

Convention collective

IDCC : **9321 | EXPLOITATIONS AGRICOLES ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX COOPÉRATIVES D'UTILISATION DE MATÉRIELS AGRICOLES**

**(Gers)**

**(12 juin 1954)**

(Étendue par arrêté du 29 novembre 1954,  
*Journal officiel* du 11 décembre 1954)

## Avenant n° 7 du 16 septembre 2019

NOR : AGRS2097012M

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

**Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles du Gers ;**

**Fédération départementale des CUMA du Gers ;**

**Syndicat des entrepreneurs de travaux agricoles, ruraux du Gers,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**SNCEA CFE-CGC**

**Syndicat général agroalimentaire CFDT du Gers ;**

**Syndicat départemental FGTA FO ;**

**Syndicat départemental FNAF CGT,**

d'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

### Préambule

Pour se mettre en conformité avec la nouvelle réglementation relative aux contrats responsables à la suite des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements des tableaux de garanties.

En outre, le champ d'application professionnel du présent accord est mis à jour.

Par ailleurs, en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent avenant ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, les entreprises de la branche sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de 50 salariés. Aussi, les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les entreprises de la branche, y compris les TPE de moins de 50 salariés, et ce afin de ne pas remettre en cause le régime social et fiscal de faveur attaché au présent régime.

## Article 1<sup>er</sup> | *Mise à jour du champ d'application professionnel*

La partie « Champ d'application professionnel » de l'accord du 17 septembre 2009 est rédigée ainsi :

### « Article 1<sup>er</sup> | *Champ d'application. Champ d'application professionnel*

Le présent accord est applicable à l'ensemble des employeurs et des salariés :

- des exploitations agricoles proprement dites (polyculture-élevage) ;
- des exploitations de cultures spécialisées (viticulture, cultures maraîchères, cultures fruitières, cultures légumières) ;
- des exploitations d'élevage ;
- des coopératives de cultures en commun et d'utilisation en commun de matériel agricole ;
- des entreprises du territoire ;
- des activités touristiques (agritourisme) ou de loisirs qui se situent dans le prolongement de l'activité ;
- des établissements de toute nature dirigés par le chef d'exploitation agricole en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production.

Le présent accord est applicable à ces mêmes salariés, qu'ils soient au service d'exploitants individuels, de groupements ou de sociétés. »

## Article 2 | *Mise à jour des tableaux des garanties*

Les tableaux de garanties de l'annexe 1 et de l'annexe 2 sont modifiés comme suit :

### « Annexe 1. Garanties complémentaires de base frais de santé

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait "actes lourds", du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100 % santé en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optiques et du plafond pour les aides auditives.

*(Voir tableau page suivante.)*

NATURE DES FRAIS	Remboursement du régime de base En % de la base de remboursement	Remboursement "Garanties complémentaires de base" Niveau 1 En % de la base de remboursement	Total Niveau 1 + Régime de base
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation) :</b>			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	130 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	110 % BR	180 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	130 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	110 % BR	180 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	60 % BR	40 % BR	100 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	de 60 % à 100 % BR	de 40 % BR à 0% BR	100 % BR
<b>Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie</b>	70 % BR	30 % BR	100 % BR
<b>Actes de prévention</b> <sup>(2)</sup>	de 35 % à 70 % BR	de 65% BR à 30% BR	100 % BR
<b>Honoraires de médecines douces :</b> ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie		30 € pour 1 séance/ an/bénéficiaire	30 € pour 1 séance/ an/bénéficiaire
<b>MEDICAMENTS</b>			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65 % BR	35 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré"	30 % BR	70 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible"	15 % BR	85 % BR	100 % BR
- Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base		40 €/an/bénéficiaire	40 €/an/bénéficiaire
<b>MATERIEL MEDICAL</b>			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	240 % BR ou 200 % BR	300 % BR
- gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % BR ou 100 % BR	240 % BR ou 200 % BR	300 % BR
<b>HOSPITALISATION (hors maternité)</b>			
<b>Frais de séjour</b>	80 % ou 100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
<b>Honoraires :</b>			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % ou 100 % BR	420 % BR ou 400 % BR	500 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % ou 100 % BR	120 % BR ou 100 % BR	200 % BR
Forfait actes lourds <sup>(3)</sup>		100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier <sup>(4)</sup>		100 % FR	100 % FR
<b>Chambre particulière y compris en ambulatoire</b> (par jour/bénéficiaire)		52 €/jour pendant 60 jours puis 25 €/jour	52 €/jour pendant 60 jours puis 25 €/jour
<b>Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans</b> (par jour/bénéficiaire)		52 €/jour limité à 30 jours/an	52 €/jour limité à 30 jours/an
<b>HOSPITALISATION (maternité)</b>			
<b>Frais de séjour</b>	100 % BR		100 % BR
<b>Honoraires :</b>			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100 % BR	200% BR	300 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Forfait actes lourds <sup>(3)</sup>		100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier <sup>(4)</sup>		100 % FR	100 % FR
<b>Chambre particulière</b>		52 €/jour	52 €/jour
Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés)		1/3 PMSS	1/3 PMSS

NATURE DES FRAIS	Remboursement du régime de base En % de la base de remboursement	Remboursement "Garanties complémentaires de base" Niveau 1 En % de la base de remboursement	Total Niveau 1 + Régime de base
<b>OPTIQUE</b>			
<b>Monture et verres : Expression des garanties par élément</b>			
1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans <sup>(5)</sup>			
<b>Équipements 100% santé (Classe A)<sup>(6)</sup></b>			
- Monture	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Verre	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
<b>Autres équipements (Classe B)</b>			
- Monture	60 % BR	100 € - RO	100 €
- Verre simple <sup>(7)</sup>	60 % BR	110 € - RO	110 €
- Verre complexe <sup>(7)</sup>	60 % BR	250 € - RO	250 €
- Verre très complexe <sup>(7)</sup>	60% BR	300 € - RO	300 €
<b>Prestation d'adaptation de la correction à la vue pour des verres de Classe B<sup>(6)</sup></b>	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
<b>Supplément pour verre avec filtre<sup>(6)</sup></b>	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
Lentilles remboursées par le régime de base/an/bénéficiaire	60 % BR	395 % BR + 350 €	455 % BR + 350 €
Lentilles non remboursées par le régime de base		100 €	100 €
<b>DENTAIRE</b>			
<b>Soins et prothèses 100% Santé<sup>(6)(8)</sup></b>	70 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
<b>Soins</b> (hors 100% Santé)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
<b>Inlay Onlay</b> (hors 100% Santé) <sup>(9)</sup>	70 % BR	55 % BR	125 % BR
<b>Prothèses</b> (hors 100% Santé) :			
Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(9)</sup> , à honoraires libres, et prothèses non remboursées par le régime de base	0 % ou 70% BR	0% ou 140 % BR + 350 € /an/bénéficiaire	0 % ou 210 % BR + 350 € /an/bénéficiaire
<b>Orthodontie remboursée par le régime de base</b>	70 % ou 100 % BR	150 % ou 180 % BR	250 % BR
<b>Implantologie</b> (hors couronne implanta-portée)			
<b>Parodontologie non remboursée</b>		100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
<b>AIDES AUDITIVES<sup>(10)</sup></b>			
<b>Équipements 100% Santé (Classe I)</b> à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2020 <sup>(6)</sup>	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
<b>Aides auditives Classe II</b> prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	1700 € - RO/oreille	1700 €/oreille
<b>Aides auditives Classe II</b> prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	1600 € - RO/oreille	1600 €/oreille
<b>CURES THERMALES</b>			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux <sup>(1)</sup> , transport, hébergement, surveillance	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR	100 % BR
<b>DIVERS</b>			
Transports remboursés par le régime de base	65 % ou 100 % BR	35 % ou 0 % BR	100 % BR

BR : base de remboursement ; RO : remboursement obligatoire ; FR : frais réels.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité. Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme les honoraires des médecins spécialistes.

(2) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(3) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(4) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(5) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(6) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(7)

**verres simples Classe B :**

- verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et +6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre  $\leq$  +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre)  $\leq$  6 dioptries
- verres neutres

**verres complexes Classe B :**

- verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 à +6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre  $>$  +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère  $<$  -6 dioptries et cylindre  $\geq$  0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre)  $>$  6 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre  $\leq$  +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre)  $\leq$  8 dioptries

**verres très complexes Classe B :**

- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre  $>$  +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère  $<$  -8 dioptries et cylindre  $\geq$  0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S  $>$  8 dioptries

(8) La mise en place du 100% Santé pour les prothèses dentaires est progressive entre 2020 et 2021. Certaines prothèses qui intégreront le panier 100% Santé au 1<sup>er</sup> janvier 2021 seront prises en charge au titre des prothèses hors 100% Santé au cours de l'année 2020.

(9) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour certaines prothèses hors 100% Santé (prothèses à honoraires maîtrisés) entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire dès lors qu'ils ont pris effet.

(10) À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700€ / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est réduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

## Annexe 2. Garanties complémentaires de base + garanties optionnelles

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait "actes lourds", du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100 % santé en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optiques et du plafond pour les aides auditives.

NATURE DES FRAIS	Remboursement du régime de base En % de la base de remboursement	Remboursement "Garanties complémentaires de base" Niveau 2 En % de la base de remboursement	Total Niveau 2 + Niveau 1 + Régime de base
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation) :</b>			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	230 % BR	<b>300 % BR</b>
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	130 % BR	<b>200 % BR</b>
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	230 % BR	<b>300 % BR</b>

- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	230 % BR	<b>300 % BR</b>
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	130 % BR	<b>200 % BR</b>
<b>Honoraires paramédicaux</b>	60 % BR	40 % BR	<b>100 % BR</b>
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	de 60 % à 100 % BR	de 40 % BR à 0% BR	<b>100 % BR</b>
<b>Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie</b>	70 % BR	30 % BR	<b>100 % BR</b>
<b>Actes de prévention</b> <sup>(2)</sup>	de 35 % à 70 % BR	65% BR à 30 % BR	<b>100 % BR</b>
<b>Honoraires de médecines douces :</b> ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie		30 €/séance pour 4 séances/ an/bénéficiaire	<b>30 €/séance pour 4 séances/an/bénéficiaire</b>
<b>MEDICAMENTS</b>			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65 % BR	35 % BR	<b>100 % BR</b>
- Médicaments à service médical rendu "modéré"	30 % BR	70 % BR	<b>100 % BR</b>
- Médicaments à service médical rendu "faible"	15 % BR	85 % BR	<b>100 % BR</b>
- Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base		40 €/an/bénéficiaire	<b>40 €/an/bénéficiaire</b>
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base		40 €/an/bénéficiaire	<b>40 €/an/bénéficiaire</b>
<b>MATERIEL MEDICAL</b>			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	440 % BR	<b>500 % BR</b>
- gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % BR ou 100 % BR	440 % BR ou 400 % BR	<b>500 % BR</b>
<b>HOSPITALISATION (hors maternité)</b>			
<b>Frais de séjour</b>	80 % ou 100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	<b>100 % BR</b>
<b>Honoraires :</b>			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % ou 100 % BR	420 % BR ou 400 % BR	<b>500 % BR</b>
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % ou 100 % BR	120 % BR ou 100 % BR	<b>200 % BR</b>
Forfait actes lourds <sup>(3)</sup>		100 % FR	<b>100 % FR</b>
Forfait journalier hospitalier <sup>(4)</sup>		100 % FR	<b>100 % FR</b>
<b>Chambre particulière y compris en ambulatoire</b> (par jour/bénéficiaire)		52 €/jour pendant 60 jours puis 25 €/jour	<b>52 €/jour pendant 60 jours puis 25 €/jour</b>
<b>Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans</b> (par jour/bénéficiaire)		52 €/jour limité à 30 jours/an	<b>52 €/jour limité à 30 jours/an</b>
<b>HOSPITALISATION (maternité)</b>			
<b>Frais de séjour</b>	100 % BR		<b>100 % BR</b>
<b>Honoraires :</b>			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100 % BR	200% BR	<b>300 % BR</b>
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR	<b>200 % BR</b>
Forfait actes lourds <sup>(3)</sup>		100 % FR	<b>100 % FR</b>
Forfait journalier hospitalier <sup>(4)</sup>		100 % FR	<b>100 % FR</b>
<b>Chambre particulière</b>		52 €/jour	<b>52 €/jour</b>
Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés)		1/3 PMSS	<b>1/3 PMSS</b>

NATURE DES FRAIS	Remboursement du régime de base En % de la base de remboursement	Remboursement "Garanties complémentaires de base" Niveau 2 En % de la base de remboursement	Total Niveau 2 + Niveau 1 + Régime de base
<b>OPTIQUE</b>			
<b>Monture et verres : Expression des garanties par élément</b>			
1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans <sup>(5)</sup>			
<b>Équipements 100% santé (Classe A)<sup>(6)</sup></b>			
- Monture	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Verre	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
<b>Autres équipements (Classe B)</b>			
- Monture	60 % BR	100 € - RO	100 €
- Verre simple <sup>(7)</sup>	60 % BR	160 € - RO	160 €
- Verre complexe <sup>(7)</sup>	60 % BR	300 € - RO	300 €
- Verre très complexe <sup>(7)</sup>	60% BR	350 € - RO	350 €
<b>Prestation d'adaptation de la correction à la vue pour des verres de Classe B<sup>(7)</sup></b>	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
<b>Supplément pour verre avec filtre<sup>(6)</sup></b>	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
Lentilles remboursées par le régime de base/an/bénéficiaire	60 % BR	395 % BR + 475 €	455 % + 475 €
Lentilles non remboursées par le régime de base		100 €	100 €
<b>DENTAIRE</b>			
<b>Soins et prothèses 100% Santé<sup>(6)(8)</sup></b>	70 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
<b>Soins (hors 100% Santé)</b>	70 % BR	30 % BR	100 % BR
<b>Inlay Onlay (hors 100% Santé)<sup>(9)</sup></b>	70 % BR	55 % BR	125 % BR
<b>Prothèses (hors 100% Santé) :</b>			
Prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(9)</sup> , à honoraires libres, et prothèses non remboursées par le régime de base	0 % ou 70% BR	0 % ou 140 % BR + 475 € /an/bénéficiaire	0 % ou 210 % BR + 475 € /an/bénéficiaire
<b>Orthodontie remboursée par le régime de base</b>	70 % ou 100 % BR	280 % BR ou 250 % BR	350 % BR
<b>Implantologie (hors couronne implanto-portée)</b>		200 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
<b>Parodontologie non remboursée</b>		100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
<b>AIDES AUDITIVES<sup>(10)</sup></b>			
<b>Équipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020<sup>(6)</sup></b>	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
<b>Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité</b>	60 % BR	1700 € - RO/oreille	1700 €/oreille
<b>Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans</b>	60 % BR	1700 € - RO/oreille	1700 €/oreille
<b>CURES THERMALES</b>			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux <sup>(1)</sup> , transport, hébergement, surveillance	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR	100 % BR
<b>DIVERS</b>			
Transports remboursés par le régime de base	65 % ou 100 % BR	35 % ou 0 % BR	100 % BR

BR : base de remboursement ; RO : remboursement obligatoire ; FR : frais réels.

(0) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité. Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme les honoraires des médecins spécialistes.

(2) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(3) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(4) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(5) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge



des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(6) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(7)

**verres simples Classe B :**

- verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et +6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre  $\leq$  +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre)  $\leq$  6 dioptries
- verres neutres

**verres complexes Classe B :**

- verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 à +6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre  $>$  +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère  $<$  -6 dioptries et cylindre  $\geq$  0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre)  $>$  6 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre  $\leq$  +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre)  $\leq$  8 dioptries

**verres très complexes Classe B :**

- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre  $>$  +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère  $<$  -8 dioptries et cylindre  $\geq$  0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S  $>$  8 dioptries

(8) La mise en place du 100% Santé pour les prothèses dentaires est progressive entre 2020 et 2021. Certaines prothèses qui intégreront le panier 100% Santé au 1<sup>er</sup> janvier 2021 seront prises en charge au titre des prothèses hors 100% Santé au cours de l'année 2020.

(9) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour certaines prothèses hors 100% Santé (prothèses à honoraires maîtrisés) entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire dès lors qu'ils ont pris effet.

(10) À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700€ / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est réduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé. »

## Article 3

Les dispositions de l'article 1<sup>er</sup> du présent avenant prennent effet immédiatement, et celles de l'article 2 entreront en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

## Article 4

La partie la plus diligente des organisations signataires du présent avenant le notifie à l'ensemble des organisations représentatives à l'issue de la procédure de signature.

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

Les parties conviennent de solliciter l'extension du présent avenant.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de l'accord du 17 juin 2009.

*Fait à Auch, le 16 septembre 2019.*

(Suivent les signatures.)