurance chômage.
- mensuellement, l’attestation de paiement des allocations du régime d’assurance chômage.

La non présentation des justificatifs listés ci-avant entraîne la perte des garanties pour la période restant à courir.

Le maintien des garanties ci-avant défini cessera :

- au terme de la durée prévue du maintien ;
- à la date à laquelle cesse le versement des allocations chômage (retraite, reprise d’activité etc.) ;
- à la date de reprise d’une activité professionnelle par l’ancien salarié ;
- à la date d’effet de la résiliation du contrat collectif ;
- en cas de révision ou de dénonciation du présent régime par l’une des parties.

Dans le cadre de la mutualisation du risque voulue par les partenaires sociaux, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif mis en place par l’ANI du 11 janvier 2008 et leurs ayants-droit le cas échéant, bénéficieront gratuitement de leur couverture frais de santé ; la cotisation des actifs (employeur et salariés) intégrant ce financement.

11.3.6.2 Possibilité de souscription volontaire du salarié (Loi Evin)

Conformément aux dispositions de l’article 4 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989, les salariés pouvant souscrire, à titre individuel, une garantie complémentaire frais de santé auprès de l’apériteur, dans les conditions prévues audit article, sont :

- les salariés bénéficiaires d'une pension de retraite,
- les salariés s'ils sont privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- les salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité,

ainsi que leurs ayants-droit tels que définis par les statuts de la CCMO Mutuelle.

Dans tous les cas, ce maintien est accordé dans le cadre d'une affiliation individuelle facultative proposée par la CCMO Mutuelle. Les tarifs applicables à ces anciens salariés sont plafonnés à 150% des tarifs prévus au présent avenant.

Si la durée de la portabilité des droits de l'ancien salarié est inférieure ou égale à 6 mois et s'il souhaite bénéficier du maintien de ses garanties Frais de santé, à titre individuel, en application de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989, il adressera sa demande à CCMO Mutuelle.

Si la durée de la portabilité de ses droits est comprise entre 6 et 9 mois (durée maximum), le délai de 6 mois pour manifester sa volonté prévu par l'article 4 précité sera reporté au terme du maintien de garanties dont l'ancien salarié bénéficiait dans le cadre de l'article 14 de l'ANI.

Article 11.3.7- Clause de réexamen

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

En cas de dénonciation du présent avenant, l'organisme assureur concerné maintiendra les prestations en cours de service à la date d'effet de la dénonciation.

Article 11.3.8 -Accord de gestion spécifique et suivi du régime

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

Les organisations professionnelles signataires se réuniront* par ailleurs une fois par an au moins avec les représentants de l'organisme désigné, afin notamment :

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

** Soit dans le cadre d'une réunion de la commission mixte, soit dans le cadre d'un groupe paritaire réunissant au moins deux représentants employeurs et deux représentants d'organisations syndicales distinctes et chargé de rendre compte à la commission mixte.*

Article 2 :

Le présent avenant entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

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

Le régime établi par le présent avenant ne se cumule pas avec tout autre régime ayant le même objet.

Article 3 :

Les partenaires sociaux signataires s'engagent à déposer le texte du présent avenant à la Direction des relations du travail ainsi qu'au secrétariat du Greffe du Conseil de Prud'hommes de Paris et, à effectuer les démarches nécessaires pour en obtenir l'extension auprès du Ministère concerné.

Fait en douze exemplaires,

A Paris,

Le 22 juin 2010

SIGNATURE DES PARTENAIRES SOCIAUX

CFDT <i>Nom : Bruno PLACZEK</i>	CFE - CGC <i>Nom : Patrice BERNARD</i>	CFTC <i>Nom : Yves BECHU</i>
CGT <i>Nom : Joël COLPIN</i>	CGT - FO <i>Nom : Yann POYET</i>	
GFGA <i>Nom : Patrick FARMAN</i>	GEGF <i>Nom : Gilles BOUTROLLE</i>	

Annexe : liste des garanties

Nature des risques	Prestations	
	Remboursement Régime de base	Remboursement en % de la base de remboursement du régime de base
Frais médicaux Consultations, visites, médecins ou spécialistes	70%	30%
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages femmes	60%	40% 100% BR
Analyses, examen de laboratoire	60%	
Radiographie, électroradiologie	70%	30%
Actes de prévention responsable*	70%	30%
Médecines douces	De 35% à 70%	De 30% à 65%
Pharmacie Pharmacie sans prise en charge du régime de base Vaccins sans prise en charge du régime de base	65% 35%	35% 65%
Optique Montures, verres, lentilles, prise en charge acceptée	65%	390% + un crédit de 200 €/an
Dentaire Soins Prothèses dentaires	70% 70%	30% 140% + un crédit de 300€/an
Appareillage Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives	65%	35%
Hospitalisation (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjour Dépassements d'honoraires Chambre particulière Forfait hospitalier	De 80 à 100%	De 0 à 20% 150% 25 €/jour 100% dès le 1 ^{er} jour
Maternité (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjours Dépassements d'honoraires Chambre particulière	100%	1/3 PMSS/bénéficiaires /maternité
Divers Transport pris en charge par le régime de base Assistance santé CCMO Mutuelle	65%	35%

TC : tarif conventionné

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale

Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement aux régimes d'assurances maladie obligatoire français.

Les remboursements régime d'assurance maladie obligatoire + part complémentaire sont limités aux frais réels.

Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire de l'assuré (article L. 322-2 du code de la sécurité sociale), prévue à 1€ au 01/01/05, ne pourront donner lieu à remboursement.

Les garanties en vigueur sont exprimées en % de la base de remboursement (BR) et s'entendent part régime obligatoire non comprise.

La prestation d'assistance est assurée par Europ Assistance.

*** Liste des actes de prévention**

(arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale)

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Les actes de vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - Coqueluche : avant 14 ans ;
 - Hépatite B : avant 14 ans ;
 - BCG : avant 6 ans ;
 - Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - Haemophilus influenzae B ;
 - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.
- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.
- Acte de dépistage de l'hépatite B.
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - Audiométrie tonale ou vocale ;
 - Audiométrie tonale avec tympanométrie ;
 - Audiométrie vocale dans le bruit ;
 - Audiométrie tonale et vocale ;
 - Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.