

Accord professionnel

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(Pays de la Loire et ouest de la France)
(15 juillet 2009)**

(Etendu par arrêté du 6 avril 2010),
Journal officiel du 16 avril 2010)

AVENANT N° 4 DU 16 OCTOBRE 2015

NOR : AGRS1697235M

Entre :

Fédération régionale des syndicats d'exploitants agricoles (FRSEA) des Pays de la Loire
agissant tant en son nom propre qu'au nom des fédérations et syndicats professionnels desquels elle
a reçu mandat à l'effet de les engager dans les termes du présent accord, à savoir :

- fédération viticole de l'Anjou
- FNPHP de l'Anjou et du Maine
- Syndicat des horticulteurs, pépiniéristes et maraîchers de la Mayenne
- Fédération régionale des producteurs de fruits

Entrepreneurs des territoires (EDT) des Pays de la Loire

Union des coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) des Pays de la Loire
agissant tant en son nom propre qu'au nom des Fédérations desquelles elle a reçu mandat à l'effet
de les engager dans les termes du présent accord, à savoir :

- Fédération départementale des CUMA de Mayenne
- Fédération des CUMA Bretagne, Ille, Armor
- Fédération départementale des CUMA du Finistère
- Fédération départementale des CUMA du Morbihan

D'une part, et

UPRA CFDT des Pays de la Loire

CFTC-Agri

FGTA FO

FNAF CGT

SNCEA CFE-CGC

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit.

PRÉAMBULE

Ayant pris acte des dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, modifié par son avenant n° 4 du 15 septembre 2015, et au vu des accords existant dans le champ d'application de l'accord du 15 juillet 2009 afin de garantir les salariés contre les risques relevant du dispositif national de prévoyance, les organisations professionnelles d'employeurs et de salariés sont convenues d'adapter les garanties de complémentaire santé instaurées par ledit accord du 15 juillet 2009.

Article 1^{er}

Modification de l'article 2 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 2 relatif à l'entrée en vigueur de l'accord est modifié ainsi qu'il suit.

1° L'intitulé du paragraphe 2 devient le suivant : « Paragraphe 2. – Application volontaire de l'accord au 1^{er} janvier 2010 ».

2° Il est ajouté un paragraphe 3 rédigé ainsi : « paragraphe 3. – Application volontaire de l'avenant n° 4 à l'accord au 1^{er} janvier 2016.

Dans l'hypothèse où la publication de l'arrêté d'extension de l'avenant n° 4 du 16 octobre 2015 à l'accord du 15 juillet 2009 ne serait pas intervenue à la date du 1^{er} janvier 2016, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application, adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes du présent accord, l'appliqueront à la date du 1^{er} janvier 2016.

Dans la même hypothèse, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application qui ne seraient pas adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes du dit avenant et par conséquent pas engagées elles-mêmes, auraient la faculté d'appliquer volontairement les dispositions de l'avenant n° 4 à l'accord à la date du 1^{er} janvier 2016, de telle manière que les salariés bénéficiaires, au sens de l'article 3 ci-dessous, en profitent dès le 1^{er} janvier 2016, plutôt que de relever successivement de l'accord national du 10 juin 2008 sus-cité et modifié, puis du présent accord collectif tel qu'il est modifié par son avenant n° 4. »

Article 2

Modification de l'article 3 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 3 est rédigé comme suit :

« Article 3

Salariés bénéficiaires

Paragraphe 1. – Détermination des salariés bénéficiaires :

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC), ayant au moins trois mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont donc exclus :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et de la caisse de retraite complémentaire cadre en application des décisions de l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert 3 mois d'ancienneté.

En outre, les salariés nouvellement embauchés qui, au titre de leur précédent emploi dans une entreprise relevant du champ d'application du présent accord, étaient bénéficiaires de l'assurance

complémentaire frais de santé instituée par l'article 4, ce dont ils devront justifier auprès du nouvel employeur, jouissent d'un transfert de ce droit à l'assurance complémentaire frais de santé, opposable à ce nouvel employeur, dès lors que les deux circonstances suivantes sont réunies :

- leur embauche intervient dans les trois mois suivant la fin du contrat de travail ;
- leur recrutement est effectué pour une durée d'au moins trois mois.

Paragraphe 2. – Cas de dispense :

Par exception aux dispositions du paragraphe 1 du présent article et par application des règles relatives à la réglementation sociale et fiscale en son état au jour de l'avenant n° 4, 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 pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère collectif et obligatoire de l'accord.

Cette possibilité de dispense d'adhésion concerne 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 au moins égale à douze mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- 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 d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que 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 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).

Dans tous les cas, les employeurs des exploitations et entreprises agricoles 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.

Paragraphe 3. – Portabilité :

Les salariés bénéficiaires et n’ayant pas usé de la faculté de dispense disposent également du droit accordé par les dispositions de l’article L. 911-8 du code de la sécurité sociale sur le maintien des garanties de protection sociale complémentaire en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d’assurance chômage aux conditions définies par ce texte.

Pour bénéficier des prestations, le demandeur d’emploi bénéficiant du maintien des garanties doit fournir l’ensemble des justificatifs demandés au salarié auxquels s’ajoute le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations demandées sont dues. »

Article 3

Modification de l’article 4 de l’accord du 15 juillet 2009

L’article 4 est rédigé comme suit :

« Article 4

Garantie assurance complémentaire frais de santé

Paragraphe 1. – Garanties solidaires et responsables :

Le salarié visé à l’article 3 ci-dessus bénéficie d’une assurance complémentaire frais de santé. La nature et le montant des prestations sont présentés dans le tableau annexé à l’accord en annexe I.

Toutes les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :

- en % de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l’article 3 du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent dispositif (régime général de la sécurité sociale et garanties complémentaires) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

Ces garanties sont conformes aux exigences des contrats dits “solidaires” et “responsables”, notamment celles posées par les articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale et de la circulaire d’application du 30 janvier 2015.

Ainsi le présent dispositif frais de santé prévoit que :

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l’état de santé du bénéficiaire et aucune information médicale ne pourra être recueillie à cette fin ;
- les garanties respectent les conditions (notamment les planchers et plafonds de prise en charge) mentionnées auxdits articles.

Paragraphe 2. – Portabilité loi Evin :

Dans le cadre des dispositions de l’article 4 de loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite loi Evin, et sous condition d’avoir bénéficié des garanties frais de santé du présent accord, l’organisme assureur engagé envers l’employeur maintient cette couverture à titre individuel avec des garanties identiques à celles des

salariés actifs, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou d'une pension de retraite sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit (maintien prévu à l'art. 9 ci-après) ;
- des personnes garanties du chef de l'assuré 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.

En tout état de cause, conformément aux dispositions de l'article 1^{er} du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables aux personnes visées aux alinéas précédents ne peuvent pas être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux correspondant à la part finançant la couverture du salarié actif.

Cette adhésion est purement facultative. Elle est à la charge du seul bénéficiaire et n'emporte aucune obligation pour l'employeur en matière de cotisations ou de prestations. »

Article 4

Modification 7 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 7 est rédigé comme suit :

« Article 7

Antériorité des accords d'entreprise

Les entreprises disposant déjà d'une assurance complémentaire frais de santé obligatoire au jour de la publication de l'arrêté d'extension du présent accord, comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 4 pour un niveau de prestations supérieur, peuvent ne pas remettre en cause leurs propres garanties. »

Article 5

Modification de l'article 8 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 8 est rédigé comme suit :

« Article 8

Financement

Paragraphe 1. – Cas général :

Le financement du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur, afin de couvrir les garanties de complémentaire frais de santé définies par l'article 4 du présent accord est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

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

Paragraphe 2. – Salarié à employeurs multiples :

Le cas particulier d'un salarié travaillant régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs relevant du champ d'application du présent accord est régi comme suit.

Pour les garanties collectives complémentaires frais de santé, le salarié et un seul de ses employeurs cotisent auprès de l'organisme assureur mettant en œuvre la présente couverture. Cet employeur est celui auprès duquel le salarié acquiert en premier la condition d'ancienneté requise pour bénéficier des garanties collectives du présent accord, sauf accord exprès écrit entre les employeurs et le salarié.

Par ailleurs, le caractère collectif et obligatoire de la couverture frais de santé ne pourra être considéré comme respecté qu'à la condition que le salarié se dispense d'adhérer, conformément aux modalités décrites à l'article 3 ci-dessus, à la couverture collective mise en place auprès du ou des autres employeurs à compter de l'acquisition de la condition d'ancienneté requise pour le bénéfice des garanties. »

Article 6

Modification de l'article 9 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 9 est rédigé comme suit :

« Article 9

Solidarité

Paragraphe 1. – Principe de solidarité :

Les exploitations et entreprises agricoles 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 au paragraphe 2 ci-après.

En tout état de cause, au moins 1 % de la cotisation de la couverture frais de santé en application du présent accord sera affectée au financement de ces mesures.

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 pour son compte propre ou celui de ses ayants droit le cas échéant, auprès de l'organisme chargé de la gestion de ces mesures.

Paragraphe 2. – Prévention et action sociale :

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité, quel que soit l'organisme assureur des employeurs, doivent notamment comprendre :

- une action collective de prévention sur les troubles musculosquelettiques 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 agricoles ;
- 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 de la production agricole notamment en cas de 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 ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail, tel que défini aux paragraphes 3 et 4.

Paragraphe 3. – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisées :

L'adhésion des salariés à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les trois 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.

Paragraphe 4. – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisées :

L'adhésion des salariés 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.

Si l'absence est inférieure à un mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement. »

Article 7

Modification de l'article 10 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 10 de l'accord du 15 juillet 2009 est rédigé comme suit :

« Article 10

Garanties facultatives

Les organisations liées par le présent accord collectif, ayant entièrement satisfait à toutes les dispositions du I A de l'article 1^{er} de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi en application des articles précédents, proposent dès lors, et hors ce cadre légal-ci, aux salariés ressortissant de l'accord de bénéficier, à titre purement facultatif, d'une extension de leur couverture frais de santé à leurs ayants droit ou de souscrire, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit, des garanties facultatives optionnelles en complément de celles prévues à l'article 4. La même faculté est proposée aux salariés qui ne sont pas visés par l'article 3, paragraphe 1, ou aux anciens salariés.

De telles extensions et options relevant alors de la seule décision du salarié, il devra en assurer la totalité du financement, l'employeur n'y contribue en rien et le paiement de la cotisation correspondante ne sera en aucune manière l'affaire de l'entreprise.

Les deux options ainsi proposées figurent respectivement dans les annexes III et IV au présent accord. »

Article 8

Modification de l'article 11 de l'accord du 15 juillet 2009

L'article 11 de l'accord du 15 juillet 2009 est rédigé comme suit :

« Article 11

Suivi et révision

Les organisations liées par le présent accord en assurent le suivi en commission paritaire réunie comme en matière de révision à l'exception de la forme recommandée avec avis de réception de la demande de réunion.

La demande en révision peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties. Elle est notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres parties.

Les organisations syndicales et d'employeurs se réuniront dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera. »

Article 9

Dispositions abrogées

Sont abrogés les articles 5 et 6 de l'accord du 15 juillet 2009 ainsi que ses annexes 5 et 6.

Article 10

Modification de l'annexe I à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe I est rédigée comme suit.

« Annexe I

Assurance complémentaire frais de santé obligatoire (art. 4)

Régime complémentaire obligatoire

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total Base conventionnelle
		Au titre du ticket modérateur	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Frais médicaux				
Honoraires et dépassement d’honoraires des généralistes et spécialistes ⁽¹⁾	70 %	30 %	–	100 % BR
Actes techniques et dépassement d’honoraires ⁽¹⁾	70 %	30 %	–	100 % BR
Radiologie et dépassement d’honoraires (radio, scanner, IRM...) ⁽¹⁾	70 %	30 %	–	100 % BR
Sages-femmes	70 %	30 %	–	100 % BR
Auxiliaires médicaux	60 %	40 %	–	100 % BR
Analyses médicales	60 % ou 100 %	40 % ou 0 %	–	100 % BR

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total Base conventionnelle
		Au titre du ticket modérateur	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	–	–	25 € par 3 séances par an	25 € par 3 séances par an
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € par an et par bénéficiaire	–	–	0 € à 150 € par an et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose)			40 € par an	40 € par an
Diététicien			50 € par an	50 € par an
Actes de prévention ⁽²⁾	35 % à 70 %	65 % à 30 %	–	100 % BR
Pharmacie				
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	35 %	–	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	70 %	–	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 %	–	100 % BR
Vaccin antigrippal (non pris en charge par le régime obligatoire et sur présentation de l'original de la facture)	–	–	Frais réels	Frais réels
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	–	–	25 € par an	25 € par an
Hospitalisation (conventionné ou non)				
Frais de séjour	80 % à 100 %	20 % à 0 %	–	100 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux	80 % à 100 %	20 % à 0 %	–	100 % BR
Dépassements d'honoraires	–	–	100 % BR (non CAS) ⁽¹⁾ 155 % BR (CAS)	100 % BR (non CAS) ⁽¹⁾ 155 % BR (CAS)
Forfait Journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	–	–	100 % FR	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €)	–	–	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière				
Hospitalisation (<i>hors maternité et psychiatrie</i>)	–	–	35 € par jour	35 € par jour
Maternité	–	–	35 € par jour	35 € par jour
Psychiatrie	–	–	35 € par jour	35 € par jour
Chambre particulière en ambulatoire	–	–	15 € par jour	15 € par jour

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total Base conventionnelle
		Au titre du ticket modérateur	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Frais accompagnant (moins de 16 ans)	–	–	20 € par jour	20 € par jour
Maternité ⁽³⁾	–	–	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Frais de transport	65 %	35 %	–	100 % BR
Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65 % à 70 %	35 % à 30 %	–	100 % BR
Dentaire				
Soins dentaires	70 %	30 %		100 % BR
Inlays et onlays (acceptés par le régime de base)	70 %	30 %		100 % BR
Inlay cores (acceptés par le régime de base)	70 %	30 %	25 %	125 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	70 %	30 %	110 % BR + 10,5 % PMSS par an et par bénéficiaire	210 % BR + 10,5 % PMSS par an et par bénéficiaire
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70 % à 100 %	30 % à 0 %	25 %	125 % BR
Optique				
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) ⁽⁴⁾			Tous les 2 ans	
Monture seule	60 %	40 %	355 % BR	455 % BR
2 verres simples classe (a) ⁽⁵⁾	60 %		7 % PMSS	60 % BR + 7 % du PMSS
2 verres complexes classe (b) ⁽⁵⁾	60 %		7 % PMSS	60 % BR + 7 % du PMSS
2 verres très complexes classe (c) ⁽⁵⁾	60 %		7 % PMSS	60 % BR + 7 % du PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) ⁽⁵⁾	60 %		7 % PMSS	60 % BR + 7 % du PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) ⁽⁵⁾	60 %		7 % PMSS	60 % BR + 7 % du PMSS
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) ⁽⁵⁾	60 %		7 % PMSS	60 % BR + 7 % du PMSS
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0 % à 60 %	40 %	3,2 % PMSS par an et par bénéficiaire	100 % BR + 3,2 % PMSS par an et par bénéficiaire
Prothèse hors dentaire				

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total Base conventionnelle
		Au titre du ticket modérateur	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Prothèse auditive (hors entretien)	60 %	40 %	5,25 % du PMSS par an	100 % BR + 5,25 % du PMSS par an
Autres prothèses et petit appareil- lage	60 %	40 %		100 % BR
Gros appareillage	100 %	0 %		100 % BR
Fournitures médicales et panse- ments	60 %	40 %		100 % BR
Assistance				Oui
<p>BR : base de remboursement. TM : ticket modérateur. CAS : convention d'accès aux soins. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. FR : frais réels.</p> <p>(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est signataire ou non d'une convention d'accès aux soins (CAS). (2) 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 présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire. (1) Médecin signataire ou non signataire d'une convention d'accès aux soins (CAS). (3) Dans la limite des frais réellement engagés. (4) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre ≤ + 4,00 dioptries. Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs. Verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries. (5) Y compris forfait monture.</p>				

Article 11

Modification de l'annexe III à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe III à l'accord du 15 juillet 2009 est ainsi rédigée.

« Annexe III

**Garanties correspondant à l'option : régime complémentaire obligatoire
+ option 1 facultative (art. 10)**

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total Base + option 1
		Au titre du ticket modérateur	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Frais médicaux				
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes et spécialistes ⁽¹⁾	70 %	30 %	–	100 % BR

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total Base + option 1
		Au titre du ticket modérateur	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Actes techniques et dépassement d'honoraires ⁽¹⁾	70 %	30 %	–	100 % BR
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM...) ⁽¹⁾	70 %	30 %	–	100 % BR
Sages-femmes	70 %	30 %	–	100 % BR
Auxiliaires médicaux	60 %	40 %	–	100 % BR
Analyses médicales	60 % ou 100 %	40 % ou 0 %	–	100 % BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	–	–	25 € par 3 séances par an	25 € par 3 séances par an
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € par an et par bénéficiaire	–	–	0 € à 150 € par an et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose)			40 € par an	40 € par an
Dietéticien			50 € par an	50 € par an
Actes de prévention ⁽²⁾	35 % à 70 %	65 % à 30 %	–	100 % BR
Pharmacie				
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	35 %	–	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	70 %	–	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 %	–	100 % BR
Vaccin antigrippal (non pris en charge par le régime obligatoire et sur présentation de l'original de la facture)	–	–	Frais réels	Frais réels
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	–	–	25 € par an	25 € par an
Hospitalisation (conventionné ou non)				
Frais de séjour	80 % à 100 %	20 % à 0 %	–	100 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux	80 % à 100 %	20 % à 0 %	–	100 % BR
Dépassements d'honoraires	–	–	100 % BR (non CAS) ⁽¹⁾ 155 % BR (CAS)	100 % BR (non CAS) ⁽¹⁾ 155 % BR (CAS)
Forfait Journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	–	–	100 % FR	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €)	–	–	100 % FR	100 % FR

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total Base + option 1
		Au titre du ticket modérateur	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Chambre				
Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	–	–	40 € par jour	40 € par jour
Maternité	–	–	40 € par jour	40 € par jour
Psychiatrie			40 € par jour	40 € par jour
Chambre particulière en ambula- toire	–	–	15 € par jour	15 € par jour
Frais accompagnant (moins de 16 ans)	–	–	35 € par jour	35 € par jour
Maternité ⁽³⁾	–	–	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Frais de transport	65 %	35 %	–	100 % BR
Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait ther- mal, frais d'hébergement et frais de transport)	65 % à 70 %	35 % à 30 %	–	100 % BR
Dentaire				
Soins dentaires	70 %	30 %		100 % BR
Inlays et onlays (acceptés par le régime de base)	70 %	30 %		100 % BR
Inlay cores (acceptés par le régime de base)	70 %	30 %	25 %	125 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	70 %	30 %	110 % BR + 14 % PMSS par an et par bénéficiaire	210 % BR + 14 % PMSS par an et par bénéficiaire
Orthodontie (acceptée par le ré- gime de base)	70 % à 100 %	30 % à 0 %	100 %	200 % BR
Optique				
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) ⁽⁴⁾			Tous les 2 ans	
Monture seule	60 %	40 %	355 % BR	455 % BR
2 verres simples classe (a) ⁽⁵⁾	60 %		10,5 % PMSS	60 % BR + 10,5 % du PMSS
2 verres complexes classe (b) ⁽⁵⁾	60 %		10,5 % PMSS	60 % BR + 10,5 % du PMSS
2 verres très complexes classe (c) ⁽⁵⁾	60 %		10,5 % PMSS	60 % BR + 10,5 % du PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) ⁽⁵⁾	60 %		10,5 % PMSS	60 % BR + 10,5 % du PMSS

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total Base + option 1
		Au titre du ticket modérateur	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) ⁽⁵⁾	60 %		10,5 % PMSS	60 % BR + 10,5 % du PMSS
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) ⁽⁵⁾	60 %		10,5 % PMSS	60 % BR + 10,5 % du PMSS
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0 % à 60 %	40 %	5 % PMSS par an et par bénéficiaire	100 % BR + 5 % PMSS par an et par bénéficiaire
Prothèse hors dentaire				
Prothèse auditive (hors entretien)	60 %	40 %	10,5 % du PMSS par an	100 % BR + 10,5 % du PMSS par an
Autres prothèses et petit appareillage	60 %	40 %		100 % BR
Gros appareillage	100 %	0 %		100 % BR
Fournitures médicales et pansements	60 %	40 %		100 % BR
Assistance				Oui
<p>BR : base de remboursement. TM : ticket modérateur. CAS : convention d'accès aux soins. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. FR : frais réels.</p> <p>(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est signataire ou non d'une convention d'accès aux soins (CAS). (2) 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 présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire. (1) Médecin signataire ou non signataire d'une convention d'accès aux soins (CAS). (3) Dans la limite des frais réellement engagés. (4) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles.</p> <p>Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre ≤ + 4,00 dioptries. Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs. Verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries.</p> <p>(5) Y compris forfait monture.</p>				

Article 12

Modification de l'annexe IV à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe IV à l'accord du 15 juillet 2009 est ainsi rédigée.

« Annexe IV

Garanties correspondant à l'option : régime complémentaire obligatoire
+ option 2 facultative (art. 10)

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total Base + option 2
		Au titre du ticket modérateur	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Frais médicaux				
Honoraires et dépassement d'honoraires des généralistes et spécialistes ⁽¹⁾	70 %	30 %	30 % BR (non CAS) 50 % BR (CAS)	130 % BR (non CAS) 150 % BR (CAS)
Actes techniques et dépassement d'honoraires ⁽¹⁾	70 %	30 %	30 % BR (non CAS) 50 % BR (CAS)	130 % BR (non CAS) 150 % BR (CAS)
Radiologie et dépassement d'honoraires (radio, scanner, IRM...) ⁽¹⁾	70 %	30 %	30 % BR (non CAS) 50 % BR (CAS)	130 % BR (non CAS) 150 % BR (CAS)
Sages-femmes	70 %	30 %	50 % BR	150 % BR
Auxiliaires médicaux	60 %	40 %	50 % BR	150 % BR
Analyses médicales	60 % ou 100 %	40 % ou 0 %	50 % BR	150 % BR
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture	–	–	25 € par 3 séances par an	25 € par 3 séances par an
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € par an et par bénéficiaire	–	–	0 € à 150 € par an et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose)			40 € par an	40 € par an
Diététicien			50 € par an	50 € par an
Actes de prévention ⁽²⁾	35 % à 70 %	65 % à 30 %	–	100 % BR
Pharmacie				
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 % BR	35 %	–	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 % BR	70 %	–	100 % BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15 % BR	85 %	–	100 % BR
Vaccin antigrippal (non pris en charge par le régime obligatoire et sur présentation de l'original de la facture)	–	–	Frais réels	Frais réels

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total Base + option 2
		Au titre du ticket modérateur	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	–	–	25 € par an	25 € par an
Hospitalisation (conventionné ou non)				
Frais de séjour	80 % à 100 %	20 % à 0 %	–	100 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux	80 % à 100 %	20 % à 0 %	–	100 % BR
Dépassements d'honoraires	–	–	100 % BR (non CAS) ⁽¹⁾ 155 % BR (CAS)	100 % BR (non CAS) ⁽¹⁾ 250 % BR (CAS)
Forfait Journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	–	–	100 % FR	100 % FR
Forfait actes lourds (18 €) (actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €)	–	–	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière				
Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	–	–	60 € par jour	60 € par jour
Maternité	–	–	60 € par jour	60 € par jour
Psychiatrie	–	–	60 € par jour	60 € par jour
Chambre particulière en ambula- toire	–	–	15 € par jour	15 € par jour
Frais accompagnant (moins de 16 ans)	–	–	50 € par jour	50 € par jour
Maternité ⁽³⁾	–	–	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Frais de transport	65 %	35 %	–	100 % BR
Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait ther- mal, frais d'hébergement et frais de transport)	65 % à 70 %	35 % à 30 %	–	100 % BR
Dentaire				
Soins Dentaires	70 %	30 %		100 % BR
Inlays et onlays (acceptés par le régime de base)	70 %	30 %	125 % BR	225 % BR
Inlay cores (acceptés par le régime de base)	70 %	30 %	25 %	125 % BR
Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base y compris prothèses implantoportées)	70 %	30 %	110 % BR + 14 % PMSS par an et par bénéficiaire	210 % BR + 14 % PMSS par an et par bénéficiaire
Prothèses dentaires sur dents vi- sibles (acceptées par le régime de base y compris prothèses implan- toportées)				+ 5,5 % du PMSS par an

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total Base + option 2
		Au titre du ticket modérateur	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Orthodontie (acceptée par le régime de base)	70 % à 100 %	30 % à 0 %	100 %	300 % BR
Optique				
Fréquence de prise en charge de l'équipement optique (monture + verre) ⁽⁴⁾			Tous les 2 ans	
Monture seule	60 %	40 %	35 % BR	45 % BR
2 verres simples classe (a) ⁽⁵⁾	60 %		11 % PMSS	60 % par 90 % BR + 11 % du PMSS
2 verres complexes classe (b) ⁽⁵⁾	60 %		16 % PMSS	60 % par 90 % BR + 16 % du PMSS
2 verres très complexes classe (c) ⁽⁵⁾	60 %		16 % PMSS	60 % par 90 % BR + 16 % du PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre complexe classe (b) ⁽⁵⁾	60 %		13,5 % PMSS	60 % par 90 % BR + 13,5 % du PMSS
1 verre simple classe (a) et 1 verre très complexe classe (c) ⁽⁵⁾	60 %		13,5 % PMSS	60 % par 90 % BR + 13,5 % du PMSS
1 verre complexe classe (b) et 1 verre très complexe classe (c) ⁽⁵⁾	60 %		16 % PMSS	60 % par 90 % BR + 16 % du PMSS
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0 % à 60 %	40 %	7,5 % PMSS par an et par bénéficiaire	100 % BR + 7,5 % PMSS par an et par bénéficiaire
Prothèse hors dentaire				
Prothèse auditive (hors entretien)	60 %	40 %	14 % du PMSS par an	100 % BR + 14 % du PMSS par an
Autres prothèses et petit appareillage	60 %	40 %		100 % BR
Gros appareillage	100 %	0 %		100 % BR
Fournitures médicales et pansements	60 %	40 %		100 % BR
Assistance				Oui

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime obligatoire (à titre indicatif)	REMBOURSEMENT complémentaire		REMBOURSEMENT total Base + option 2
		Au titre du ticket modérateur	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<p>BR : base de remboursement.</p> <p>TM : ticket modérateur.</p> <p>CAS : convention d'accès aux soins.</p> <p>PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.</p> <p>FR : frais réels.</p> <p>(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est signataire ou non d'une convention d'accès aux soins (CAS).</p> <p>(2) 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 présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire.</p> <p>(1) Médecin signataire ou non signataire d'une convention d'accès aux soins (CAS).</p> <p>(3) Dans la limite des frais réellement engagés.</p> <p>(4) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles.</p> <p>Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre ≤ + 4,00 dioptries.</p> <p>Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.</p> <p>Verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries.</p> <p>(5) Y compris forfait monture.</p>				

Article 13

Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Article 14

Dépôt et extension

Le présent avenant est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Fait à Angers, le 16 octobre 2015.

(Suivent les signatures.)