

Accord professionnel
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE EN AGRICULTURE
DES SALARIÉS NON CADRES
(Franche-Comté)
(18 février 2009)

(Etendu par arrêté du 7 décembre 2009,
Journal officiel du 15 décembre 2009)

AVENANT N° 4 DU 10 SEPTEMBRE 2012

NOR : AGRS1397112M

Entre :

La FRSEA de Franche-Comté ;

La FRCUMA de Franche-Comté ;

Les entrepreneurs du territoire de Franche-Comté ;

Le syndicat régional de l'horticulture, pépinières, maraîchage de Franche-Comté ;

La FD des coopératives laitières de l'Ain ;

La FD des coopératives laitières du Doubs ;

La FD des coopératives laitières du Jura ;

La FDCUMA de ramassage de lait du Doubs,

D'une part, et

L'UR CFDT ;

L'UR CFTC ;

L'UR CGT ;

L'UR CGT-FO ;

L'UR CFE-CGC ;

L'UNSA2A ;

L'UD CFTC de l'Ain ;

L'UD CGT-FO de l'Ain ;

L'UD CFE-CGC de l'Ain,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Objet

Les partenaires sociaux souhaitent, par le présent avenant, apporter une précision quant à la nature des prestations de médecine douce pouvant être prises en charge dans le cadre du régime

d'assurance frais de santé : seules sont prises en charge (jusqu'à hauteur de 23 € par consultation, dans la limite de quatre fois par an et par famille) les consultations effectuées dans les spécialités suivantes : acupuncture, homéopathie, chiropractie et ostéopathie.

L'annexe de l'accord intitulée « Liste des garanties », jointe au présent avenant, est modifiée en conséquence.

Article 2

Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur au jour de sa signature.

Article 3

Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant dont un exemplaire est déposé auprès des services de la DIRECCTE de Franche-Comté.

Fait à Besançon, le 10 septembre 2012.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE
LISTE DES GARANTIES

NATURE DES RISQUES	PRESTATIONS	
	Régime conventionnel	Option facultative
Frais médicaux		
Consultations, visites, médecins ou spécialistes	100 % BR + 220 % BR 5 fois par an	300 % BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers, massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	100 % BR	100 % BR
Analyses, examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR
Radiographie, électroradiologie	100 % BR	100 % BR
Actes de prévention responsable	100 % BR	100 % BR
Médecine douce (acupuncture, homéopathie, chiropractie et ostéopathie uniquement)	–	23 € par consultation 4 fois par an et par famille
Pharmacie	100 % BR	100 % BR
Pharmacie sur prescription, sans prise en charge du régime de base	–	40 € par an et par famille
Vaccins sans prise en charge du régime de base	–	40 € par an et par famille
Optique		
Montures, verres, lentilles, prise en charge acceptée	455 % BR + 210 € par an	455 % BR + 350 € par an
Dentaire		
Soins	170 % BR	170 % BR
Prothèses dentaires	250 % BR + 300 € par an	410 % + 300 € par an
Inlays core	–	170 % BR
Forfait parodontologie	–	100 € par an
Forfait implantologie	–	200 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie acceptée	300 % BR	350 % BR
Appareillage		
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses	100 % BR	465 % BR
Prothèses auditives	455 % BR	455 % BR + 350 € par an et par oreille
Hospitalisation (secteur conventionné ou non)		
Frais de soins et séjours	100 % BR	100 % BR
Dépassements d'honoraires	220 % BR	De 480 % à 500 % BR
Chambre particulière	25 € par jour	78 € par jour 60 jours par an
Forfait hospitalier	100 % dès le premier jour	Frais réels
Frais de lit d'accompagnant	–	52 € par jour 30 jours par an

NATURE DES RISQUES	PRESTATIONS	
	Régime conventionnel	Option facultative
Maternité (secteur conventionné ou non) Frais de soins et séjours Dépassements d'honoraires Chambre particulière	100 % BR 1/3 PMSS par bénéficiaire et par maternité 1/3 PMSS par bénéficiaire et par maternité	100 % BR 300 % BR 52 € par jour
Psychiatrie Frais de soins et séjours Dépassements d'honoraires Forfait hospitalier	100 % BR 1/3 PMSS par bénéficiaire et par an 1/3 PMSS par bénéficiaire et par an	100 % BR 300 % BR Frais réels 30 jours par an
Polyvalent Forfait (18 € pour actes lourds > 91 €) Transport sur prescription Cure thermique acceptée	18 € – –	18 € Frais réels 100 % BR + 150 € par an
<p>TC : tarif conventionné. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. BR : base de remboursement (tarif de référence du régime de base à partir duquel est calculé le remboursement obligatoire). TM : ticket modérateur.</p> <p>Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement aux régimes d'assurance maladie obligatoires français. Les remboursements régime d'assurance maladie obligatoire + part complémentaire sont limités aux frais réels.</p> <p>Informations liées à la législation :</p> <p>Les prestations complémentaires santé sont définies dans le cadre du respect du parcours de soins, institué par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.</p> <p>Hors parcours de soins, les pénalités financières prévues par la loi (majoration du ticket modérateur et dépassement d'honoraires autorisé) restent à la charge de l'assuré.</p> <p>Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont pris en charge par le contrat à hauteur du ticket modérateur.</p> <p>La participation forfaitaire de 1 €, laissée à la charge de l'assuré par le régime de base, ne sera pas remboursée par le présent contrat.</p> <p>Les garanties en vigueur sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) et s'entendent part régime obligatoire comprise.</p> <p>Actes de prévention :</p> <p>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 :</p> <p>« Art. 1^{er}. – La liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale comprend les prestations de prévention suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), 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 14^e anniversaire. 2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12). 3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans. 4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351). 5. Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : <ol style="list-style-type: none"> a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002). 6. 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, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans. 7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : <ol style="list-style-type: none"> a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) <i>Haemophilus influenzae</i> B ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois. » 		