

Accord départemental
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES

(Hérault)

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

AVENANT N° 4 DU 19 OCTOBRE 2017

NOR : AGRS1797241M

Entre

Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles de l'Hérault

Groupeement des employeurs de main-d'œuvre agricole de l'Hérault

Fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole de l'Hérault

D'une part, et

Syndicat SGA CFDT de l'Hérault

Syndicat FGTA FO de l'Hérault

Syndicat CFTC Agri du golfe du Lion

SNCEA CFE-CGC section de l'Hérault

D'autre part,

il a été convenu de ce qui suit :

PRÉAMBULE

Après l'examen des résultats obtenus par le régime frais de santé des salariés agricoles de l'Hérault, les partenaires sociaux ont décidé de faire évoluer et d'améliorer les garanties de la base obligatoire.

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

Article 1^{er}

Modifications

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

(Voir tableau page suivantes.)

ANNEXE I

Tableau des garanties socle

Garanties 2017 accord agricole de l'Hérault	Régime conventionnel
Le montant des prestations inclut les remboursements de la MSA et de l'assureur	
Frais médicaux	
Consultations, visites ⁽¹⁾ de généralistes	
– hors contrat d'accès aux soins	110 % BR
– avec contrat d'accès aux soins	130 % BR
Consultations, visites ⁽¹⁾ de spécialistes	
– hors contrat d'accès aux soins	150 % BR
– avec contrat d'accès aux soins	170 % BR
Actes de chirurgie, techniques médicaux	100 % BR
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	100 % BR
Massages, pédicures, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes	100 % BR
Analyses, examens de laboratoires remboursés MSA	100 % BR
Actes d'imagerie (radiographies, scanners, électroradiologies)	100 % BR
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 à 150 €/par an
Actes prévention contrat responsable	100 % BR
Pharmacie	
Vignettes orange, bleues, blanches et blanches barrées	100 % BR
Optique	
– monture	455 % BR
– un verre unifocal faible ou forte correction ⁽²⁾	3,5 % PMSS
– un verre multifocal faible ou forte correction ⁽²⁾	3,5 % PMSS
– lentilles remboursées et refusées MSA	100 % BR + 100 €
Ces montants correspondent à des forfaits :	
– pour une période d'un an pour les enfants avant 18 ans ou en cas d'évolution de la vue ⁽³⁾	
– pour une période de deux ans dans les autres cas (sauf pour les lentilles)	
Dentaire	
Actes et soins dentaires, remboursés MSA	100 % BR
Inlays et onlays, remboursés MSA	100 % BR
Inlays cores, remboursés MSA	125 % BR
Prothèse dentaire remboursée MSA	400 % BR + 4 % PMSS par an
Orthodontie remboursée par la MSA	220 % à 250 % BR
Appareillage et autres prothèses	
Fournitures médicales, pansements, grands et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf auditives	100 % BR
Prothèses auditives, remboursées MSA	455 % BR + 350 €
Hospitalisation	
Frais de soins et séjour	100 % BR

Dépassements d'honoraires	
– hors contrat d'accès aux soins	100 % BR
– avec contrat d'accès aux soins	220 % BR
Chambre particulière ⁽⁴⁾ (hospitalisation, maternité et psychiatrie)	52 €par jour
Forfait lit et repas d'accompagnement pour un enfant à charge de moins de 16 ans bénéficiaire du régime ⁽⁵⁾	30 €par jour
Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	100 % FR
Forfait de 18 €pour les actes supérieurs à 120 €	100 % FR
Forfait ambulatoire	20 €
Maternité	
Frais de soins et séjour	100 % BR
Chambre particulière	52 €par jour
Forfait par naissance	1/3 PMSS
Autres prestations	
Cures thermales	100 % BR
Transport sur prescription	100 % BR
Médecine non remboursée par la MSA (diététicien, homéopathe, ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, pédicure, podologue)	60 €par an
Prévention et bien-être	OUI
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 votre carte mutuelle)	OUI

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

⁽²⁾ 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 ;

⁽³⁾ 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).

⁽⁴⁾ Limitations sur les séjours

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

La chambre particulière est prise en charge pour les séjours comportant au moins une nuit de 22 h à 6 h.

Les placements à l'année et temporaires sont exclus.

⁽⁵⁾ Prise en charge en cas d'hospitalisation d'une personne âgée de moins de 16 ans, dans les mêmes limites que la chambre particulière.

L'assureur 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'art. L. 322-2 du code de la Sécurité sociale) et, hors parcours de soins (art. R. 871-1), la fraction des dépassements d'honoraires correspondant aux cas prévus au 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

L'assureur 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 2

Entrée en vigueur

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

Article 3

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.

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail, un exemplaire du présent avenant sera déposé auprès de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), ainsi qu'au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes du lieu de sa conclusion.

Une version sur support électronique est également communiquée à la DIRECCTE du lieu de signature de l'avenant.

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

Fait à Lattes, le 19 octobre 2016.

(Suivent les signatures.)