

**Accord professionnel**

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE  
EN AGRICULTURE DES SALARIÉS NON CADRES**

**(Manche)**

**(28 juillet 2009)**

(Étendu par arrêté du 7 décembre 2009,  
*Journal officiel* du 15 décembre 2009)

**AVENANT N° 6 DU 23 JUILLET 2019**

NOR : *AGRS1997233M*

Entre :

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

D'une part, et

Union régionale des syndicats CFTC-Agri Basse-Normandie ;

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 les dernières modifications légales et réglementaires apportées aux dispositions relatives aux régimes complémentaires frais de santé, à savoir la prise en charge intégrale par la sécurité sociale et les complémentaires santé des équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires dans le cadre de la mise en place du reste à charge zéro (100 % santé) et la modification du cahier des charges des contrats responsables, les organisations professionnelles et syndicales ont décidé de mettre en conformité avec le 100 % santé les prestations proposées dans le présent régime complémentaire frais de santé.

Les organisations professionnelles et syndicales conviennent ainsi des modifications suivantes.

**Article 1<sup>er</sup>**

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<sup>er</sup> janvier 2020.

## **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 23 juillet 2019.

(Suivent les signatures.)

## ANNEXE I

### TABLEAU DES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES FRAIS DE SANTÉ

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la sécurité sociale française ou de la MSA, dès lors qu'elle intervient.

FRAIS COUVERTS à com-  
pter du

01/01/2020

Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :

<b>HOSPITALISA- TION (1)</b>  en établissement conventionné ou non (2)	Frais de séjour		100 % BR
	Honoraires	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	255 % BR
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR
	Forfait journalier hospitalier (3) Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA		100 % DE sans limitation de durée
	Chambre particulière (4) Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA		
		Par nuitée (hospitalisation)	75 € pendant 60 jours maximum puis 25 €
		Par nuitée (maternité)	80 €
		Par nuitée (psychiatrie)	75 € pendant 45 jours par an
		Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	30 €
	Lit d'accompagnant (4) Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA		
<b>DENTAIRE (5)</b>  auprès d'un professionnel	Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans - par nuitée		50 € pendant 10 jours maximum puis 30 €
	Allocation maternité		par enfant, limitée à la dépense engagée
			40% PMSS
	Soins et prothèses 100 % Santé**		
	À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.		sans reste à payer (12)
	Soins	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR
		Inlay/onlay	250 % BR
		Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	100 €
	Prothèses autres que 100 % Santé		
	Prothèses remboursées	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA (inlay-onlay, couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	350 % BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 12 % PMSS
	Prothèses non remboursées et Implantologie	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes) Fausse racine et pilier implantaire non remboursés par la Sécurité Sociale ou la MSA Par an et par bénéficiaire	500 €
	Orthodontie (7)	Remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA - par semestre de traitement et par bénéficiaire	300 % BR
		Non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	200 €
<b>OPTIQUE</b>  <b>ÉQUIPEMENT</b> (1 monture + 2 verres)  Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	Équipement 100 % Santé** (classe A)		sans reste à payer (13)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)		Grille Optique
	Lentilles	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA (10)	100 % BR + 200 €/an/bénéficiaire
		Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire (10)	200 €
	Chirurgie optique réfractive	Par œil	500 €

<b>Jusqu'au 31/12/2020 :</b>		Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	400 % BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 12 % du PMSS
<b>Accessoires et fournitures</b>		Piles non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA pour appareil auditif - par an et par bénéficiaire	non couvert
<b>À compter du 01/01/2021 :</b>		Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
<b>Équipement 100 % Santé**</b> (classe I***)			sans reste à payer (13)
<b>Équipement autre que 100 % Santé</b> (classe II***)		Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale ou de la MSA	
		Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité****	122 % BR
		Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	400 % BR + 12 % du PMSS
<b>Accessoires et fournitures</b>			100 % BR

<b>Honoraires médicaux</b>			
<b>Consultation / visite / consultation en ligne</b>			
	<b>Adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		250 % BR
	<b>Non adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		200 % BR
<b>Actes techniques médicaux</b>			
	<b>Adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		220 % BR
	<b>Non adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		200 % BR
<b>Actes d'imagerie médicale</b>			
	<b>Adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		210 % BR
	<b>Non adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		190 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
	pédicures-podologues		200 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			180 % BR
<b>Matériel médical</b>		Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	285 % BR
	Fauteuil roulant - par an et par bénéficiaire		200 €
<b>Frais de transport sanitaire</b>		Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (11)	100 % BR
<b>Cures thermales</b>			
	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermique		100 % BR
	Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel		150 €
<b>Médicaments</b>			
	Médicaments remboursés à 65%		100 % BR
	Médicaments remboursés à 30%		100 % BR
	Médicaments remboursés à 15%		100 % BR
	Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire		40 €
	Sevrage tabagique remboursé ou non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire		150 €
	Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire		40 €
<b>Médecine additionnelle et de prévention</b>		Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA	
	Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, sophrologue - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 4 séances par an		30 €

**BR** = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR - SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **RC** = Régime complémentaire. **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €).

\* **Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique)** : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous.

\*\* Tels que définis réglementairement : **dispositif 100 % Santé** par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

\*\*\* Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

\*\*\*\* La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

\*\*\*\*\* Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné, la prise en charge est limitée au ticket modérateur.

(3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(5) Hors accord de prise en charge, les prestations sont minorées de 20 % comparées aux prestations versées sur accord de prise en charge. La minoration de 20 % des prestations hors accord de prise en charge préalable ne concerne pas la ligne « Soins dentaires ».

(6) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(8) En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM + 25 % BR est assurée.

(9) Les prestations dans le réseau KALIXIA et hors réseau ne sont pas cumulatives. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée à minima au ticket modérateur.

(10) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(11) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(12) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(13) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

Les garanties VERRES et MONTURE s'entendent Y COMPRIS le remboursement de la Sécurité sociale ou de la MSA.

VERRES					
Classe de défaut visuel	Défaut visuel		Dans le réseau 100% DE	Hors réseau	
	Myopie ou hypermétropie (en dioptries)	Astigma-tisme (en dioptries)	0 € à charge sur les verres indiqués ci-dessous	Verre simple foyer	Verre progressif
Classe 1	De 0 à 2	Inf ou = 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	Inf ou = à 2,00			
Classe 3	De 2,25 à 4	De 2,25 à 4	Frais réels (*)	135 €	265 €
	De 4,25 à 6	Inf ou = à 4,00			
Classe 4	De 6,25 à 8	Inf ou = à 4,00	Frais réels (*)	150 €	300 €
	De 0 à 8	Sup ou = à 4,25			
Classe 5	Sup ou = 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 SS ou la MSA			Plafond par bénéficiaire égal à 100 Euros		

(\*) : dans la limite des plafonds du contrat responsable