

Accord départemental
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE EN AGRICULTURE
DES SALARIÉS NON CADRES
(Manche)

AVENANT N° 5 DU 15 JUIN 2018
RELATIF À UN RÉGIME COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
POUR LES SALARIÉS NON CADRES
NOR : AGRS1897207M

Entre :

Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles FDSEA de la Manche,

D'une part, et

SGA CFDT de la Manche ;

SNCEA CFE-CGC ;

Union départementale FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Il est rappelé que l'accord collectif faisant l'objet du présent avenant est un accord autonome de la convention collective du 28 septembre 1970 concernant les exploitations de polyculture et d'élevage, les exploitations de cultures légumières et maraîchères, et les coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) de la Manche (IDCC 9501).

Considérant l'importance d'offrir un niveau de garanties complémentaires frais de santé correct aux salariés ressortissant du présent régime, permettant de garantir un niveau comparable aux autres secteurs d'activité et de renforcer l'attractivité du secteur de la production agricole de la Manche, les organisations professionnelles et syndicales ont décidé d'améliorer le niveau des prestations proposées.

Les organisations professionnelles et syndicales conviennent ainsi des modifications suivantes.

Article 1^{er}

Il est rappelé que le présent régime « frais de santé » couvre à titre obligatoire le salarié seul.

La nature et le montant des prestations du présent régime sont présentés dans le tableau de l'annexe I du présent accord.

Ce tableau est modifié conformément à l'annexe I du présent avenant.

Article 2

Le présent avenant prendra effet au 1^{er} juin 2018.

Article 3

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé conformément aux dispositions légales.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant, qui sera déposé à l'unité départementale de la Manche de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Normandie.

Fait à Saint-Lô, le 15 juin 2018.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

TABLEAU DES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES FRAIS DE SANTÉ

Garanties santé. – Régime complémentaire à adhésion obligatoire

Conformément au cahier des charges du contrat responsable, les honoraires, les frais de séjour, les soins courants, la pharmacie remboursée à 65 % en régime général, le transport, l'appareillage, les équipements optique et lentilles remboursées sécurité sociale ou MSA, les soins dentaires et Inlays-onlays ainsi que les actes de prévention sont pris en charge avec un minimum de 100 % de la BR-MR ; les prothèses dentaires sécurité sociale ou MSA et l'orthodontie sécurité sociale ou MSA sont, quant à elles, prises en charge avec un minimum de 125 % de la BR-MR.

Les garanties s'entendent sous déduction des prestations de la sécurité sociale ou de la mutualité sociale agricole (sauf garanties exprimées en forfait).

Ces garanties s'entendent dans la double limite, d'une part des frais réels – MR, et d'autre part dans la limite de :

HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MÉDICALE y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Hospitalisation chirurgicale et médicale	
Frais de séjour et fournitures diverses	100 % de la BR
Honoraires – signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	255 % de la BR
Honoraires – non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	200 % de la BR
Forfait journalier	100 % des frais réels
Chambre particulière en hospitalisation, y compris forfait ambulatoire	75 € par jour pendant 60 jours maximum puis 25 € par jour
Chambre particulière en maternité	80 € par jour
Chambre particulière en psychiatrie	75 € par jour pendant 45 jours par an
Frais d'accompagnement (enfant – de 16 ans)	50 € par jour pendant 10 jours maximum puis 30 € par jour
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Hospitalisation à domicile	
Honoraires – signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	255 % de la BR
Honoraires – non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	200 % de la BR
SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	
Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes – signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	250 % de la BR
Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes – non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	200 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité – signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	220 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité – non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	200 % de la BR

Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	210 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – non signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	190 % de la BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	200 % de la BR
Biologie médicale	180 % de la BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	100 % de la BR
Frais pharmaceutiques prescrits mais non remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 40 €
Vaccins non remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 40 €
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 50 €
FRAIS DE TRANSPORT	
Frais de transport remboursé par la sécurité sociale ou la MSA	100 % de la BR
APPAREILLAGE	
Orthopédie et prothèses diverses remboursées par la sécurité sociale ou la MSA	285 % de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 200 € (fauteuil roulant)
Prothèses auditives (+ piles et entretien) remboursées par la sécurité sociale ou la MSA	400 % de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 12 % du PMSS
FRAIS DENTAIRES	
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale ou la MSA : soins dentaires, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie	100 % de la BR
Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 100 €
Inlays-onlays remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	250 % de la BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale ou la MSA : – couronnes, bridges et inter de bridges ; – couronnes sur implant ; – prothèses dentaires amovibles ; – prothèses dentaires transitoires ; – réparations sur prothèses ; – Inlays-cores.	350 % de la BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 12 % du PMSS
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale ou la MSA : – couronnes et bridges ; – réparations sur prothèses (sauf les réparations à caractère esthétique). Implants (implant + pilier implantaire)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 500 €

Orthodontie remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	300 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale ou la MSA	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 200 €
OPTIQUE	
Limitation à un équipement lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans par bénéficiaire âgé de 18 ans et plus et à un équipement lunettes tous les ans pour les bénéficiaires âgés de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue	
Verres et montures remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	Réseau ITÉLIS (cf. grille optique)
Lentilles remboursées par la sécurité sociale ou la MSA (y compris jetables)	100 % de la BR plus un forfait de 200 € par bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale ou la MSA (y compris jetables)	Plafond annuel et par bénéficiaire égal à 200 €
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	500 € par œil
MATERNITÉ ET ADOPTION	
Allocation naissance ⁽³⁾ (L'allocation n'est pas due en cas d'adoption.)	Allocation indemnitaire égale à 40 % du PMSS, dans la limite des frais réellement engagés
PRÉVENTION	
Actes de prévention ⁽⁴⁾ hors DES	Pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat ⁽⁵⁾
MÉDECINE ALTERNATIVE	
Acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe, sophrologue	30 € par consultation, dans la limite de 4 consultations par an et par bénéficiaire
CURE THERMALE	
Cure thermale remboursée par la sécurité sociale ou la MSA :	
– honoraires et soins remboursés par la sécurité sociale ou la MSA	100 % de la BR
– transport et hébergement remboursés ou non par la sécurité sociale ou la MSA	150 €

Grille ITÉLIS

Les garanties verres et monture s'entendent sous déduction des prestations de la sécurité sociale ou de la MSA.

VERRES					
Classe de défaut visuel	Défaut visuel		Dans le réseau	Hors réseau	
	Myopie ou hypermétropie (en dioptries)	Astigmatisme (en dioptries)		Verre simple foyer	Verre progressif
Classe 1	De 0 à 2	≤ à 2,00	Frais réels (*)	100 €	200 €
Classe 2	De 0 à 2	De 2,25 à 4	Frais réels (*)	105 €	250 €
	De 2,25 à 4	à 2,00			
Classe 3	De 2,25 à 4	De 2,25 à 4	Frais réels (*)	135 €	265 €
	De 4,25 à 6	≤ à 4,00			

VERRES					
Classe 4	De 6,25 à 8	≤ à 4,00	Frais réels (*)	150 €	300 €
	De 0 à 8	≥ à 4,25			
Classe 5	≥ à 8,25	Tous cylindres	Frais réels (*)	200 €	300 € pour les ayants droit mineurs 325 € pour tous les autres bénéficiaires
MONTURE					
Monture remboursée par la sécurité sociale ou la MSA			Plafond par bénéficiaire égal à 150 €		
<p>BR : base de remboursement de la sécurité sociale, BRR : base de remboursement reconstitué, CAS : contrat d'accès aux soins, FR : frais réels, MR : montant remboursé par la sécurité sociale, MSA : mutualité sociale agricole, OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée, OPTAM-CO : option pratique tarifaire maîtrisée – chirurgie obstétrique, PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année, SS : sécurité sociale, TM : ticket modérateur (TM = BR – MR).</p> <p>(*) dans la limite des plafonds du contrat responsable.</p> <p>(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.</p> <p>(2) L'« OPTAM/OPTAM-CO » remplace, à compter du 1er janvier 2017, le CAS. Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/l'OPTAM-CO.</p> <p>(3) Par dérogation aux conditions générales, la garantie maternité définie ci-dessus est une allocation destinée à rembourser l'ensemble des frais et dépassements d'honoraires liés à l'accouchement non remboursés par la sécurité sociale ou la MSA. Au titre du contrat, cette allocation est versée, dans la double limite des frais réels et du contrat, sur présentation des justificatifs pour la naissance d'un enfant du participant, déclaré à l'état civil.</p> <p>L'allocation n'est pas due en cas d'adoption. Elle est doublée en cas de naissance multiple.</p> <p>(4) Les actes de prévention sont listés à l'article 16.1 des conditions générales.</p> <p>(5) À titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.</p>					

Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la sécurité sociale ou la MSA et tout autre organisme complémentaire.