

Accord régional

**RÉGIME D'ASSURANCE SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
POUR LES SALARIÉS NON CADRES DES ENTREPRISES
DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX**

(Nord - Pas-de-Calais)

(2 juillet 2009)

(Étendu par arrêté du 13 janvier 2010,
Journal officiel du 23 janvier 2010)

Avenant n° 5 du 25 octobre 2019

NOR : AGRS2097006M

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

Entrepreneurs des territoires du Nord – Pas-de-Calais,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Syndicat CFDT ;

Fédération CFTC-Agri ;

Union régionale du syndicat FO Nord – Pas-de-Calais ;

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 2 juillet 2009 et révisé par ses avenants n° 1 du 21 septembre 2012, n° 2 du 30 juin 2014, n° 3 du 7 septembre 2016 et n° 4 du 1^{er} octobre 2018.

Article 1^{er}

L'annexe n° 1 à l'article 1^{er} « Tableau des garanties », figurant à l'avenant n° 4 du 1^{er} octobre 2018 à l'accord du 2 juillet 2009 sur le régime d'assurance complémentaire santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres des entreprises des travaux agricoles et ruraux du Nord – Pas-de-Calais 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
HOSPITALISATION		
Frais de séjour	conventionné	100 % TM
	non conventionné	100 % TM
Honoraires	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 200 % BR
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR
Actes chirurgicaux	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 200 % BR
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾		100 % FR
Participation forfaitaire « actes lourds »		100 % FR
Frais d'accompagnement tout ayant droit inscrit au contrat, par jour dans la limite par an et par personne assurée de :		50 Euros
Chambre Particulière y compris Maternité, y compris ambulatoire, par jour		10 Jours
Hospitalisation à l'étranger (RO français ⁽²⁾)		50 Euros
LE + MATERNITÉ		120 % BR
Indemnité de naissance ^(*) , par maternité		33 % PMSS
^(*) Pour les dépassements d'honoraires des praticiens non adhérents à un DPTAM, dans la limite de 100 % TM + 100 % BR		
SOINS COURANTS		
Honoraires 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
Petite chirurgie et actes de spécialité	adhérent à un DPTAM	60 % BR
	non adhérent à un DPTAM	40 % BR
Radiologie et imagerie médicale	adhérent à un DPTAM	40 % BR
	non adhérent à un DPTAM	100 % TM
Honoraires paramédicaux		
- Sages-femmes		60 % BR
- Autres auxiliaires médicaux		100 % TM
Analyses et examens de laboratoire		100 % TM
Médicaments :		
- Pharmacie prescrite prise en charge par le RO		100 % TM
- Pharmacie prescrite non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée		NON GARANTI
- Vaccins prescrits non pris en charge par le RO, par an et par personne assurée		NON GARANTI
Matériel médical :		
- Prothèses médicales et orthopédiques (hors aides auditives) prises en charge par le RO		40 % BR
- Petit appareillage médical (hors optique, dentaire et aides auditives)		40 % BR
- Grand appareillage médical		40 % BR
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire (y compris hospitalisation)		100 % FR
Médecine Douce : Ostéopathie, Chiropraxie, Acupuncture et Sophrologie dans la limite par an et par personne assurée de :		30 Euros par séance
Cures thermales prises en charge par le RO (y compris hospitalisation) :		4 séances
- Frais d'hospitalisation et actes médicaux	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM
- Frais supplémentaires hébergement et transport, par an et par personne assurée		NON GARANTI
AIDES AUDITIVES		
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans		
Prestations à partir du 1 ^{er} janvier 2020		
Équipements 100 % santé ⁽³⁾		Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
Équipements hors 100 % santé		
Prothèses auditives prises en charge par le RO dans la limite par oreille de :		40 % BR
		1 700 Euros
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	330 Euros
- Verres mixtes simple-complexe	360 Euros
- Verres mixtes simple-très complexe	365 Euros
- Verres complexes	390 Euros
- Verres mixtes complexe-très complexe	395 Euros
- Verres très complexes	400 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 : avec un supplément par an et par personne assurée de :	140 % BR 400 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	240 %
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 planchers 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

Les dispositions du présent avenant sont applicables de façon indifférenciée à l'ensemble des entreprises relevant de la branche des entreprises des travaux agricoles et ruraux du Nord - Pas-de-Calais. Elles concernent donc de façon identique les entreprises de moins de 50 salariés et de 50 salariés et plus, afin de garantir à l'ensemble des salariés de la branche une couverture uniforme dont les garanties ont tenu compte lors de leur définition de la structure et de la taille des entreprises de la branche.

Article 3 | *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 2 juillet 2009.

Fait à Saint-Laurent-Blangy, le 25 octobre 2019.

(Suivent les signatures.)