

Accord collectif
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(Gard)

AVENANT N° 3 DU 21 SEPTEMBRE 2016

NOR : AGRS1797211M

Entre

Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles du Gard

D'une part, et

Syndicat SGA CFDT Gard Lozère

Syndicat SNCEA CFE-CGC section du Gard

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Après l'examen des résultats obtenus par le régime frais de santé des salariés agricoles du Gard, les partenaires sociaux ont décidé d'améliorer les garanties de la base obligatoire et de créer deux niveaux d'options facultatifs avec des garanties complémentaires pour les salariés et leurs ayants droit.

Cet avenant indique les évolutions des garanties et l'amélioration des soins décidés par les partenaires sociaux.

Article 1^{er}

Modifications article 5

À la fin de l'article 5 – garanties, un paragraphe « 4. Garanties optionnelles » est ajouté.

Il est rédigé comme suit :

« Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles décident que les salariés puissent avoir la possibilité d'améliorer certaines prestations prévues dans le régime obligatoire par le biais de deux options.

Le supplément de cotisation représenté par la souscription à l'une ou l'autre de ces options demeure entièrement à la charge du salarié.

Ces deux options sont présentées en annexe II du présent accord ».

Article 2

Modifications du socle conventionnel obligatoire

Le tableau des garanties de l'annexe I est modifié comme suit :

Annexe 1 – tableau des garanties socle

GARANTIES ACCORD AGRICOLE DU GARD	Garantie de base obligatoire
Le montant des prestations inclut les remboursements de la MSA et de la mutuelle	
FRAIS MEDICAUX	
♦ Consultations, visites ⁽¹⁾ de généralistes et spécialistes	
- Médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins	130% BR
- Médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins	150% BR
♦ Actes de chirurgie, techniques médicaux	
- Médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins	130% BR
- Médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins	150% BR
♦ Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	100% BR
♦ Masseurs, kinésithérapeutes, pédicures	100% BR
♦ Orthophonistes, orthoptistes	100% BR
♦ Analyses, examens de laboratoires	100% BR
♦ Actes d'imagerie (radiographies, scanners, électroradiologies)	100% BR
♦ Sages-femmes	100% BR
♦ Actes prévention contrat responsable	100% BR
PHARMACIE	
♦ Médicaments à SMR important, modéré et faible ⁽²⁾	100% BR
OPTIQUE	
- monture	455% BR
- un verre unifocal ou multifocal de faible ou forte correction ⁽³⁾	60% BR + 130 €
- lentilles remboursées et refusées MSA	100% BR + 100 €
Ces montants correspondent à des forfaits :	
- pour une période d'un an avant 18 ans ou en cas d'évolution de la vue ⁽⁴⁾	
- pour une période de deux ans à partir de 18 ans (sauf pour les lentilles)	
DENTAIRE	
♦ Actes et soins dentaires	100% BR
♦ Inlays et onlays	100% BR
♦ Inlays cores	125% BR
♦ Prothèse dentaire	410% BR + 100 €par an
♦ Orthodontie	200% BR
♦ Implant (limité à 1 par an)	-
APPAREILLAGE ET AUTRES PROTHESES	
♦ Divers remboursables dont entretien auditif	100% BR
♦ Prothèses auditives	300% BR
HOSPITALISATION y compris psychiatrie	
♦ Frais de soins et séjour	100% BR
♦ Dépassements d'honoraires	
- Médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins	100% BR
- Médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins	155% BR
♦ Chambre particulière ⁽⁵⁾	25 €par jour
♦ Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾	100% FR

GARANTIES ACCORD AGRICOLE DU GARD	Garantie de base obligatoire
Le montant des prestations inclut les remboursements de la MSA et de la mutuelle	
♦ Forfait de 18€ pour les actes supérieurs à 120€	100% FR
♦ Forfait ambulatoire	20 €
♦ Frais d'accompagnant d'une personne < 16 ans ou > 75 ans (limité à 30 jours par an)	-
MATERNITE	
♦ Forfait par naissance	1/3 PMSS par maternité
AUTRES PRESTATIONS	
♦ Ostéopathie	60 € par an
♦ Transport sur prescription	100% BR
♦ Prévention et bien-être <ul style="list-style-type: none"> - Priorité santé mutualiste : accompagnement santé personnalisé - Ateliers santé : apprendre à préserver sa santé au quotidien - Fonds social : un accès aux soins pour tous - Assistance (sur votre carte mutuelle) 	<p>OUI</p> <p>OUI</p> <p>OUI</p> <p>OUI</p>

Sauf mention contraire, la mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par le RO.

(1) Les visites avec déplacements non médicalement justifiés sont prises en charge dans la limite de 100%BR.

(2) SMR : le service médical rendu d'un médicament détermine son taux de prise en charge par le RO et la couleur des vignettes supprimées en 2014 : SMR important (vignette blanche), SMR modéré (vignette bleue), SMR faible (vignette orange)

(3) La définition des "fortes" et "faibles" corrections correspond aux caractéristiques des verres prévues dans le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, à savoir :

- verres unifocaux faible correction : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6 et + 6 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 dioptries ;
- verres unifocaux forte correction : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6 à + 6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4 dioptries ;
- verres multifocaux faible correction : verres multifocaux ou progressifs ne répondant pas aux caractéristiques des verres multifocaux forte correction ;
- verres multifocaux forte correction :
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8 à + 8 dioptries
 - Ou
 - verres multifocaux ou progressifs sphérique dont la sphère est hors zone - 4 à + 4 dioptries ;

(4) Un changement de dioptrie de plus ou moins 0,5, diagnostiqué par un médecin ophtalmologue, permet d'être remboursé deux années consécutives. Ce remboursement est conditionné par l'envoi des deux ordonnances (ordonnance des anciens verres et nouvelle prescription attestant du changement de vue).

(5) Limitations sur les séjours

Le forfait journalier hospitalier est limité à 90 jours par an pour les hospitalisations dans les établissements médico-sociaux.

Les placements à l'année et temporaires sont exclus.

La mutuelle ne prend pas en charge les restrictions liées à l'application du code de la Sécurité sociale : la participation de 1 € et les franchises à charge de l'assuré (définies aux II et III de l'article L 322-2 du code de la Sécurité sociale) et, **hors parcours de soins** (article R 871.1), la fraction des dépassements d'honoraires correspondant aux cas prévus au 18° de l'article L162-5 du code de la Sécurité sociale.

La mutuelle prend en charge dans la limite de la garantie choisie : les actes de prévention prévus à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale ; la liste est disponible auprès de la mutuelle. La participation forfaitaire de 18 € sur actes supérieurs à 120 €

Article 3

Création d'une annexe II

Une annexe II est créée.

Elle est rédigée comme suit :

GARANTIES ACCORD AGRICOLE DU GARD	Garantie de base obligatoire	Option 1 facultative	Option 2 facultative
Le montant des prestations inclut les remboursements de la MSA et de la mutuelle		(à additionner au remboursement de la garantie de base)	(à additionner au remboursement de la garantie de base)
FRAIS MEDICAUX			
♦ Consultations, visites ⁽¹⁾ de généralistes et spécialistes			
- Médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins	130% BR	+ 20% BR	+ 45% BR
- Médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins	150% BR	+ 20% BR	+ 50% BR
♦ Actes de chirurgie, techniques médicaux			
- Médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins	130% BR	+ 20% BR	+ 45% BR
- Médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins	150% BR	+ 20% BR	+ 50% BR
♦ Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	100% BR		
♦ Masseurs, kinésithérapeutes, pédicures	100% BR		
♦ Orthophonistes, orthoptistes	100% BR		
♦ Analyses, examens de laboratoires	100% BR		
♦ Actes d'imagerie (radiographies, scanners, électroradiologies)	100% BR		
♦ Sages-femmes	100% BR		
♦ Actes prévention contrat responsable	100% BR		
PHARMACIE			
♦ Médicaments à SMR important, modéré et faible ⁽²⁾	100% BR		
OPTIQUE			
- monture	455% BR		
- un verre unifocal ou multifocal de faible ou forte correction ⁽³⁾	60% BR + 130 €	+ 25 €	+ 50 €
- lentilles remboursées et refusées MSA	100% BR + 100 €		
Ces montants correspondent à des forfaits : - pour une période d'un an avant 18 ans ou en cas d'évolution de la vue ⁽⁴⁾ - pour une période de deux ans à partir de 18 ans (sauf pour les lentilles)			
DENTAIRE			
♦ Actes et soins dentaires	100% BR		
♦ Inlays et onlays	100% BR		
♦ Inlays cores	125% BR		
♦ Prothèse dentaire	410% BR + 100 € par an	+ 40% BR	+ 90% BR
♦ Orthodontie	200% BR	+ 75% BR	+ 150% BR
♦ Implant (limité à 1 par an)	-	-	+ 300 €

GARANTIES ACCORD AGRICOLE DU GARD	Garantie de base obligatoire	Option 1 facultative	Option 2 facultative
Le montant des prestations inclut les remboursements de la MSA et de la mutuelle		(à additionner au remboursement de la garantie de base)	(à additionner au remboursement de la garantie de base)
APPAREILLAGE ET AUTRES PROTHESES			
♦ Divers remboursables dont entretien auditif	100% BR		+ 50% BR
♦ Prothèses auditives	300% BR		+ 50% BR
HOSPITALISATION y compris psychiatrie			
♦ Frais de soins et séjour	100% BR		
♦ Dépassements d'honoraires			
- Médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins	100% BR		
- Médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins	155% BR	+ 20% BR	+ 45% BR
♦ Chambre particulière ⁽⁵⁾	25 €par jour	+ 10 €par jour	+ 25 €par jour
♦ Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾	100% FR		
♦ Forfait de 18€pour les actes supérieurs à 120€	100% FR		
♦ Forfait ambulatoire	20 €		
♦ Frais d'accompagnant d'une personne < 16 ans ou > 75 ans (limité à 30 jours par an)	-	-	+ 35 €par jour
MATERNITE			
♦ Forfait par naissance	1/3 PMSS par maternité		
AUTRES PRESTATIONS			
♦ Ostéopathie	60 €par an	+ 15 €par an	+ 30 €par an
♦ Transport sur prescription	100% BR		
♦ Prévention et bien-être			
- Priorité santé mutualiste : accompagnement santé personnalisé	OUI		
- Ateliers santé : apprendre à préserver sa santé au quotidien	OUI		
- Fonds social : un accès aux soins pour tous	OUI		
- Assistance (sur la carte mutuelle)	OUI		

Sauf mention contraire, la mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par le RO.

(1) Les visites avec déplacements non médicalement justifiés sont prises en charge dans la limite de 100%BR.

(2) SMR : le service médical rendu d'un médicament détermine son taux de prise en charge par le RO et la couleur des vignettes supprimées en 2014 : SMR important (vignette blanche), SMR modéré (vignette bleue), SMR faible (vignette orange)

(3) La définition des "fortes" et "faibles" corrections correspond aux caractéristiques des verres prévues dans le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, à savoir :

- verres unifocaux faible correction : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6 et + 6 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 dioptries ;
- verres unifocaux forte correction : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6 à + 6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4 dioptries ;

- verres multifocaux faible correction : verres multifocaux ou progressifs ne répondant pas aux caractéristiques des verres multifocaux forte correction ;
- verres multifocaux forte correction :
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8 à + 8 dioptries
 - Ou
 - verres multifocaux ou progressifs sphérique dont la sphère est hors zone - 4 à + 4 dioptries ;

(4) Un changement de dioptrie de plus ou moins 0,5, diagnostiqué par un médecin ophtalmologue, permet d'être remboursé deux années consécutives. Ce remboursement est conditionné par l'envoi des deux ordonnances (ordonnance des anciens verres et nouvelle prescription attestant du changement de vue).

(5) Limitations sur les séjours

Le forfait journalier hospitalier est limité à 90 jours par an pour les hospitalisations dans les établissements médico-sociaux.

Les placements à l'année et temporaires sont exclus.

La mutuelle ne prend pas en charge les restrictions liées à l'application du code de la Sécurité sociale : la participation de 1 € et les franchises à charge de l'assuré (définies aux II et III de l'article L 322-2 du code de la Sécurité sociale) et, **hors parcours de soins** (article R 871.1), la fraction des dépassements d'honoraires correspondant aux cas prévus au 18° de l'article L162-5 du code de la Sécurité sociale.

La mutuelle prend en charge dans la limite de la garantie choisie : les actes de prévention prévus à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale ; la liste est disponible auprès de la mutuelle. La participation forfaitaire de 18 € sur actes supérieurs à 120 €

Article 4

Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Article 5

Dépôt et extension

La partie la plus diligente des organisations signataires du présent avenant le notifie à l'ensemble des organisations représentatives à l'issue de la procédure de signature.

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

Les parties conviennent de solliciter l'extension du présent avenant.

Fait à Nîmes, le 21 septembre 2016.

(Suivent les signatures.)