

**Accord collectif**

**RÉGIME DE PRÉVOYANCE « FRAIS DE SANTÉ »  
APPLICABLE AUX SALARIÉS NON CADRES  
DES EXPLOITATIONS DE POLYCLTURE ET D'ÉLEVAGE  
(ILE-DE-FRANCE, SEINE-ET-MARNE EXCEPTÉE)  
(31 août 1999)**

(Etendu par arrêté du 9 décembre 1999,  
*Journal officiel* du 18 décembre 1999)

**AVENANT N° 3 DU 27 NOVEMBRE 2006 (1)**

NOR : AGRS0797019M

Entre :

La fédération des syndicats d'exploitants agricoles d'Ile-de-France (FSEAIF) ;

La fédération des coopératives d'utilisation de matériel agricole (FCUMA) d'Ile-de-France,

D'une part, et

La fédération générale agroalimentaire (FGA) CFDT ;

L'union régionale des syndicats agroalimentaires et forestiers (URSAF) CGT ;

La confédération française de l'encadrement (CFE) SNCEA-CGC ;

La fédération de l'agriculture CFTC (CFTC-AGRI),

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Article 1<sup>er</sup>**

Les dispositions de l'article 3 de l'annexe III intitulée « Régime de prévoyance. – Frais de santé. – Cohérence polyculture » sont modifiées ainsi qu'il suit :

Les prestations de la garantie santé sont versées conformément aux dispositions du tableau des remboursements suivant.

---

(1) La procédure d'extension de ce texte a été engagée.

AGRI-PRÉVOYANCE	REMBOURSEMENT MSA	REMBOURSEMENT complémentaire	REMBOURSEMENT total
<b>Hospitalisation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frais de soins et de séjour</li> <li>- Forfait journalier hospitalier</li> <li>- Dépassement d'honoraires : frais de soins et frais de séjour dont chambre particulière et frais d'accompagnement (hors maternité et psychiatrie) (1)</li> <li>- Maternité</li> <li>- Frais de soins et de séjour (y compris chambre particulière)</li> <li>- Psychiatrie</li> <li>- Frais de soins et de séjour (y compris chambre particulière)</li> </ul>	80 % BR - - 100 % BR  80 % (BR) (3)	20 % BR  100 % dès le premier jour  Frais réels limités à 220 % BR  Remboursement complémentaire à concurrence de 1/3 du PMSS par an et par bénéficiaire  20 % BR (3) + remboursement complémentaire à concurrence de 1/3 du PMSS par an et par bénéficiaire	100 % BR  100 % dès le premier jour  Frais réels limités à 220 % BR  100 % BR + remboursement complémentaire à concurrence de 1/3 du PMSS  100 % BR (3) + remboursement complémentaire à concurrence de 1/3 du PMSS
<b>Forfait actes lourds</b>	0 %	100 % du forfait	100 % du forfait
<b>Frais médicaux (5)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultation d'un médecin</li> <li>- Radiographie</li> <li>- Auxiliaires médicaux, analyses</li> <li>- Soins, actes techniques (4)</li> <li>- Fournitures médicales, petit appareillage et pansements</li> </ul>	70 % BR (3) 70 % BR 60 % BR (3) de 60 à 70 % BR 65 % BR (3)	30 % BR (3) 30 % BR 40 % BR (3) 100 % FR (2) 35 % BR (3)	100 % BR (3) 100 % BR 100 % BR (3) 100 % FR (2) 100 % BR (3)

AGRI-PRÉVOYANCE	REMBOURSEMENT MSA	REMBOURSEMENT complémentaire	REMBOURSEMENT total
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gros appareillage</li> <li>- Dépassement d'honoraires</li> </ul>	65 % BR (3) 0 %	35 % BR (3) 220 % BR (3), 10 fois par an	100 % BR (3) 220 % BR (3), 10 fois par an
<b>Pharmacie (5)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vignettes « blanches »</li> <li>- Vignettes « bleues »</li> <li>- Médicaments RO 15 % TR</li> </ul>	65 % BR (3) 35 % BR (3) 15 % BR (3)	35 % BR (3) 65 % BR (3) 85 % BR (3)	100 % BR (3) 100 % BR (3) 100 % BR (3)
<b>Frais de transport</b>	65 % BR (3)	35 % BR (3)	100 % BR (3)
<b>Optique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Honoraires</li> <li>- Verres, monture et lentilles. Prise en charge acceptée</li> <li>- Lentilles non jetables. Prise en charge refusée</li> </ul>	70 % BR (3) 65 % BR (3) 0 %	Frais réels 390 % BR (3) + crédit de 200 € par an et par bénéficiaire Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire	100 % des frais réels (2) 455 % BR (3) + crédit de 200 € par an et par bénéficiaire Crédit de 200 € par an et par bénéficiaire
<b>Dentaire (5)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Honoraires</li> <li>- Prothèses dentaires : <ul style="list-style-type: none"> <li>- prise en charge acceptée</li> <li>- prise en charge refusée</li> </ul> </li> <li>- Orthodontie <ul style="list-style-type: none"> <li>- prise en charge acceptée</li> <li>- prise en charge refusée</li> </ul> </li> </ul>	70 % BR 70 % BR 0 %  100 % BR 0 %	Frais réels restant à charge (2)  280 % BR Crédit de 215 € par an et par bénéficiaire  200 % BR Crédit de 400 € par an et par bénéficiaire	100 % des frais réels (2)  350 % BR Crédit de 215 € par an et par bénéficiaire  300 % BR Crédit de 400 € par an et par bénéficiaire

AGRI-PRÉVOYANCE	REMBOURSEMENT MSA	REMBOURSEMENT complémentaire	REMBOURSEMENT total
<b>Autres</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prothèse auditive acceptée</li> <li>- Cures thermales :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- prise en charge acceptée :</li> <li>- honoraires (surveillance médicale)</li> <li>- frais balnéaires</li> <li>- transport et hébergement</li> </ul> </li> </ul>	65 % BR (3)  70 % BR (3) 65 % BR (3) 0 %	390 % BR (3)  30 % BR (3) 35 % BR (3) 0 %	455 % BR (3) par oreille  100 % BR (3) 100 % BR (3) 0 %

PMSS : Plafond mensuel de la sécurité sociale.  
 TR : Tarif de responsabilité.  
 TC : Tarif convention.  
 TA : Tarif d'autorité.  
 TM : Ticket modérateur.  
 FR : Frais réels.  
 BR : Base de remboursement.  
 BRC : Base de remboursement appliquée au secteur conventionné (établissement ou praticien).  
 (1) Les frais d'accompagnant sont pris en charge pour l'accompagnement des enfants à charge ; ces frais ne concernent que l'hébergement et les repas de l'accompagnant facturés par l'établissement de soins où l'enfant à charge est hospitalisé.  
 (2) Si secteur conventionné, le remboursement comprend la part obligatoire + la part complémentaire ; si secteur non conventionné, le remboursement est égal à 90 % des frais réels (part obligatoire + part complémentaire) limité à 300 % du TC (ou selon à 90 % des frais réels limité à 300 % de BR secteur conventionné).  
 (3) Ici BR = TR.  
 (4) Y compris optique et dentaire.  
 (5) Y compris actes de prévention selon les conditions prévues dans l'arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention.

Les remboursements s'effectuent dans le cadre du parcours de soins par le membre cotisant et ses ayants droit. Les pénalités financières résultant du non-respect du parcours de soins ou du refus d'accès au dossier médical personnel sont exclues de la garantie.

Les remboursements de la garantie santé sont exprimés en pourcentage des tarifs de la base de remboursement sur lesquels se fonde le régime de base de sécurité sociale pour le calcul de ses propres remboursements.

En cas de changement des taux de prise en charge du régime de base, ces remboursements peuvent être modifiés.

En l'absence de prise en charge du régime de base, ces mêmes remboursements peuvent aussi être exprimés dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire.

En tout état de cause, l'addition de remboursements du régime de base et du régime complémentaire ne peut dépasser le montant des frais réellement engagés par le participant.

Sont exclus de la garantie santé les maladies ou accidents résultant :

- de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- de la guerre civile ou étrangère ;
- du fait volontaire du membre participant ou du bénéficiaire, les conséquences de tentatives de suicide étant toutefois prises en charge ;
- d'accidents d'avion, survenus au cours des voyages aériens effectués sur des lignes civiles ou militaires, non officiellement autorisés au transport de passagers ;
- de sauts en parachute, non officiellement contrôlés.

## **Article 2**

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 27 novembre 2006.

(Suivent les signatures.)