

Accord professionnel

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS NON-CADRES

(Pays de la Loire et ouest de la France)

(Étendu par arrêté du 6 avril 2010,
Journal officiel du 16 avril 2010)

Avenant n° 6 du 7 novembre 2019

NOR : AGRS2097089M

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

Fédération régionale des syndicats d'exploitants agricoles FRSEA des Pays de la Loire (délégataire des prérogatives de la représentativité de la fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles FNSEA pour la production agricole (IDCC 9492 ; 9532 ; 9722 ; 9494 ; 9723 ; 9491 ; 9531 ; 9721 ; 8526) relativement au présent accord dont le champ est régional et en tant que de besoin au-delà de la circonscription régionale pour l'IDCC 8526) ;

Entrepreneurs des territoires EDT des Pays de la Loire ;

Union des coopératives d'utilisation de matériel agricole CUMA des Pays de la Loire (agissant tant en son nom propre qu'au nom des fédérations desquelles elle a reçu mandat à l'effet de les engager dans les termes du présent accord, à savoir : fédération départementale des CUMA de Mayenne, fédération des CUMA Bretagne Ille Armor, fédération départementale des CUMA du Finistère, fédération départementale des CUMA du Morbihan),

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Union professionnelle régionale agricole des Pays de la Loire et de Bretagne UPRA CFTD ;

Fédération CFTC de l'agriculture ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes FGTA FO ;

Fédération nationale agroalimentaire et Forestière FNAF CGT ;

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

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

(Voir page suivante.)

Préambule

La loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a créé un remboursement intégral d'un ensemble de soins dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire : cette offre est accessible à tous les Français disposant d'une complémentaire santé. La mise en place de cette réforme va se déployer par étapes, jusqu'au remboursement total en 2021. Pour l'audiologie, l'optique et le dentaire, il existera plusieurs catégories de remboursements, dont une prévoira des équipements « offre 100 % santé » intégralement remboursée (assurance maladie obligatoire + complémentaire santé).

Afin de se mettre en conformité avec cette loi et ses textes réglementaires, les partenaires sociaux sont convenus de faire évoluer à compter du 1^{er} janvier 2020, les montants des prestations complémentaires santé concernées (l'audiologie, l'optique et le dentaire) du régime conventionnel obligatoire, définies à l'annexe de l'accord modifié du 15 juillet 2009 sur une protection sociale complémentaire en santé dans certains départements des pays de la Loire et de l'ouest de la France.

En outre, pour faciliter la lecture des garanties santé par les salariés assurés, conformément à la logique de la loi, une nouvelle présentation modifie les tableaux des garanties du régime conventionnel obligatoire (ainsi que des options).

Article 1^{er} | **Modification de l'article 2 de l'accord du 15 juillet 2009**

L'article 2 relatif à l'entrée en vigueur de l'accord est modifié ainsi qu'il suit :

Après le paragraphe 4, il est ajouté un paragraphe 5 ainsi rédigé :

« **Paragraphe 5. Application volontaire au 1^{er} janvier 2020 de l'avenant n° 6 à l'accord**

Dans l'hypothèse où la publication de l'arrêté d'extension de l'avenant n° 6 du 7 novembre 2019 à l'accord du 15 juillet 2009 ne serait pas intervenue à la date du 1^{er} janvier 2020, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application, adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes du présent accord, l'appliqueront à la date du 1^{er} janvier 2020.

Dans la même hypothèse, les exploitations et entreprises relevant du champ d'application qui ne seraient pas adhérentes des organisations professionnelles engagées par les termes dudit avenant et par conséquent pas engagées elles-mêmes, auraient la faculté d'appliquer volontairement les dispositions de l'avenant n° 6 à l'accord à la date du 1^{er} janvier 2020, de telle manière que les salariés bénéficiaires, au sens de l'article 3 ci-dessous, en profitent dès le 1^{er} janvier 2020, plutôt que de relever successivement de l'accord national du 10 juin 2008 sus-cité et modifié, puis du présent accord collectif tel qu'il est modifié par son avenant n° 6. »

Article 2 | **Modification de l'article 3 de l'accord du 15 juillet 2009**

L'article 3 est rédigé comme suit :

« **Article 3 | Salariés bénéficiaires**

Paragraphe 1. Détermination des salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés relevant de la convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971.

Sont donc exclus :

- les cadres et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 en application des décisions prises en leur temps par l'AGIRC et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;

- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

Paragraphe 2. Cas de dispense

Par exception aux dispositions du paragraphe 1 du présent article et par application des règles relatives à la réglementation sociale et fiscale en son état au jour de l'avenant n° 6, notamment les articles R. 242-1-6 et D. 911-2 et suivants du code de la sécurité sociale, il est prévu une faculté, au choix du salarié, de dispense d'adhésion pour certaines catégories de personnel, quelle que soit leur date d'embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère collectif et obligatoire de l'accord.

Cette possibilité de dispense d'adhésion concerne les salariés qui relèvent de l'une des situations définies ci-après et qui en font la demande expresse écrite auprès de l'employeur en apportant, le cas échéant, les justificatifs nécessaires :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties (art. R. 242-1-6 et D. 911-4 du code de la sécurité sociale) ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties (art. R. 242-1-6 et D. 911-4 du code de la sécurité sociale) ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties (art. R. 242-1-6 et D. 911-4 du code de la sécurité sociale) ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C (couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale). La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture (art. R. 242-1-6 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale) ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel (art. R. 242-1-6 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale) ;
- les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants (art. D. 911-2 du code de la sécurité sociale) :
 - a) Dispositif de garanties remplissant les conditions mentionnées au 4° du II de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.
 - b) Dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.
 - c) Contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.
 - d) Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale.

- e) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 ;
- les salariés en contrat à durée déterminée dont la durée du contrat de travail est inférieure à 3 mois et qui justifient avoir souscrit à une couverture respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (art. D. 911-6 du code de la sécurité sociale).

Dans tous les cas, les employeurs des exploitations et entreprises agricoles doivent être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Cette demande comporte la mention selon laquelle ledit salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Paragraphe 3. Portabilité

Les salariés bénéficiaires et n'ayant pas usé de la faculté de dispense disposent également du droit accordé par les dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale sur le maintien des garanties de protection sociale complémentaire en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage aux conditions définies par ce texte.

Pour bénéficier des prestations, le demandeur d'emploi bénéficiant du maintien des garanties doit fournir l'ensemble des justificatifs demandés au salarié auxquels s'ajoute le justificatif de versement des allocations-chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations demandées sont dues. »

Article 3 | Modification de l'annexe 1 à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe 1 est rédigée comme suit :

« **Annexe 1 Assurance complémentaire frais de santé obligatoire (art. 4)**
Régime complémentaire obligatoire :

(Voir page suivante.)

	- Prothèses dentaires sur dents visibles en complément du remboursement ci-dessus - Inlay-Core - Inlay onlay Orthodontie acceptée par le régime obligatoire Orthodontie refusée par le régime obligatoire Implantologie (11) Parodontologie (11) (13)	- 125% BR 125% BR 160% BR - - -
AUTRES	AUTRES Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie, spécialités Microkinésithérapie, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS-neurostimulation électrique transcutanée (11)(14) Sevrage Tabagique (hors et sur prescription médicale) Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) Diététicien Vaccin antigrippal (non pris en charge par le Régime Obligatoire et sur présentation de l'original de la facture) Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base Pillules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (11) Actes de prévention (12) Assistance	30 € / séance limité à 3 séances par an 100 % BR 40 €/An 50 €/An Frais réels 25 €/An - 100% BR Oui

(1) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM - OPTAMCO).

(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation.

(3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.

Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

(6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

(8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(9) - 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 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 égale à 0.25 dioptrie,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) 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.

- Verres très complexes :

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 0.00 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.

(10) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(12) Tous les actes de prévention (cf. Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent régime.

(13) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien)

(14) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné. »

Article 4 | Modification de l'annexe 3 à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe 3 à l'accord du 15 juillet 2009 est ainsi rédigée :

« Annexe 3 Garanties correspondant à l'option : régime complémentaire obligatoire + option 1 facultative (art. 10)

(Voir page suivante.)

		Option 1 <i>(incluant les remboursements du socle conventionnel)</i>
SOINS COURANTS	HONORAIRES MEDICAUX	
	Consultations, visites généralistes	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	100% BR
	- Autres praticiens (1)	100% BR
	Consultations, visites spécialistes	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	100% BR
	- Autres praticiens (1)	100% BR
	Actes techniques médicaux et d'échographie	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	100% BR
	- Autres praticiens (1)	100% BR
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	100% BR
	- Autres praticiens (1)	100% BR
	Actes de sages-femmes	100% BR
AIDES AUDITIVES	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
	Analyses et examens de laboratoire	100% BR
	HONORAIRES PARAMEDICAUX	
	Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	100% BR
	MEDICAMENTS REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE	100% BR
	MATERIEL MEDICAL	
	Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	100% BR
	Gros appareillage	100% BR + 300 €/an
	TRANSPORT	
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100% BR
	AIDES AUDITIVES	
	Prothèse auditive remboursable (2)(3)	
	- Equipement 100% santé (Classe I - <i>tel que défini réglementairement</i>) (2)(3)	100 % santé
	- Equipement à tarifs Libres (Classe II) (2)(3)	100% BR + 12 % PMSS /An (dans la limite de 1700€ au 01/01/2021)
	Piles	100% BR

	- Prothèses dentaires sur dents visibles en complément du remboursement ci-dessus	-
	- Inlay-Core	125% BR
	- Inlay onlay	125% BR
	Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	200%
	Orthodontie refusée par le régime obligatoire	100€ /An
	Implantologie (11)	300€ / implant (maximum 1 implant / an)
	Parodontologie (11) (13)	100€ /An
AUTRES	AUTRES Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie, spécialités Microkinésithérapie, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS-neurostimulation électrique transcutanée (11)(14)	30 € / séance limité à 4 séances par an
	Sevrage Tabagique (hors et sur prescription médicale)	100 % BR
	Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose)	40 €/An
	Diététicien	50 €/An
	Vaccin antigrippal (non pris en charge par le Régime Obligatoire et sur présentation de l'original de la facture)	Frais réels
	Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	25 €/An
	Pillules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (11)	50 €/An
	Actes de prévention (12)	100% BR
	Assistance	Oui

(1) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM - OPTAMCO).

(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation.

(3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.

Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

(6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

(8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(9) - 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 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 égale à 0.25 dioptrie,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) 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.

- Verres très complexes :

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 0.00 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.

(10) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(12) Tous les actes de prévention (cf. Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent régime.

(13) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien)

(14) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné. »

Article 5 | Modification de l'annexe 4 à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe 4 à l'accord du 15 juillet 2009 est ainsi rédigée :

« Annexe 4 Garanties correspondant à l'option : régime complémentaire obligatoire + option 2 facultative (art. 10)

(Voir page suivante.)

		Option 2 <i>(incluant les remboursements du socle conventionnel)</i>
SOINS COURANTS	SOINS COURANTS HONORAIRES MEDICAUX Consultations, visites généralistes - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1) - Autres praticiens (1) Consultations, visites spécialistes - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1) - Autres praticiens (1) Actes techniques médicaux et d'échographie - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1) - Autres praticiens (1) Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1) - Autres praticiens (1) Actes de sages-femmes ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE Analyses et examens de laboratoire HONORAIRES PARAMEDICAUX Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes) MEDICAMENTS REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE MATERIEL MEDICAL Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire Gros appareillage TRANSPORT Ambulances, véhicules sanitaires légers...	 150% BR 130% BR 150% BR 130% BR 150% BR 130% BR 150% BR 150% BR 150% BR 100% BR 100% BR 100% BR + 400 €/an 100% BR
AIDES AUDITIVES	AIDES AUDITIVES Prothèse auditive remboursable (2)(3) - Equipement 100% santé (Classe I - <i>tel que défini réglementairement</i>) ⁽²⁾⁽³⁾ - Equipement à tarifs Libres (Classe II) ⁽²⁾⁽³⁾ Piles	 100 % santé 100% BR + 15 % PMSS /An (dans la limite de 1700€ au 01/01/2021) 100% BR

CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR L'AMO	CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR L'AMO Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	100% BR
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE Frais de séjour Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1) - Autres praticiens (1) Ambulances, véhicules sanitaires légers... Forfait journalier hospitalier Forfait actes lourds Chambre particulière ⁽⁴⁾ Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁵⁾ Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	100% BR 350% BR 200% BR 100% BR Frais réels Frais réels 60 € / jour 60 € / jour 50 € / jour 1/3 PMSS
OPTIQUE	OPTIQUE Equipement 100% santé (Classe A - <i>tel que défini réglementairement</i>) ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾ Monture + verres Equipement à tarifs libres (Classe B) (6)(7)(8)(9) Enfant Monture Verre simple Verre complexe Verre très complexe Adulte Monture Verre simple Verre complexe Verre très complexe Adaptation de la correction visuelle Verres avec filtre Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques) Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base) Opération de chirurgie correctrice de l'œil	100 % santé 100 € 60% + 140 € 60% + 226 € 60% + 226 € 100 € 60% + 140 € 60% + 226 € 60% + 226 € 100 % FR 100 % FR 100% BR 100 % BR ou 0 % BR + 7,5% PMSS / an / bénéficiaire 400€ /Oeil
DENTAIRE	DENTAIRE SOINS Soins (hors 100 % santé) Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (10) Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés et libre (10) - Prothèses dentaires acceptés	100% BR 100 % santé 250 % BR + 14% PMSS / an / bénéficiaire

	- Prothèses dentaires sur dents visibles en complément du remboursement ci-dessus - Inlay-Core - Inlay onlay Orthodontie acceptée par le régime obligatoire Orthodontie refusée par le régime obligatoire Implantologie (11) Parodontologie (11) (13)	5,5 % du PMSS/An/Bénéficiaire 125% BR 225% BR 300% BR 200€ /An 400€ / implant (maximum 1 implant / an) 200€ /An
AUTRES	AUTRES Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie, spécialités Microkinésithérapie, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS-neurostimulation électrique transcutanée (11)(14) Sevrage Tabagique (hors et sur prescription médicale) Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) Diététicien Vaccin antigrippal (non pris en charge par le Régime Obligatoire et sur présentation de l'original de la facture) Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base Pillules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (11) Actes de prévention (12) Assistance	35 € / séance limité à 4 séances par an 100 % BR 40 €/An 50 €/An Frais réels 25 €/An 50 €/An 100% BR inclus

(1) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM - OPTAMCO).

(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation.

(3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.

Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

(6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

(8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(9) - 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 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 égale à 0.25 dioptrie,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) 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.*

- Verres très complexes :

*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 0.00 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.*

(10) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(12) Tous les actes de prévention (cf. Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent

(13) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien)

(14) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné. »

Article 6 | Entrée en vigueur

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

Article 7 | Dépôt et extension

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

Fait à Angers, le 7 novembre 2019.

(Suivent les signatures.)