

Accord collectif national

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ DANS
LA COOPÉRATION BÉTAIL ET VIANDE**

Avenant n° 3 du 1^{er} octobre 2019

relatif à la création d'un régime conventionnel de remboursement
complémentaire de frais de santé

NOR : AGRS2097033M

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

Coop de France bétail et viande,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Fédération générale agro-alimentaire FGA CFTD ;

**Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation des
tabacs et activités annexes FGTA FO ;**

Fédération CFTC de l'agriculture CFTC-Agri ;

Fédération nationale agroalimentaire et forêts FNAF CGT ;

Syndicat national de la coopération agricole SNCOA CFE-CGC,

d'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Par avenant n° 2 du 27 mai 2015, les partenaires sociaux de la branche bétail et viande ont procédé à la mise en conformité de l'accord du 3 décembre 2009 modifié relatif à la création d'un régime conventionnel de remboursement complémentaire de frais de santé dans la coopération bétail et viande au regard des dispositions du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales dits « contrats responsables ».

Conformément à la loi du 22 décembre 2018 et décret du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires dit « réforme 100 % santé », les partenaires sociaux se réunissent afin de mettre en conformité l'accord du 3 décembre 2009 modifié au travers d'un nouveau tableau des garanties.

De plus, les partenaires sociaux, constatant un régime excédentaire, conviennent d'améliorer les garanties santé sur les postes audiologie et orthodontie remboursés par la MSA afin de limiter le reste à charge des bénéficiaires.

Article 1^{er} | Tableau des garanties

L'annexe 1 « Tableau des garanties » de l'accord du 3 décembre 2009 modifié relatif à la création d'un régime conventionnel de remboursement complémentaire de frais de santé dans la coopération bétail et viande est abrogée et remplacée par l'annexe 1 jointe au présent avenant applicable au 1^{er} janvier 2020.

Article 2 | Adhésion à l'accord collectif du 3 décembre 2009

Les organisations syndicales de salariés non signataires de l'accord collectif du 3 décembre 2009 modifié relatif à la création d'un régime conventionnel de remboursement complémentaire de frais de santé dans la coopération bétail et viande mais signataires du présent avenant, déclarent adhérer en totalité et sans réserve, à l'accord collectif du 3 décembre 2009 modifié précité.

Article 3 | Durée et entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur à l'issue du délai prévu par les articles L. 2232-6 et suivants du code du Travail pour l'exercice du droit d'opposition des organisations syndicales représentatives au niveau de la branche non signataires du présent accord et au plus tôt au 1^{er} janvier 2020.

Article 4 | Dépôt et extension

Le présent avenant est établi en vertu des dispositions des articles L. 2221-2 et suivants du code du travail.

Il est établi en un nombre suffisant d'exemplaires pour notification à chacune des organisations syndicales représentatives et déposé par la partie la plus diligente auprès du service compétent, dans les conditions prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 1^{er} octobre 2019.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Tableaux des garanties

Convention Collective Nationale de la Coopération Bétail et viande

12100

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Garanties conventionnelles - en complément de la MSA Dans la limite des frais réels engagés
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (Hors ambulatoire) FRAIS DE SOINS ET SÉJOUR en secteur conventionné FRAIS DE SOINS ET SÉJOUR en secteur non conventionné DÉPASSEMENT D'HONORAIRES secteur conventionné ou non FORFAIT HOSPITALIER PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS CHAMBRE PARTICULIÈRE	100% du TM De 0% à 20% de la BR 165 % de la BR médecins DPTM/ 120 % de la BR médecins non DPTM* Frais réels Frais réels 25 € par jour
SOINS COURANTS HONORAIRES MÉDICAUX CONSULTATIONS – VISITES généralistes CONSULTATIONS – VISITES spécialistes ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE HONORAIRES PARAMÉDICAUX (kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, pédicure, orthopédiste, sages femmes) ACTES DE CHIRURGIE en cabinet ou en ambulatoire RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE – D'ÉCHOGRAPHIE ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX MÉDICAMENTS MATÉRIEL MÉDICAL TRANSPORT TERRESTRE	50 % de la BR médecins DPTM/ 30% de la BR médecin non DPTM * 100 % de la BR médecins DPTM/ 80% de la BR médecin non DPTM * 40% de la BR 40% de la BR 170% de la BR médecins DPTM / 130% de la BR médecins non DPTM* 50% de la BR médecins DPTM/ 30 % de la BR médecins non DPTM* 50% de la BR médecins DPTM/ 30 % de la BR médecins non DPTM 100% du TM 40% BR 35% de la BR
DENTAIRE Prothèses 100% santé (1) Prothèses hors panier 100% santé (3) SOINS ORTHODONTIE	Frais réels (2) 190 % de la BR+ 300 € par an 100% TM 100 % de la BR
OPTIQUE En optique, les forfaits en euros s'entendent sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100% du TM à minima. 1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les adultes (16 ans et plus), tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à 1 an avec possibilité d'un renouvellement anticipé. (4) Equipements 100% santé (1) Equipements à tarifs libres : Monture 2 Verres simples 1 verre simple et 1 verre complexe/hypercomplexe 2 verres complexes ou hypercomplexes Lentilles prises en charge par la MSA (adultes) Lentilles non prises en charge par la MSA (adulte) Lentilles prises en charge par la MSA (enfants) Lentilles non prises en charge par la MSA (enfants)	Frais réels (2) 100 € par bénéficiaire 266 € par bénéficiaire 266 € par bénéficiaire 266 € par bénéficiaire 390 % BR + 250 € par année civile et par bénéficiaire 100 € par année civile et par bénéficiaire 390 % BR + 125 € par année civile et par bénéficiaire 100 € par année civile et par bénéficiaire
AIDES AUDITIVES Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les 4 ans (4) Equipements 100% santé (1) Equipements à tarifs libres	Frais réels (2) à partir du 01/01/2021 40 % de la BR+ 560 € et à partir du 01/01/2021 dans la limite de 1700 € (y compris le remboursement de la MSA) par oreille
MATERNITÉ forfait par naissance, doublé en cas de naissance gémellaire	200 €
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE SEVRAGE TABAGIQUE médicaments, patchs DIÉTÉTICIEN consultation OSTEOPATHIE dans le cadre d'une médecine manuelle pratiquée par un médecin ou kinésithérapeute possédant un diplôme d'état VACCINS non pris en charge par la MSA (prescrit médicalement)	50 € par an 30 € dans la limite de 2 consultations par an 40 € dans la limite de 2 consultations par an 100 € par an
ACTES DE PRÉVENTION Ensemble des actes prévus par l'arrêté du 08 juin 2006	100 % TM
SMI ASSISTANCE	Garanties souscrites auprès de FIDELIA

Prestations de l'année 2020

BR = Base de remboursement de la MSA. TM = Ticket Modérateur.

En secteur non conventionné, les remboursements sont limités au tarif d'Autorité.

DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée ; ces dispositifs regroupent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée), l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) et le Contrat d'Accès aux Soins.

Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés.

Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://ameli-direct.ameli.fr/>.

* Pour les médecins non DPTM : le cumul du remboursement de la Sécurité sociale et de la mutuelle est plafonné à 200 % de la BR, quel que soit le régime et la situation géographique.

(1) Equipements 100% santé tels que définis réglementairement.

(2) Prise en charge « frais réels » plafonnée aux honoraires limite de facturation, aux prix limites de vente et aux plafonds du contrat « responsable » définis à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

(3) Les inlays onlays et les prothèses dentaires du panier reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation.

(4) Les délais de renouvellement débutent à partir de la dernière date de remboursement du régime obligatoire.

Les présentes garanties sont en conformité avec les règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat ; les garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des modifications des règles relatives à ces dits contrats. Elles respectent également la réglementation 100% santé.

**Convention Collective Nationale
de la Coopération Bétail et viande
Base+option 1**

12100

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Garanties conventionnelles - en complément de la MSA Dans la limite des frais réels engagés	OPTION 1 Garanties facultatives - en complément de la MSA En complément des garanties base Dans la limite des frais réels engagés
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (Hors ambulatoire) FRAIS DE SOINS ET SÉJOUR en secteur conventionné FRAIS DE SOINS ET SÉJOUR en secteur non conventionné DEPASSEMENT D'HONORAIRES secteur conventionné ou non FORFAIT HOSPITALIER PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS <u>Chambre particulière</u>	100% du TM De 0% à 20% de la BR 165 % de la BR médecins DPTM/120 % de la BR médecins non DPTM* Frais réels Frais réels 25 € par jour	+ 100 % de la BR médecins DPTM / + 80 % de la BR médecins non DPTM * + 100 % de la BR médecins DPTM / + 80 % de la BR médecins non DPTM * +300 % de la BR médecins DPTM / + 0 % de la BR médecins non DPTM Frais réels Frais réels +40 € par jour
SOINS COURANTS HONORAIRES MÉDICAUX CONSULTATIONS – VISITES généralistes CONSULTATIONS – VISITES spécialistes ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE HONORAIRES PARAMÉDICAUX (kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, pédicure, orthopédiste, sages femmes) ACTES DE CHIRURGIE en cabinet ou en ambulatoire RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE – D'ÉCHOGRAPHIE ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX MATERIELS MATERIEL MÉDICAL TRANSPORT TERRESTRE	50 % de la BR médecins DPTM/30% de la BR médecin non DPTM * 100 % de la BR médecins DPTM/80% de la BR médecin non DPTM * 40 % de la BR 40 % de la BR 170 % de la BR médecins DPTM /130% de la BR médecins non DPTM* 50 % de la BR médecins DPTM/30 % de la BR médecins non DPTM* 50 % de la BR médecins DPTM/30 % de la BR médecins non DPTM* 100 % du TM 40 % BR 35 % de la BR	+ 100 % de la BR médecins DPTM / + 100 % de la BR médecins non DPTM * + 100 % de la BR médecins DPTM / + 50 % de la BR médecins non DPTM * + 100 % de la BR + 100 % de la BR + 300 % de la BR médecins DPTM / + 0% de la BR médecins non DPTM * + 100 % de la BR médecins DPTM / + 100% de la BR médecins non DPTM * + 100 % de la BR médecins DPTM / + 100 % de la BR médecins non DPTM * 100 % du TM +300 € par année civile +100 % de la BR
DENTAIRE Prothèses 100% santé (1) Prothèses hors panier 100% santé (3) SOINS ORTHODONTIE	Frais réels (2) 190 % de la BR+ 300 € par an 30 % de la BR 100 % de la BR	+200 € par année civile +100 % de la BR +50% BR
OPTIQUE En optique, les forfaits en euros s'entendent sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100% du TM à minima. 1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les adultes (16 ans et plus), tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à 1 an avec possibilité d'un renouvellement anticipé. (4) Equipements 100% santé (1) Equipements à tarifs libres : Monture 2 Verres simples 1 verre simple et 1 verre complexe/hypercomplexe 2 verres complexes ou hypercomplexes Lentilles prises en charge par la MSA (adultes) Lentilles non prises en charge par la MSA (adulte) Lentilles prises en charge par la MSA (enfants) <u>Lentilles non prises en charge par la MSA (enfants)</u>	Frais réels (2) 100 € par bénéficiaire 266 € par bénéficiaire 266 € par bénéficiaire 266 € par bénéficiaire 390 % BR + 250 € par année civile et par bénéficiaire 100 € par année civile 390 % BR + 125 € par année civile et par bénéficiaire 100 € par année civile	Néant +54 € +125 € +125 € +125 € par année civile +50 € par année civile +125 € par année civile +50 € par année civile
AIDES AUDITIVES Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les 4 ans (4) Equipements 100% santé (1) Equipements à tarifs libres	Frais réels (2) à partir du 01/01/2021 40 % de la BR + 560 €	+240 € et à partir du 01/01/2021 dans la limite de 1700 € (y compris le remboursement de la MSA) par oreille
MATERNITÉ forfait par naissance, doublé en cas de naissance gémellaire	200 €	+300€
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE SEVRAGE TABAGIQUE médicaments, patches DIÉTETICIEN consultation OSTÉOPATHIE dans le cadre d'une médecine manuelle pratiquée par un médecin ou kinésithérapeute possédant un diplôme d'état VACCINS non pris en charge par la MSA (prescrit médicalement)	50 € par an 30 € dans la limite de 2 consultations par an 40 € dans la limite de 2 consultations par an 100 € par an	Néant Néant Néant + Frais réels
ACTES DE PRÉVENTION Ensemble des actes prévus par l'arrêté du 08 juin 2006	100 % du TM	
SMI ASSISTANCE	Garanties souscrites auprès de FIDELIA	

Prestations de l'année 2020

BR = Base de remboursement de la MSA. TM = Ticket Modérateur.

En secteur non conventionné, les remboursements sont limités au tarif d'Autorité.

DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée ; ces dispositifs regroupent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée), l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) et le Contrat d'Accès aux Soins.

Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés.

Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://ameli-direct.ameli.fr/>.

* Pour les médecins non DPTM : le cumul du remboursement de la Sécurité sociale et de la mutuelle est plafonné à 200 % de la BR, quel que soit le régime et la situation géographique.

(1) Equipements 100% santé tels que définis réglementairement.

(2) Prise en charge « frais réels » plafonnée aux honoraires limite de facturation, aux prix limites de vente et aux plafonds du contrat « responsable » définis à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

(3) Les inlays onlays et les prothèses dentaires du panier reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation.

(4) Les délais de renouvellement débutent à partir de la dernière date de remboursement du régime obligatoire.

Les présentes garanties sont en conformité avec les règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat ; les garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des modifications des règles relatives à ces dits contrats. Elles respectent également la réglementation 100% santé.

Convention Collective Nationale de la Coopération Bétail et viande Base+option 2

12100

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Garanties conventionnelles - en complément de la MSA Dans la limite des frais réels engagés	OPTION 2 Garanties facultatives - en complément de la MSA En complément des garanties base Dans la limite des frais réels engagés
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (Hors ambulatoire) FRAIS DE SOINS ET SÉJOUR en secteur conventionné FRAIS DE SOINS ET SÉJOUR en secteur non conventionné DEPASSEMENT D'HONORAIRES secteur conventionné ou non FORFAIT HOSPITALIER PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS Chambre particulière	100 % du TM De 0 % à 20% de la BR 165 % de la BR médecins DPTM/120 % de la BR médecins non DPTM* Frais réels Frais réels 25 € par jour	+ 100 % de la BR médecins DPTM / + 80 % de la BR médecins non DPTM * + 100 % de la BR médecins DPTM / + 80 % de la BR médecins non DPTM * + 300 % de la BR médecins DPTM / + 0% de la BR médecins non DPTM Frais réels Frais réels +60 € par jour
SOINS COURANTS HONORAIRES MÉDICAUX CONSULTATIONS – VISITES généralistes CONSULTATIONS – VISITES spécialistes ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE HONORAIRES PARAMÉDICAUX (kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, pédicure, orthopédiste, sages femmes) ACTES DE CHIRURGIE en cabinet ou en ambulatoire RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE – D'ÉCHOGRAPHIE ACTES TECHNIQUE MÉDICAUX MÉDICAMENTS MATÉRIEL MÉDICAL TRANSPORT TERRESTRE	50 % de la BR médecins DPTM/30% de la BR médecin non DPTM * 100 % de la BR médecins DPTM/80% de la BR médecin non DPTM * 40 % de la BR 40 % de la BR 170 % de la BR médecins DPTM /130% de la BR médecins non DPTM* 50 % de la BR médecins DPTM/30 % de la BR médecins non DPTM* 50 % de la BR médecins DPTM/30 % de la BR médecins non DPTM* 100 % du TM 40 % BR 35 % de la BR	+ 100 % de la BR médecins DPTM / + 100 % de la BR médecins non DPTM * + 100 % de la BR médecins DPTM / + 50 % de la BR médecins non DPTM * + 100 % de la BR + 100 % de la BR + 300 % de la BR médecins DPTM / + 0% de la BR médecins non DPTM * + 100 % de la BR médecins DPTM / + 100 % de la BR médecins non DPTM * + 100 % de la BR médecins DPTM / + 100% de la BR médecins non DPTM * 100 % du TM +400 € par année civile +100 % de la BR
DENTAIRE Prothèses 100% santé (1) Prothèses hors panier 100% santé (3) SOINS ORTHODONTIE	Frais réels (2) 190 % de la BR+ 300 € par an 30 % de la BR 100 % de la BR	+300 € par an +100 % de la BR +150 % de la BR
OPTIQUE En optique, les forfaits en euros s'entendent sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100% du TM à minima. 1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les adultes (16 ans et plus), tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à 1 an avec possibilité d'un renouvellement anticipé. (4) Equipements 100% santé (1) Equipements à tarifs libres : Monture 2 Verres simples 1 verre simple et 1 verre complexe/hypercomplexe 2 verres complexes ou hypercomplexes Lentilles prises en charge par la MSA (adultes) Lentilles non prises en charge par la MSA (adulte) Lentilles prises en charge par la MSA (enfants) Lentilles non prises en charge par la MSA (enfants)		
AIDES AUDITIVES Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les 4 ans (4) Equipements 100% santé (1) Equipements à tarifs libres	Frais réels (2) 100 € par bénéficiaire 266 € par bénéficiaire 266 € par bénéficiaire 266 € par bénéficiaire 390 % BR + 250 € par année civile et par bénéficiaire 100 € par année civile 390 % BR + 125 € par année civile et par bénéficiaire 100 € par année civile	Néant +54 € +194 € +325 € +125 € par année civile +150 € par année civile +125 € par année civile +150 € par année civile
MATERNITÉ forfait par naissance, doublé en cas de naissance gémellaire	200 €	+400€
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE SEVRAGE TABAGIQUE médicaments, patches DIÉTETICIEN consultation OSTEOPATHIE dans le cadre d'une médecine manuelle pratiquée par un médecin ou kinésithérapeute possédant un diplôme d'état VACCINS non pris en charge par la MSA (prescrit médicalement)	50 € par an 30 € dans la limite de 2 consultations par an 40 € dans la limite de 2 consultations par an 100 € par an	Néant Néant +40 € dans la limite de 2 consultations par an + Frais réels
ACTES DE PRÉVENTION Ensemble des actes prévus par l'arrêté du 08 juin 2006	100 % du TM	Garanties souscrites auprès de FIDELIA
SMI ASSISTANCE Prestations de l'année 2020		

BR = Base de remboursement de la MSA. TM = Ticket Modérateur.

En secteur non conventionné, les remboursements sont limités au tarif d'Autorité.

DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée ; ces dispositifs regroupent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée), l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) et le Contrat d'Accès aux Soins.

Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés.

Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://ameli-direct.ameli.fr/>.

* Pour les médecins non DPTM : le cumul du remboursement de la Sécurité sociale et de la mutuelle est plafonné à 200 % de la BR, quel que soit le régime et la situation géographique.

(1) Equipements 100% santé tels que définis réglementairement.

(2) Prise en charge « frais réels » plafonnée aux honoraires limite de facturation, aux prix limites de vente et aux plafonds du contrat « responsable » définis à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

(3) Les inlays onlays et les prothèses dentaires du panier reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation.

(4) Les délais de renouvellement débutent à partir de la dernière date de remboursement du régime obligatoire.

Les présentes garanties sont en conformité avec les règles relatives aux contrats dits «responsables» fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat ; les garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des modifications des règles relatives à ces dits contrats. Elles respectent également la réglementation 100% santé.