

Accord départemental
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(Hérault)
(9 juillet 2009)

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

AVENANT N° 6 DU 14 SEPTEMBRE 2018

NOR : AGRS1997068M

Entre :

Fédération départementale des syndicats d'exploitations agricoles 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 national FNAF CGT ;

Syndicat SNCEA CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Pour se mettre en conformité avec l'avenant n° 6 du 17 avril 2018 à l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, les partenaires sociaux se sont accordés pour modifier l'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant une assurance complémentaire frais de santé pour les salariés agricoles non cadres de l'Hérault.

Article 1^{er}

Modifications

L'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres de l'Hérault est modifié comme suit à compter du 1^{er} octobre 2018.

1. Le tableau des garanties de l'annexe 1 est modifié comme suit :

(Voir tableau page suivante.)

BASE AGRI 34				CONDITIONS D'APPLICATION
FRAIS MEDICAUX	REMBOURSEMENT RO	REMBOURSEMENT MUTUELLE	REMBOURSEMENT TOTAL RO + MUTUELLE	
Médecins généralistes - consultations, visites - Médecins non signataires OPTAM / OPTAM-CO - Médecins signataires OPTAM / OPTAM-CO	70% 70%	40% BR 60% BR	110% BR 130% BR	Les visites avec déplacement non médicalement justifié sont prises en charge dans la limite de 100% BR.
Médecins spécialistes - consultations, visites - Médecins non signataires OPTAM / OPTAM-CO - Médecins signataires OPTAM / OPTAM-CO	70% 70%	80% BR 100% BR	150% BR 170% BR	
Actes techniques - honoraires et dépassements - Médecins non signataires OPTAM / OPTAM-CO - Médecins signataires OPTAM / OPTAM-CO	70% 70%	30% BR 30% BR	100% BR 100% BR	
Actes d'imagerie : radiographie, scanner, IRM - Médecins non signataires OPTAM / OPTAM-CO - Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70% 70%	30% BR 30% BR	100% BR 100% BR	
Sages-femmes	70%	30% BR	100% BR	
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	60%	90% BR	150% BR	
Analyses médicales	60% ou 100%	40 ou 0% BR	100% BR	
Actes de prévention			100% BR	
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie	-	40€ / séance 2 séances / an	40€ / séance 2 séances / an	Forfait par an
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 à 150€	0 à 150€	0 à 150€	Forfait par an
PHARMACIE	REMBOURSEMENT RO	REMBOURSEMENT MUTUELLE	REMBOURSEMENT TOTAL RO + MUTUELLE	CONDITIONS D'APPLICATION
Medicaments à SMR important	65% BR	35% BR	100% BR	
Medicaments à SMR modéré	30% BR	70% BR	100% BR	
Medicaments à SMR faible	15% BR	85% BR	100% BR	
Pharmacie prescrite non remboursée	-	20€	20€	Forfait par an

Vaccins prescrits non remboursés	-	20€	20€	Forfait par an
HOSPITALISATION (conventionnée ou non)	REMBOURSEMENT RO	REMBOURSEMENT MUTUELLE	REMBOURSEMENT TOTAL RO + MUTUELLE	CONDITIONS D'APPLICATION
Actes, soins, honoraires - Médecins non signataires OPTAM / OPTAM-CO - Médecins signataires OPTAM / OPTAM-CO	80 à 100% 80 à 100%	20 à 0% BR 140 à 120% BR	100% BR 220% BR	
Forfait actes lourds	-	100% BR	100% BR	Actes affectés à un coefficient > 60 ou d'un tarif > 120€
Séjour Frais de séjour - Forfait Journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux) - Chambre particulière en hospitalisation (hors maternité et psychiatrie) - Chambre particulière en maternité - Chambre particulière en psychiatrie - Forfait ambulatoire - Frais d'accompagnement	80 à 100% - - - - -	20 à 0% BR Frais réels 52 € 52 € 52 € 20 € 30 €	100% BR Frais réels 52 € 52 € 52 € 20 € 30 €	- Forfait hospitalier illimité dans les établissements de santé Par jour Par jour Par jour Par jour Par jour
Transports	65%	35% BR	100% BR	
Forfait naissance	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS	Forfait par maternité
Cure thermique : forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et de transport	65 à 70%	35 à 30% BR	100% BR	
DENTAIRE	REMBOURSEMENT RO	REMBOURSEMENT MUTUELLE	REMBOURSEMENT TOTAL RO + MUTUELLE	CONDITIONS D'APPLICATION
Actes et soins dentaires	70%	30% BR	100% BR	
Inlays et onlays	70%	55% BR	125% BR	
Inlay Cores	70%	55% BR	125% BR	

Prothèse auditive	60%	395% BR + 175€	455% BR + 175€	Hors entretien
Divers remboursables dont entretien auditif	60%	40% BR	100% BR	Forfait par prothèse, 2 prothèses par an
Autres prothèses et petit appareillage	60%	40% BR	100% BR	
Gros appareillage	100%	-	100% BR	
Fourniture médicale et pansement	60%	40% BR	100% BR	
SERVICES PLUS				
Assistance vie quotidienne	-	oui	oui	Se référer à la notice d'information Assistance
Téléconsultation médicale 7j/7 -24h/24				
-Consultation médicale à distance avec un médecin inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)				Accéder au service Médecin Direct : depuis l'espace adhérent sur eovi-mcd.fr, depuis le site Internet www.medecindirect.fr ou par téléphone au 09 74 59 39 37 (appel non surtaxé)
-Proposition d'un diagnostic médical, délivrance d'une ordonnance si nécessaire	-	oui	oui	Service 100% confidentiel et sécurisé
-Réponses rapides par téléphone, mail sécurisé ou vidéo, apportées par des médecins généralistes ou spécialistes				
Accès aux ateliers prévention santé	-	oui	oui	Ateliers prévention santé: ateliers proposés sur le territoire couvert par les agences Eovi MCD Mutuelle
Accès au Fonds d'action sociale	-	oui	oui	

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

*OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée / OPTAM-CO : option pratique tarifaire maîtrisée chirurgien obstétricien / BR : base de remboursement / RO : Régime Obligatoire / BR : Base de Remboursement. Les pourcentages sont exprimés sur la base de remboursement du régime obligatoire / SMR : service médical rendu. Sont exclues de l'ensemble des garanties, toutes participations forfaitaires, franchises ou prestations exclues du champ de garantie des contrats responsables. Sont exclus notamment : la participation forfaitaire légale de 1 €, les franchises médicales (art. L322-2 du code de la sécurité sociale) et, hors parcours de soins, la fraction des dépassements autorisés et le montant des dépassements prévus au 18° de l'article L162-5 du code de la sécurité sociale. Les prestations présentées sont limitées pour tous les risques aux frais réels et aux accords conventionnels départementaux ou nationaux conclus avec les tiers par la mutuelle. Elles incluent les remboursements du régime obligatoire. Pour les prestations non remboursées par le régime obligatoire, les remboursements s'effectuent sur présentation de la facture nominative acquittée.

Article 2

Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur pour l'ensemble des entreprises adhérentes et des salariés compris dans le champ d'application de l'accord au 1^{er} octobre 2018.

Article 3

Dépôt et extension

Le présent avenant sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

Fait à Lattes, le 14 septembre 2018.

(Suivent les signatures.)