

Accord collectif

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE
(Picardie et Aisne)
(non cadre)**

Avenant n° 6 du 9 octobre 2019

NOR : AGRS2097007M

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

FDSEA de l'Oise, la FDSEA de la Somme et l'union des syndicats agricoles de l'Aisne ;

Entrepreneurs des territoires de Picardie ;

FDCUMA de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme ;

Fédération des propriétaires forestiers et sylviculteurs de l'Aisne,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Union régionale FGA-CFDT

Syndicat CFTC agriculture de Picardie ;

Union régionale FNAF-CGT ;

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC,

d'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Afin de se conformer aux dernières dispositions légales et réglementaires, notamment la réforme dite du « 100 % santé » garantissant un accès sans reste à charge à certains équipements en optique, dentaire et audiologie, à compter du 1^{er} janvier 2020 et de prendre en compte les évolutions apportées en 2019 par les partenaires sociaux à l'accord national du 10 juin 2008, les modifications suivantes sont apportées au régime d'assurance complémentaire santé instauré par l'accord du 17 juin 2009, modifié par ses avenants n° 1 du 4 avril 2013, n° 2 du 13 juin 2014, n° 3 du 16 octobre 2015, n° 4 du 30 août 2016 et n° 5 du 5 octobre 2018.

Article 1^{er}

L'annexe n° 1 à l'article 1^{er} « Tableau de garanties », figurant à l'avenant n° 5 du 5 octobre 2018 à l'accord du 17 juin 2009 sur le régime d'assurance complémentaire santé au bénéfice des

salariés agricoles non cadres des exploitations agricoles et des CUMA de Picardie, des exploitations de cultures spécialisées de l'Aisne, des entreprises des territoires de Picardie et des propriétaires forestiers de l'Aisne est abrogé et remplacé, à effet du 1^{er} janvier 2020, par le texte suivant :

« Annexe 1 | Tableau des garanties

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-après s'appliquent sur le montant servant de base (BR) au régime obligatoire de protection sociale français (RO) sauf mention contraire.

Le cumul des remboursements du régime obligatoire de protection sociale et de l'organisme assureur ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR).

Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (art. L. 160-13 du code de la sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement.

Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime obligatoire de protection sociale non comprise. »

		PRESTATIONS
ALISATION		
séjour	conventionné	100 % TM
	non conventionné	100 % TM
res	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 155 % BR
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR
irurgicaux	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 155 % BR
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR
ournalier hospitalier ⁽¹⁾		100 % FR
ation forfaitaire « actes lourds »		100 % FR
icompagnement tout ayant droit inscrit au contrat, par jour		25 €
limite par an et par personne assurée de :		10 Jours
e Particulière y compris Maternité, y compris ambulatoire, par jour		40 Euros
isation à l'étranger (RO français ⁽²⁾)		120 % BR
TERNITÉ		
ité de naissance ^(*) , par maternité		33 % PMSS
les dépassements d'honoraires des praticiens non adhérent à un DPTAM, dans la limite de % TM + 100 % BR		
OURANTS		
ires médicaux	généraliste adhérent à un DPTAM	60 % BR
	généraliste non adhérent à un DPTAM	40 % BR
	spécialiste adhérent à un DPTAM	60 % BR
	spécialiste non adhérent à un DPTAM	40 % BR
irurgie et actes de spécialité	adhérent à un DPTAM	60 % BR
	non adhérent à un DPTAM	40 % BR
gie et imagerie médicale	adhérent à un DPTAM	40 % BR
	non adhérent à un DPTAM	100 % TM
res paramédicaux		
as-femmes		60 % BR
res auxiliaires médicaux		100 % TM
s et examens de laboratoire		100 % TM
ments :		
rmacie prescrite prise en charge par le RO		100 % TM
rmacie prescrits non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée		NON GARANTI
cins prescrits non pris en charge par le RO, par an et par personne assurée		NON GARANTI
l médical :		
thèses médicales et orthopédiques (hors aides auditives) prises en charge par le RO		40 % BR
it appareillage médical (hors optique, dentaire et aides auditives)		40 % BR
ind appareillage médical		40 % BR
transport du malade en véhicule sanitaire (y compris hospitalisation)		150 % BR
ne Douce : Ostéopathie, Chiropraxie, Acupuncture et Sophrologie		30 Euros par séance
limite par an et par personne assurée de :		4 séances
ermiales prises en charge par le RO (y compris hospitalisation) :		
d'hospitalisation et actes médicaux	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM
supplémentaires hébergement et transport, par an et par personne assurée		NON GARANTI
UDITIVES		
charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans		
Prestations à partir du 1 ^{er} janvier 2020		
nements 100 % santé ⁽³⁾		Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)

PRESTATIONS	
OPTIQUE	
Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai) ⁽⁴⁾	
Équipement 100 % santé ⁽³⁾	Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) dès 2020
Équipements hors 100 % santé (dont maximum 100 € pour la monture) :	
Équipement optique : 1 monture et 2 verres	
- Verres simples	Adulte 330 Euros Enfant 330 Euros
- Verres mixtes simple-complexe	Adulte 360 Euros Enfant 375 Euros
- Verres mixtes simple-très complexe	Adulte 365 Euros Enfant 375 Euros
- Verres complexes	Adulte 390 Euros Enfant 450 Euros
- Verres mixtes complexe-très complexe	Adulte 395 Euros Enfant 450 Euros
- Verres très complexes	Adulte 400 Euros Enfant 450 Euros
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO, par an et par personne assurée	100 % TM + 100 Euros
DENTAIRE	
Soins et prothèses 100 % santé ⁽³⁾	Pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation
Soins et prothèses hors 100 % santé :	
- Soins	100 % TM
- Inlays / Onlays	100 % TM + 25 % BR
- Prothèses et inlay-cores pris en charge par le RO :	140 % BR
avec un supplément par an et par personne assurée de :	350 Euros
Implantologie dentaire par an et par personne assurée	NON GARANTI
Parodontologie, par an et par personne assurée	NON GARANTI
Orthodontie prise en charge par le RO	200 % BR
PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN	
Actes et prestations de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale et pris en charge par le RO	INCLUS

- 1 Cette prestation concerne uniquement le forfait hospitalier facturé par les établissements de santé, et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux
- 2 En cas d'hospitalisation dans un pays étranger (autre qu'un état membre de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre-échange), la prise en charge des frais de séjour par l'assureur sera en tout état de cause limitée aux bases indiquées.
- 3 Tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale
- 4 Conformément aux plannings et plafonds prévus aux articles D.911-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale récemment modifiés et figurant ci-après

a) Équipement à : - Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries - Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	Minimum : 100 € Maximum : 420 € dont 100 € au maximum pour la monture
b) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)	Minimum : 150 € - Maximum : 560 € dont 100 € au maximum pour la monture
c) Équipement à : - Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries - Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries - Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie - Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries - Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries - Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	Minimum : 200 € Maximum : 700 € dont 100 € au maximum pour la monture
d) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)	Minimum : 150 € - Maximum : 610 € dont 100 € au maximum pour la monture
e) équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)	Minimum : 200 € - Maximum : 750 € dont 100 € au maximum pour la monture
f) Équipement à : - Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries - Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries - Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	Minimum : 200 € Maximum : 800 € dont 100 € au maximum pour la monture

Commentaires annexes

Limitations liées à l'optique

Lunettes : Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai). Prise en charge d'un équipement par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur ; et sans délai pour les enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ou situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés. Les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu, notamment en cas d'évolution de la vue, figurent dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Définitions des verres simples, complexes et très complexes

Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres complexes : Verres unifocaux qui ne font pas partie des verres simples ; verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques qui ne font pas partie des verres complexes.

Définitions des abréviations

BR : Base de remboursement du RO.

DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée qui comprennent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie et Obstétrique).

FR : Frais réellement engagés par la personne assurée sous déduction du remboursement du RO.

TM : Ticket modérateur

RO : Régime obligatoire de protection sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, soit 3377 € pour l'année 2019.

Article 2 | Entrée en vigueur. Extension

Le présent avenant prend effet le 1^{er} janvier 2020.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant à l'accord du 17 juin 2009.

Fait à Amiens, le 9 octobre 2019.

(Suivent les signatures.)