

Accord départemental

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE EN AGRICULTURE
(Var)**

Avenant n° 3 du 3 octobre 2019

NOR : AGRS2097015M

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

FDSEA du Var ;

FDCUMA du Var,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

SGA CFDT Côte d'Azur ;

Fédération CFTC-Agri ;

SNCEA CFE-CGC,

d'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

La loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a créé, dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire, une catégorie de remboursement d'un ensemble de soins dans le cadre d'une « offre 100 % santé » intégralement remboursée (assurance maladie obligatoire + complémentaire santé). La mise en place de cette réforme va se déployer par étapes, jusqu'au remboursement total en 2021.

Les partenaires sociaux nationaux ont décidé d'appliquer totalement cette réforme dès le 1^{er} janvier 2020 dans l'accord national modifié du 10 juin 2008 pour une protection sociale en agriculture.

Cet avenant a pour objet de mettre en conformité l'accord départemental du 4 décembre 2015 avec cette loi, ses textes réglementaires et les garanties de l'accord national modifié du 10 juin 2008. Pour faciliter la lecture des garanties santé par les salariés assurés et, conformément à la logique de la loi, une nouvelle présentation modifie les tableaux des garanties de l'accord départemental.

Le présent avenant ne comprend pas d'article relatif à des dispositions spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés. En effet, la branche de la production agricole comprenant très majoritairement des structures de moins de 50 salariés, les dispositions ci-dessus énoncées tiennent déjà compte des spécificités de ces entreprises, répondant ainsi à l'obligation issue de l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

Article 1^{er} | Modifications apportées à l'accord

Les partenaires sociaux signataires décident que le tableau des garanties qui figure en annexe 1 de l'accord départemental est remplacé par le tableau figurant en annexe I du présent avenant.

Article 2 | Entrée en vigueur, dépôt et demande d'extension

Une fois le délai d'opposition expiré et à condition qu'il n'y ait pas d'opposition majoritaire, le présent avenant sera déposé conformément aux dispositions légales. Son extension est demandée.

Le présent avenant entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Fait à Hyères, le 3 octobre 2019.




(Suivent les signatures.)

Annexe I Tableau des garanties

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

Frais couverts à compter du 1^{er} janvier 2020.

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

H HOSPITALISATION (1) 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) Par nuitée (maternité) Par nuitée (psychiatrie) Par journée (hospitalisation en ambulatoire) Forfait maternité (prime de naissance) Doubé en cas de naissance gémellaire	55 € 55 € 55 € 55 € 1/3 PMS
 DENTAIRE (5) auprès d'un professionnel	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 (9)
	Soins Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie Inlay/onlay	100 % BR 125 % BR
	Prothèses autres que 100 % Santé Prothèses remboursées Orthodontie (6) Remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA - par semestre de traitement et par bénéficiaire	210 % BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 400 € 160 % BR
 OPTIQUE ÉQUIPEMENT (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 (10)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)	
	par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans**** par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans**** par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans**** par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans**** par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans**** par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans**** par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans**** par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans****	105,5 € 175 € 175 € 100 € 160,0 € 262 € 262 € 100 €
	Lentilles Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA (7) Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire (7)	455 % BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 100 € 100 €
	Jusqu'au 31/12/2020 : Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	100 % BR
	Accessoires et fournitures Piles non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA pour appareil auditif - par an et par bénéficiaire	non couvert
	À compter du 01/01/2021 : Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
 AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille	Équipement 100 % Santé** (classe F*)	sans reste à payer (10)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe F*)	
	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**** Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	100 % BR 100 % BR
	Accessoires et fournitures	100 % BR
 SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Honoraires médicaux	
	Consultation / visite / consultation en ligne	
	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
	Actes techniques médicaux	
	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
	Actes d'imagerie médicale	
	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
	Honoraires paramédicaux	
	auxiliaires médicaux, pédicures-podologues	100 % BR
	Analyses et examens de laboratoire	100 % BR
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (8)
	Médicaments	
	Médicaments remboursés à 65%	100 % BR
	Médicaments remboursés à 30%	100 % BR
	Médicaments remboursés à 15%	100 % BR
	Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	40 €
	Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	150 €
	Médecine additionnelle et de prévention Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA	
	Acupuncteur, Chiropracteur, Diététicien, Ergothérapeute, Eliopathe, Homéopathe, Méthode Mézières, Microkinésithérapeute, Nutritionniste, Ostéopathe, Pédiatre, Podologue, Psychologue, Psychomotricien, Psychothérapeute, Réflexologue, Sophrologue - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 3 consultations par an	40 €

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 €). MSA = Mutualité Sociale Agricole.

* **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 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 ou de la MSA.

(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.

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

(8) 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.

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

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