

Accord départemental

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS NON CADRES

(Puy-de-Dôme)

(21 septembre 2009)

(Étendu par arrêté du 25 février 2010,

Journal officiel du 5 mars 2010)

Avenant n° 5 bis du 14 octobre 2019

NOR : AGRS2097034M

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

Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles du Puy-de-Dôme,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Syndicat général agro-alimentaire du Puy-de-Dôme CFTD ;

Syndicat national des cadres des entreprises agricoles SNCEA CFE-CGC,

d'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er} | Révision partielle de l'accord départemental du 21 septembre 2009 (modifié par l'avenant n° 4 du 27 octobre 2015)

Le présent avenant constitue un accord de révision au sens des articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Le présent avenant porte sur les niveaux de garanties offerts par le régime complémentaire et faisant l'objet des annexes 1 et 2 de l'avenant n° 4 du 27 octobre 2015 qui sont abrogées et remplacées par les annexes 1 et 2 du présent avenant.

Article 2 | Dispositions spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés

Le présent avenant ne comprend pas d'article relatif à des dispositions spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés. En effet, la branche des entreprises agricoles comprenant majoritairement des structures de moins de 50 salariés, les dispositions ci-dessus énoncées tiennent déjà compte des spécificités de ces entreprises.

Les dispositions du présent avenant sont applicables de façon indifférenciée à l'ensemble des entreprises relevant de la branche. Elles concernent donc de façon identique les entreprises de moins de cinquante (50) salariés et de cinquante (50) salariés et plus, afin de garantir à l'en-

semble 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 | Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension.

Article 4 | Révision et dénonciation

Le présent accord pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2222-5, L. 2222-6 et L. 2261-7 à L. 2261-13 du code du travail.

Conformément à l'article L. 2261-7 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles se réunira alors dans un délai d'un (1) mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

Conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de trois (3) mois.

La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception.

Article 5 | Dépôt et extension

Le présent avenant est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Fait à Clermont-Ferrand, le 14 octobre 2019.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Garanties frais de santé accord production agricole - 2019



Garantie obligatoire Niveau 1	
Soins courants	
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes OPTAM-OPTAM-CO	100%
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes hors OPTAM-OPTAM-CO	100%
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	100%
Sages-femmes	100%
Analyses médicales : actes de biologie, analyses, prélèvements, examens de laboratoire	100%
Actes techniques : actes de chirurgie, actes d'obstétriques, actes d'anesthésie (hors hospitalisation) OPTAM-OPTAM-CO	100%
Actes techniques : actes de chirurgie, actes d'obstétriques, actes d'anesthésie (hors hospitalisation) hors OPTAM-OPTAM-CO	100%
Radiologie : actes d'imagerie (IRM, scanners...), actes d'échographie, (actes d'endoscopie, de radiologie...) OPTAM-OPTAM-CO	100%
Radiologie : actes d'imagerie (IRM, scanners...), actes d'échographie, (actes d'endoscopie, de radiologie...) hors OPTAM-OPTAM-CO	100%
Actes de prévention	TOUS
Pharmacie	
Médicaments pris en charge par l'assurance maladie	100%
Hospitalisation (conventionnée ou non)	
Honoraires médicaux et chirurgicaux : actes cliniques et techniques, actes de chirurgie, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie OPTAM-OPTAM-CO	100%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : actes cliniques et techniques, actes de chirurgie, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie hors OPTAM-OPTAM-CO	100%
Dépassements d'honoraires OPTAM-OPTAM-CO	155%
Dépassements d'honoraires hors OPTAM-OPTAM-CO	100%
Frais de séjour	100%
Forfait journalier hospitalier (1)	Frais réels
Chambre particulière en hospitalisation (2)	45€ pdt 60 jours
Chambre particulière en psychiatrie (2)	45€ pdt 60 jours
Chambre particulière en maternité	45€/ jour
Forfait sur les actes lourds (actes affectés d'un coefficient>60 ou tarif >120)	Frais réels
Maternité : dépassements d'honoraires (dans la limite des frais engagés)	33% PMSS/ maternité
Dentaire	
Soins dentaires	100%
Inlays / Onlays PEC RO	125%
Inlay Cores PEC RO	210%+300€/an
Prothèses PEC par le RO	210%+300€/an
Orthodontie PEC RO	250%

**Garantie obligatoire
Niveau 1**

Optique

Lunettes remboursées tous les 2 ans, sauf enfants de – 18 ans et changement de dioptrie, le forfait est annuel, TM inclus - Forfaits calculés à compter de la date d'achat de l'équipement optique (3)

Monture seule	RSS + 150 €
2 verres simples (classe a)	RSS + 250 €
2 verres complexes (classe b)	RSS + 350 €
2 verres très complexes (classe c)	RSS + 350 €
1 verre simple (classe a)+ 1 verre complexe (classe b)	RSS + 300 €
1 verre simple (classe a)+ 1 verre très complexe (classe c)	RSS + 300 €
1 verre complexe (classe b) + 1 verre très complexe (classe c)	RSS + 350 €
Lentilles PEC RO et non PEC RO / an	100%+100€/an

Appareillage

Fournitures médicales, pansements	100%
Petit appareillage, autres prothèses	100%
Gros appareillage	100%
Prothèses auditives	460%

Prestations complémentaires

Cure thermique PEC RO (y compris forfait de surveillance médicale, soin, forfait thermal, hébergement et frais de transport)	100%
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	40€/ an
Frais de transport PEC RO	100%
Médecine douce (ostéopathie, acupuncture, chiropractie, sophrologie) (4)	30€/1 séance/maximum /an /bénéficiaire
Assistance	Incluse

OPTAM-OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des Médecins – Chirurgie –Obstétrique. Les garanties hors OPTAM/Optam-co sont inférieures d'au-moins 20% aux garanties Optam/ Optam-co et dans la limite de 200% de la BR.

RO : Régime Obligatoire. **PEC / NON PEC RO** : Pris en charge / Non pris en charge par le Régime Obligatoire. **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

TM : Ticket modérateur. **BR** : Base de Remboursement. **RSS** : Remboursement de la Sécurité Sociale.

Les garanties sont responsables au sens du nouveau cahier des charges posé par les articles L.871-1 et R.871-1 et suivant du Code de la Sécurité Sociale. Sauf précision contraire, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR en incluant la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné(e) avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité. Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire. La Mutuelle prend en charge la participation forfaitaire pour actes coûteux (actes médicaux lourds dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60).

(1) Hors établissements médicaux sociaux mentionnés à l'article L.174-6 du code de la sécurité sociale et au 6° de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles

(2) Au-delà de 60 jours, le remboursement de la chambre particulière est de 25 € par jour

(3) Sur prescription d'un professionnel de santé ou dans le cadre du renouvellement d'une prescription par un opticien

Détails des verres

Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre < = + 4,00 dioptries

Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs

Verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

(4) Sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures, dans la limite du forfait annuel.

Annexe 2 Garanties optionnelles frais de santé accord production



	Niveau 2	Niveau 3
Soins courants		
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes OPTAM-OPTAM-CO	200%	220%
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes hors OPTAM-OPTAM-CO	180%	200%
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	100%	200%
Sages-femmes	100%	200%
Analyses médicales : actes de biologie, analyses, prélèvements, examens de laboratoire	100%	200%
Actes techniques : actes de chirurgie, actes d'obstétriques, actes d'anesthésie (hors hospitalisation) OPTAM-OPTAM-CO	200%	220%
Actes techniques : actes de chirurgie, actes d'obstétriques, actes d'anesthésie (hors hospitalisation) hors OPTAM-OPTAM-CO	180%	200%
Radiologie : actes d'imagerie (IRM, scanners...), actes d'échographie, (actes d'endoscopie, de radiologie...) OPTAM-OPTAM-CO	100%	210%
Radiologie : actes d'imagerie (IRM, scanners...), actes d'échographie, (actes d'endoscopie, de radiologie...) hors OPTAM-OPTAM-CO	100%	190%
Actes de prévention	TOUS	TOUS
Pharmacie		
Médicaments pris en charge par l'assurance maladie	100%	100%
Hospitalisation (conventionnée ou non)		
Honoraires médicaux et chirurgicaux : actes cliniques et techniques, actes de chirurgie, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie OPTAM-OPTAM-CO	100%	100%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : actes cliniques et techniques, actes de chirurgie, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie hors OPTAM-OPTAM-CO	100%	100%
Dépassements d'honoraires OPTAM-OPTAM-CO	300%	300%
Dépassements d'honoraires hors OPTAM-OPTAM-CO	100%	100%
Frais de séjour	100%	100%
Forfait journalier hospitalier (1)	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière en hospitalisation (2)	60€ pdt 60 jours	75€ pdt 60 jours
Chambre particulière en psychiatrie (2)	60€ pdt 60 jours	75€ pdt 60 jours
Chambre particulière en maternité	60€/ jour	80€/jour
Forfait sur les actes lourds (actes affectés d'un coefficient>60 ou tarif >120)	Frais réels	Frais réels
Maternité : dépassements d'honoraires (dans la limite des frais engagés)	33% PMSS/ maternité	40% PMSS/ maternité
Frais d'accompagnant (moins de 16 ans)(3)	-	30€/jour
Dentaire		
Soins dentaires	100%	100%
Inlays / Onlays PEC RO	125%	250%
Inlay Cores PEC RO	280%+300€/an	500%+400€/an
Prothèses PEC par le RO	280%+300€/an	500%+400€/an
Orthodontie PEC RO	250%	300%
Orthodontie NON PEC RO	150% BR reconstituée	200€/an
Parodontologie	100€/an	100€/an
Forfait prothèses NON PEC RO y compris implants	-	300€/an

Appareillage		
Fournitures médicales, pansements	300%	300%
Petit appareillage, autres prothèses	300%	300%
Gros appareillage	300%	300%
Prothèses auditives	460%+350€/an	460%+350€/an
Prestations complémentaires		
Cure thermique PEC RO (y compris forfait de surveillance médicale, soin, forfait thermal, hébergement et frais de transport)	100%	100%+150€/an
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	40€/ an	40€/ an
Frais de transport PEC RO	100%	100%
Médecine douce (ostéopathie, acupuncture, chiropractie, sophrologie) (5)	30€/2 séances maximum/an /bénéficiaire	30€/4 séances maximum /an /bénéficiaire
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale) (6)	-	50€/an
Assistance	Incluse	Incluse

	Niveau 2	Niveau 3
Optique		
Lunettes remboursées tous les 2 ans, sauf enfants de – 18 ans et changement de dioptrie, le forfait est annuel, TM inclus		
Forfaits calculés à compter de la date d'achat de l'équipement optique (4)		
Monture seule	RSS + 150 €	RSS + 150 €
2 verres simples (classe a)	RSS + 300 €	RSS + 320 €
2 verres complexes (classe b)	RSS + 500 €	RSS + 650 €
2 verres très complexes (classe c)	RSS + 500 €	RSS + 650 €
1 verre simple (classe a)+ 1 verre complexe (classe b)	RSS + 400 €	RSS + 460 €
1 verre simple (classe a)+ 1 verre très complexe (classe c)	RSS + 400 €	RSS + 460 €
1 verre complexe (classe b) + 1 verre très complexe (classe c)	RSS + 400 €	RSS + 460 €
Lentilles PEC RO et non PEC RO / an	100%+100€/an	100%+200€/an
Chirurgie corrective	-	300€/œil

OPTAM-OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des Médecins – Chirurgie – Obstétrique. Les garanties hors OPTAM/ OPTAM-CO sont inférieures d'au-moins 20% aux garanties Optam/ Optam-co et dans la limite de 200% de la BR.

RO : Régime Obligatoire. **PEC / NON PEC RO** : Pris en charge / Non pris en charge par le Régime Obligatoire. **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

TM : Ticket modérateur. **BR** : Base de Remboursement. **RSS** : Remboursement de la Sécurité Sociale.

Les garanties sont responsables au sens du nouveau cahier des charges posé par les articles L.871-1 et R.871-1 et suivant du Code de la Sécurité Sociale. Sauf précision contraire, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR en incluant la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné(e) avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité. Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire. La Mutuelle prend en charge la participation forfaitaire pour actes coûteux (actes médicaux lourds dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60).

(1) Hors établissements médicaux sociaux mentionnés à l'article L.174-6 du code de la sécurité sociale et au 6° de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles

(2) Au-delà de 60 jours, le remboursement de la chambre particulière est de 25€/jour.

(3) Sur présentation de justificatifs de dépenses d'hébergement ou de frais annexes et dans la limite des frais engagés

(4) Sur prescription d'un professionnel de santé ou dans le cadre du renouvellement d'une prescription par un opticien.

Détails des verres :

Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre < = + 4,00 dioptries

Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs

Verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

(5) Sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures, dans la limite du forfait annuel.

(6) Le forfait versé par la mutuelle s'ajoute à l'éventuel remboursement de la sécurité sociale