

Accord collectif

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS NON-CADRES DES EXPLOITATIONS ET ENTREPRISES AGRICOLES (Alsace)

(30 juin 2009)

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

Avenant n° 9 du 17 janvier 2020

NOR : AGRS2097092M

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

**Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles du Bas-Rhin ;
COOP de France Alsace, section CUMA Grand Est,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Union régionale d'Alsace des syndicats CFTD ;

Union régionale d'Alsace des syndicats CFTC ;

Union régionale d'Alsace des syndicats FO ;

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

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er} | Cotisations

La cotisation mensuelle du socle salarié est modifiée comme suit :

Cotisation socle salarié	Régime local	
	Tarif HT	Tarif TTC(*)
Adulte	22,08 €	23,46 €

(*) Le tarif TTC inclut la taxe de solidarité additionnelle (TSA) de 6,27 % au 1er janvier 2020.

Elle est répartie comme suit :

- 50 % à la charge de l'employeur soit 11,73 € ;
- 50 % à la charge du salarié soit 11,73 €. »

Article 2 | Garanties

Les garanties du contrat et les conditions d'utilisation, limitations et exclusions ont été modifiées afin de répondre aux nouvelles dispositions des contrats responsables prévues dans l'accord départemental des salariés non-cadres des exploitations et entreprises agricoles d'Alsace conclu en date du 30 juin 2009 (tableau des nouvelles garanties en annexe).

Article 3 | Conformité des garanties au « panier de soin ANI » et caractère « solidaire et responsable »

Il est pris en compte les dispositions prévues pour le nouveau cahier des charges des contrats responsables, édicté aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivant du code de la sécurité sociale tels qu'issus des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 et le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

Les articles L. 911-7 et D. 911-1 code de la sécurité sociale définissent les obligations de la couverture minimale que doivent souscrire l'employeur en matière de remboursement. Les articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivant du code de la sécurité sociale, eux, ont pour objectifs de réguler les dépassements d'honoraires et d'agir sur le prix de l'optique, des soins dentaires et des aides auditives en interdisant certaines prises en charge et en imposant des plafonds et limites à ces remboursements.

Article 4 | Protection des données à caractère personnel

Il est pris en compte les nouvelles dispositions relatives à « la loi informatique et libertés » n° 78-17 informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et du règlement européen 2016-679 du 27 avril 2016 (RGPD).

L'assureur, en tant que responsable du traitement, recueille différentes informations qui font l'objet de différents traitements de données à caractère personnel et dont les finalités consistent à effectuer des opérations nécessaires à la passation, la gestion, au suivi et à l'exécution du contrat. Il est ainsi rappelé les droits d'information sur les données collectées, d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement ou de limitation du traitement ainsi que les modalités d'exercice de ces droits.

Article 5 | Lutte contre le blanchiment des capitaux. Financement du terrorisme

Il est pris en compte les dispositions prévues par l'ordonnance n° 2016-1635 du 1^{er} décembre 2016 codifiées aux articles L. 561-1 et suivants du code monétaire et financier.

Article 6

Les autres articles et conditions de l'accord régional du 30 juin 2009 restent inchangés.

Article 7 | Prise d'effet

Les dispositions du présent avenant entreront en vigueur selon les modalités suivantes :

- l'article 1^{er} : entrée en vigueur au 1^{er} avril 2020 ;
- les articles 2 et suivants : entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2020.

Les dispositions du présent avenant sont applicables de façon indifférenciée à l'ensemble des entreprises relevant des secteurs concernés. Elles concernent donc de façon identique les entreprises de moins de 50 salariés et de 50 salariés et plus, afin de garantir à l'ensemble 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 des secteurs.

Article 8 | Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant à l'accord régional du 30 juin 2009.

Article 9

Un exemplaire du présent avenant sera remis à chacune des organisations signataires et cinq autres exemplaires seront déposés à la DIRECCTE Grand Est, unité départementale du Bas-Rhin.

Fait à Schiltigheim, le 17 janvier 2020.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1

Tableau de garanties

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	180%
Honoraires médicaux : actes techniques		
- Généralistes et spécialistes praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	100%
- Généralistes et spécialistes praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	100%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins et homéopathie)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	100%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	300%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	100%
Hospitalisation en cas de maternité (2)	100%	33% PMSS
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire	-	25 € / jour
Chambre particulière en maternité	-	25 € / jour
Chambre particulière Psychiatrie	-	25 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant	-	-
Optique		
Equipements 100% santé (3)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (3)		
- Verres simples+monture	60%	300€ dont 100 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	450€ dont 100 € max monture
- Verres très complexes+monture	60%	450€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	375€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe+monture	60%	375€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe+monture	60%	450€ dont 100 € max monture
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (4)	0 à 60%	100% + 100 €
Autres prestations optiques 100% santé (5)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (5)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	-
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (5)	70%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé (5)		
- Soins pris en charge par le RO	70%	100%
- Inlay onlay pris en charge par le RO	70%	125%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (5)		
- Prothèses prises en charge par le RO (6)	70%	220% + 300 €
- Inlay core pris en charge par le RO	70%	220% / an
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	200%
Forfait global orthodontie non PEC RO, prothèses non PEC RO mais figurant à la nomenclature RO, soins non PEC RO et implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire non PEC RO	-	-
Aides auditives		
Equipements 100% santé (à compter du 01/01/2021) (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (7)	60%	200%
Cures thermales		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	RSS
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	Tous

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutuaia
Bien-être		
- Médecines douces (8)		
- Acupuncteur (9)	-	30 € / an
- Chiropracteur (9)	-	
- Ostéopathe (9)	-	
- Sophrologue (9)	-	
- Homéopathie et pharmacie prescrites	-	-
Assistance et services		
Mutuaia Assistance (cf. notice Mutuaia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

BR : Base de remboursement ; RO : Régime Obligatoire ; TM : Ticket Modérateur ; Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ; Optam-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; SMR : Service Médical Rendu ; PEC : Pris en charge ; DR : Dépense Réelle ; RSS : Remboursement Sécurité Sociale.

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné).

(1) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(2) Pour les dépassements d'honoraires et chambres particulières en maternité, dans la limite des frais engagés.

(3) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.

(4) Forfait par année civile, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.

(5) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(6) par an.

(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. A compter du 01/01/2021, prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(8) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge totalement par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué. Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures. Ostéopathe, chiropracteur, pédicure/podologue : inscrits au répertoire ADEL, ou au répertoire amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement.

(9) 30€/séance - soit 1/an

Annexe 2 Conditions d'utilisation, limitations et exclusions de garanties accord production agricole Alsace

■ Soins courants

Substituts nicotiniques

Quelle que soit la formule choisie, la mutuelle rembourse les substituts nicotiniques pris en charge par le RO.

Les substituts nicotiniques permettant un remboursement de la part de la mutuelle sont les patches, gommes et pastilles. Les cigarettes électroniques ne sont pas remboursées par la mutuelle.

■ Hospitalisation

Forfait d'accompagnement de l'enfant

En cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans, la mutuelle peut verser en fonction de la formule choisie un forfait pour le paiement des dépenses d'hébergement frais de nuitée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement conventionné avec l'hôpital et frais de repas. La prise en charge s'effectue sur présentation des justificatifs de dépenses dans la limite des frais engagés.

■ Optique

Forfait équipements optiques « 100 % santé » et « panier libre »

a) Définition

La garantie « équipement optique » proposée par la mutuelle, vise à couvrir les frais exposés pour l'acquisition d'équipements d'optique médicale, en complément du remboursement RO.

Par « équipement d'optique médicale », il convient d'entendre un équipement composé de deux verres et d'une monture.

Les prestations accordées par la mutuelle dans le cadre du forfait « équipement optique », sont définies en conformité avec le cahier des charges des contrats responsables, dans les conditions présentées ci-après.

Le montant total de la prise en charge des équipements optiques prévu par la mutuelle est repris dans le tableau de garanties figurant en annexe 1 du présent document. Il inclut la part de remboursement du régime obligatoire et du ticket modérateur. Ainsi, en cas d'utilisation du forfait dans sa globalité, le ticket modérateur ne peut faire l'objet d'un remboursement.

Dans le cadre de la réforme 100 % santé, le forfait équipement optique est distingué en 2 classes :

Les équipements 100 % santé, de classe A, dont les tarifs sont plafonnés. Ils couvrent tous les besoins de correction visuelle et respectant les critères de performance technique et de qualité (traitements antireflet obligatoires, amincissement des verres en fonction du trouble, anti-rayures, anti-UV) ;

Les équipements à tarifs libres, de classe B, sans plafonnement tarifaire.

b) Montants des remboursements

Les équipements « 100 % santé » sont obligatoirement et intégralement pris en charge par la mutuelle, à hauteur des frais exposés par l'assuré en plus du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente.

Les montants de prise en charge des équipements à tarifs libres, dépendent de la formule choisie et du type d'anomalie de la vision.

Le montant du forfait lunette comprend en outre une limite propre au remboursement de la monture. Selon la réglementation en vigueur, le montant de remboursement de la monture ne peut excéder 100 €.

Les forfaits équipements appartenant au panier libre sont ainsi distingués entre équipements à verres simples, complexes ou mixtes de la manière présentée dans le tableau ci-dessous. Ils respectent, en tout état de cause, les planchers et plafonds fixés par la réglementation, en fonction de la nature des verres composant l'équipement.

Catégorie	Verres composant l'équipement
Verres simples	<p>L'équipement est composé d'une monture et de deux verres simples, corrigeant un défaut spécifique tel que la myopie légère, l'astigmatisme léger (corrige un défaut de loin ou de près).</p> <p>Les verres compris dans la catégorie à verres simples sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - verres appartenant à l'une des catégories suivantes ; - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 - verres unifocaux sphéro-cylindriques : <ul style="list-style-type: none"> • dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est $\leq +4,00$ • dont la sphère est positive et dont la somme S* est inférieure à 6,00
Verres complexes	<p>L'équipement est composé d'une monture et de deux verres complexes composés de 2 ou 3 foyers corrigeant chacun un défaut visuel spécifique, permettant une amélioration de la vision que ce soit de près ou de loin. On retrouve dans cette catégorie les verres progressifs qui corrigent notamment la presbytie.</p> <p>Les verres compris dans la catégorie à verres complexe sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 et +6,00 - Verres unifocaux sphéro-cylindriques : <ul style="list-style-type: none"> o dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est $> +4,00$ o dont la sphère est inférieure à -6,00 et dont le cylindre est $\geq +0,25$ o dont la sphère est positive et dont la somme S* est supérieure à 6,00 - Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -8,00 et +8,00 - Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S* $\leq +8,00$ <p>Verres multifocaux et progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries - dont la sphère est inférieure à -8,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries - dont la sphère est positive et dont la somme S* est $> +8,00$
Verres mixtes	<p>L'équipement est composé d'une monture, d'un verre simple et d'un verre complexe, dont chaque verre corrige un défaut spécifique à l'œil correspondant.</p>

c) Articulation entre le panier « 100 % santé » et le panier libre

Les bénéficiaires ont la possibilité de mixer entre les deux paniers, en souscrivant une monture appartenant à la classe A « 100 % santé » et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement.

Dans ce cas, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement libre (de classe B), dans la limite des prix limites de vente. Si le contrat alloue spécifiquement, au sein des garanties optiques, des forfaits dédiés à une composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge de chacune des composantes s'effectue dans la limite de ces garanties.

d) Périodicité de renouvellement

La prise en charge au titre du forfait « équipement optique » est limitée à un équipement composé de deux verres et une monture par période de 2 ans.

Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin et ne, pouvant pas ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le forfait équipements optiques peut couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun des deux des déficits mentionnés ci-dessous.

Le reliquat du forfait non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur la période suivante.

Par dérogation, cette période est réduite à :

- 1 an (12 mois) après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres), pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ;
- 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres), pour les enfants de moins de 7 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai de 1 an mentionné à l'alinéa précédent s'applique ;
- 1 an (12 mois) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans, lorsque intervient une dégradation des performances oculaires.

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières : une intolérance ou une contre-indication aux verres indication aux verres progressifs ou multifocaux ; une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique précisées par la liste fixée par arrêté et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. Les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément.

Cette période de 24 mois (réduite à 12 mois ou 6 mois, tels que présenté ci-dessus) s'apprécie à la date d'acquisition de l'équipement ou d'un élément de l'équipement optique (verres ou monture). Il s'agit d'une période fixe, qui ne peut être ni réduite, ni allongée.

Il ne peut en aucun cas y avoir de report de remboursement d'une période sur une période suivante.

Lorsque le bénéficiaire effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verres ou monture) et s'achève 2 ans après (1 an ou 6 mois après, dans certains cas exceptionnels, tel que présenté ci-dessus).

Une adhésion à une formule optionnelle ou un changement de formule ne permet pas de déroger à ces règles.

Ainsi, en cas de changement de formule :

- si le bénéficiaire n’a pas entamé sa prestation équipement optique avant ce changement de formule, il bénéficiera des montants nouvellement souscrits à compter de la date d’effet de sa nouvelle formule. La période de 2 ans commencera dès l’acquisition de tout ou partie de son équipement ;
- si le bénéficiaire a utilisé sa prestation équipement optique pour l’achat d’un équipement complet (verres + montures), il devra attendre la fin de sa période de 2 ans qui a commencé après la date d’acquisition du premier élément de l’équipement, pour bénéficier des montants nouvellement souscrits, dès lors que sa nouvelle formule a pris effet ;
- si le bénéficiaire a entamé sa prestation équipement optique pour l’achat d’un équipement (verres ou monture), la date de fin de sa période de 2 ans reste inchangée. Que le changement de garantie soit à la hausse ou à la baisse, il bénéficiera des montants de remboursements nouvellement souscrits à compter de leur date d’effet pour les seuls éléments de son équipement (verres ou monture) n’ayant pas déjà fait l’objet d’un remboursement.

Exemple : le contrat du membre participant prévoit un plafond de garantie de 100 € pour la monture et 190 € par verre (selon grille) et la période de 2 ans est fixée à compter de la date d’acquisition de l’équipement. Le membre participant acquiert le 28 septembre 2019 deux verres foyer (simple foyer, 4 dioptries par exemple) pour un total de 300 €. En janvier 2020, il souhaite acquérir une monture pour compléter son équipement optique. La monture pourra être couverte dans la limite de 100 €. La prise en charge du renouvellement de son équipement (verres et monture) pourra s’effectuer à compter du 29 septembre 2021.

Lentilles prises en charge ou non par le RO

Le montant du forfait varie en fonction de la garantie souscrite. La période d’utilisation du forfait est d’une année civile. Au cours de cette période, le bénéficiaire a droit à un ou plusieurs remboursement(s) à hauteur du forfait global.

Au-delà du forfait, la mutuelle continue de prendre en charge les lentilles remboursées par le RO à hauteur du ticket modérateur.

Autres prestations optiques

Outre les prestations « équipement optique médicale », lentilles, et chirurgie réfractive de l’œil, la garantie accordée par la mutuelle prend en charge les prestations d’adaptation de la correction, les verres neutres, la prestation d’appairage et les prismes.

Comme pour les équipements optiques, ces prestations sont classées en deux paniers :

- panier « 100 % santé » : concerne la prestation d’adaptation de la correction visuelle par l’opticien, l’appairage, les verres avec filtre ;
- panier à tarifs libres : concerne la prestation d’adaptation de la correction visuelle par l’opticien, l’appairage, les verres avec filtre, les prismes, le système anti-ptosis, les verres iséconiques.

Les suppléments et autres prestations optiques appartenant au panier « 100 % santé » sont pris en charge par la mutuelle à hauteur des frais exposés par l’assuré, en sus du tarif de responsabilité dans la limite des prix limites de vente.

Les prestations classées en panier libre sont prises en charge à hauteur du ticket modérateur, tel que présenté dans le tableau de garanties.

■ Dentaire

Soins et prothèses dentaires

Deux catégories de soins et prothèses dentaires sont prévues par la garantie :

- soins et prothèses appartenant au panier « 100 % santé » : les actes sont à entente directe limitée (ils sont plafonnés en application des honoraires limite de facturation et sont remboursés intégralement par les contrats responsables). Le panier « 100 % santé » s'appliquera aux couronnes céramo-métalliques et bridge pour les dents du sourire, aux couronnes métalliques pour toutes les dents, et aux appareils amovibles en résine ;
- soins et prothèses n'appartenant pas au panier « 100 % santé » : concerne les soins et prothèses :
 - à reste à charge maîtrisé : les actes sont à entente directe limitée (ils sont plafonnés en application des honoraires limite de facturation), cependant ils peuvent présenter un reste à charge pour l'adhérent. Il s'appliquera sur les couronnes céramo-métalliques pour les dents intermédiaires, les bridges pour les dents postérieures, les appareils amovibles en stellite ;
 - à panier libre : les actes sont sans plafonnement et l'adhérent peut choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués.

Les actes et prestations, proposés par le biais de chaque panier, diffèrent selon la nature des matériaux, le type de prothèse et la localisation de la dent.

Dans le cadre du contrat responsable, les garanties relevant du :

- panier « 100 % santé » sont pris en charge obligatoirement et sont remboursés intégralement par l'assurance maladie obligatoire et la mutuelle, à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'adhérent en plus des tarifs de responsabilités dans la limite des honoraires de facturation ou du prix limites de vente et sont sans reste à charge ;
- panier hors « 100 % santé » (à « reste à charge maîtrisé » ou « libre »), les remboursements de la mutuelle varient en fonction de la formule choisie, tel que présenté dans le tableau de garanties figurant en annexe 1 du présent document.

Autres prestations dentaires

Pour l'orthodontie non PEC RO, les IPP (implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire), les prothèses non prises en charge par le régime obligatoire, mais figurant à la nomenclature RO et les soins non PEC RO une garantie forfaitaire utilisable par année civile est prévue ou non selon la formule choisie.

Ce forfait rembourse uniquement les prestations médicalement prescrites et non prises en charge par le régime obligatoire. En outre, ces prestations doivent être inscrites à la nouvelle classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire à l'exception des actes d'orthodontie qui restent inscrits à l'ancienne nomenclature des actes techniques dentaires.

■ Aides auditives

Équipements « panier 100 % santé » et « panier libre »

a) Définition des modalités de prise en charge

La garantie « aides auditives » accordée par la mutuelle, vise à couvrir les frais exposés pour l'acquisition de prothèses auditives.

Les prestations accordées par la mutuelle dans le cadre du forfait « équipement audioprothèse », sont définies en conformité avec le cahier des charges des contrats responsables, dans les conditions présentées ci-après.

Le montant total de la prise en charge des équipements optiques prévu par la mutuelle est repris dans le tableau de garanties figurant en annexe 1 du présent document. Il est exprimé par oreille et par bénéficiaire et inclut la part de remboursement de l'assurance maladie et du ticket modérateur, sans pouvoir excéder 1 700 €.

Dans le cadre de la réforme « 100 % santé », le forfait équipement « audioprothèses » est distingué en deux classes :

- les équipements « 100 % santé », de classe I, à tarifs plafonnés ;
- les équipements à tarifs libres, de classe II.

b) Renouvellement

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le reliquat du forfait non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur la période suivante.

Par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2020, sans préjudice des dispositions de l'article R. 165-24 du code de la sécurité sociale, un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive intervient après une période d'au moins 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré.

Ce renouvellement anticipé doit respecter les autres règles de prise en charge et, intervient notamment après prescription médicale (dans les conditions rappelées dans l'arrêté susmentionné). En vue du remboursement au titre du présent I, le prescripteur atteste de l'état hors d'usage, reconnu irréparable ou inadapté à l'état de l'assuré, de l'aide auditive, en précisant la raison sur un document qui doit être transmis à la caisse d'assurance maladie.

Une adhésion à une formule optionnelle ou un changement de formule ne permet pas de déroger à ces règles.

Ainsi, en cas de changement de formule :

- si le bénéficiaire n'a pas entamé sa prestation équipement audioprothèses avant ce changement de formule, il bénéficiera des montants nouvellement souscrits à compter de la date d'effet de sa nouvelle formule. La période de 4 ans commencera dès l'acquisition de tout ou partie de son équipement ;
- si le bénéficiaire a utilisé sa prestation équipement audioprothèses pour l'achat d'une prothèse par oreille, il devra attendre la fin de sa période de 4 ans qui a commencé après la date d'acquisition de l'équipement de chaque oreille, pour bénéficier des montants nouvellement souscrits, dès lors que sa nouvelle formule a pris effet ;
- si le bénéficiaire a entamé sa prestation équipement audioprothèses pour l'achat d'un équipement pour une oreille (droite ou gauche), la date de fin de sa période de 4 ans reste inchangée. Que le changement de garantie soit à la hausse ou à la baisse, il bénéficiera des montants de remboursements nouvellement souscrits à compter de leur date d'effet pour la seule prothèse (droite ou gauche) n'ayant pas déjà fait l'objet d'un remboursement.

■ Cures thermales

En fonction de la formule choisie, la mutuelle peut intervenir pour prendre en charge les frais de soins, d'hébergement et de transport.

Il est précisé que la mutuelle intervient uniquement :

- en cas de prise en charge de la cure par le régime obligatoire d'assurance maladie ;
- sur prescription et présentation des justificatifs de paiement.

■ Prévention

La mutuelle prend en charge l'ensemble des actes de préventions pris en charge par le RO, tels que définis par l'arrêté du 8 juin 2016, 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 et définis ci-dessous :

- prévention des caries pour les enfants : scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les 1^{re} et 2^e molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14^e anniversaire ;
- détartrage annuel dentaire : un détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12) ;
- dépistage des troubles du langage pour les enfants : bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans ;
- dépistage de l'hépatite B ;
- dépistage auditif : une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015)
 - audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002) ;
- l'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans ;
- autres actions de prévention prises en charge par le RO : les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - coqueluche : avant 14 ans ;
 - hépatite B : avant 14 ans ;
 - BCG : avant 6 ans ;
 - rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - haemophilus influenza B ;
 - vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

■ Bien-être

Forfait bien-être et prévention à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci sont prises en charge par le RO, intervention en complément du contrat de base et à hauteur de la dépense engagée et ce dans la limite du montant du forfait indiqué, telles que visées dans le tableau de garanties.

Le reliquat du forfait annuel non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur l'année suivante.