

Accord régional

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
EN AGRICULTURE DES SALARIÉS NON AFFILIÉS À L'AGIRC**

(Centre-Val de Loire)

(3 juillet 2009)

(Étendu par arrêté du 9 décembre 2009,

Journal officiel du 19 décembre 2009)

Avenant n° 6 du 23 octobre 2019

NOR : AGRS2097091M

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

Fédération régionale des syndicats d'exploitants agricoles FRSEA du Centre-Val de Loire ;

Pôle de coordination et d'appui PCA CUMA Centre-Val de Loire Poitou-Charentes Limousin ;

Entrepreneurs des territoires EDT du Centre-Val de Loire,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Fédération générale agroalimentaire CFDT ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexe ;

FGTA FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

La loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a créé 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 remboursement, dont une prévoira des équipements « offre 100 % santé » intégralement remboursés (assurance maladie obligatoire + complémentaire santé).

Par ailleurs, l'accord national agricole du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance a modifié certaines garanties.

Afin de se mettre en conformité avec cette loi et ses textes réglementaires, et avec l'accord national agricole, les partenaires sociaux font évoluer à compter du 1^{er} janvier 2020, les montants des prestations complémentaires santé concernées (l'audiologie, l'optique et le dentaire) définis dans l'accord régional du 3 juillet 2009 sur une protection sociale complémentaire frais de santé en agriculture pour les salariés non affiliés à l'AGIRC en région Centre Val de Loire.

De plus, 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, et du régime optionnel.

Article 1^{er}

L'annexe 2 est modifiée comme suit : une nouvelle grille de garanties remplace et supprime la grille précédente.



(Voir page suivante.)



Tableau des garanties

Les remboursements interviennent, y compris le remboursement de la sécurité sociale française ou de la MSA, dès lors qu'elle intervient, ainsi que le régime socle pour les régimes surcomplémentaires.

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

H HOSPITALISATION ⁽¹⁾ en établissement conventionné ou non ⁽²⁾		REGIME SOCLE		REGIME SURCOMPLEMENTAIRE OPTION 1		REGIME SURCOMPLEMENTAIRE OPTION 2	
	Frais de séjour		100 % BR		100 % BR		100 % BR
	Honoraires						
		Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	255 % BR		255 % BR		255 % BR
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR		200 % BR		200 % BR
	Forfait journalier hospitalier ⁽³⁾		100 % DE sans limitation de durée		100 % DE sans limitation de durée		100 % DE sans limitation de durée
	Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA						
	Chambre particulière ⁽⁴⁾						
	Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA						
		Par nuitée (hospitalisation)	75 €		80 €		80 €
		Par nuitée (maternité)	75 €		80 €		80 €
		Par nuitée (psychiatrie)	75 €		80 €		80 €
		Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	75 €		80 €		80 €
	Lit d'accompagnant ⁽⁴⁾						
	Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA						
		Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans - par nuitée	non couvert		40 €		40 €
	Forfait maternité						
		doublé en cas de naissance gémellaire	1/3 PMSS		1/3 PMSS		1/3 PMSS

 DENTAIRE (6) auprès d'un professionnel	Soins et prothèses 100 % Santé**	À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	sans reste à payer (9)	sans reste à payer (9)	sans reste à payer (9)
	Soins	Soins conservateurs, endodontie, prothèse bucco-dentaire, parodontologie Inlay/onlay Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA - par acte et par bénéficiaire	100 % BR 210 % BR non couvert	100 % BR 270 % BR 200 €	100 % BR 370 % BR 200 €
	Prothèses autres que 100 % Santé				
	Prothèses remboursées	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA (inlay-onlay, couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	210 % BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 11 % PMSS	270 % BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 11 % PMSS	370 % BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 15 % PMSS
	Prothèses non remboursées	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes) - par acte et par bénéficiaire	non couvert	8 % PMSS	10 % PMSS
	Implantologie	Implant - par implant et par bénéficiaire Pilier implantaire - par pilier implantaire et par bénéficiaire	non couvert non couvert	240 € 160 €	240 € 160 €
 OPTIQUE ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	Orthodontie (6)	Remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA - par semestre de traitement et par bénéficiaire Non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	400 % BR non couvert	400 % BR 400 €	400 % BR 400 €
	Équipement 100 % Santé** (classe A)		sans reste à payer (10)	sans reste à payer (10)	sans reste à payer (10)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)				
		par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans**** par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans***** par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans***** par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans***** par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans**** par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans***** par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans***** par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****	113,6 € 175 € 200 € 100 € 147,4 € 230,2 € 230,2 € 100 €	134,5 € 175 € 225,0 € 100 € 160,0 € 300,0 € 300,0 € 100 €	150,4 € 183 € 250 € 100 € 160 € 300 € 300 € 100 €
	Lentilles	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA (7) Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire (7)	100 % BR + 100 €/an/bénéficiaire 100 €	100 % BR + 100 €/an/bénéficiaire 100 €	100 % BR + 100 €/an/bénéficiaire 100 €

 ADE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille	Jus qu'au 31/12/2020 :	Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	115 % BR	165 % BR	265 % BR
	Accessoires et fournitures	Filles non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA pour appareil auditif - par an et par bénéficiaire	non couvert	non couvert	non couvert
	À compter du 01/01/2021 :	Renouvellement par appareil tous les 4 ans			
	Équipement 100 % Santé** (classe I***)		sans reste à payer (10)	sans reste à payer (10)	sans reste à payer (10)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe I***)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale ou de la MSA Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité**** Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	115 % BR 115 % BR 100 % BR	122 % BR 165 % BR 100 % BR	122 % BR 265 % BR 100 % BR
 SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Accessoires et fournitures				
	Honoraires médicaux				
	Consultation / Visite / consultation en ligne				
		Adhèrent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR	200 % BR
		Non adhèrent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR	180 % BR
	Actes techniques médicaux				
		Adhèrent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR	100 % BR
		Non adhèrent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Actes d'imagerie médicale				
		Adhèrent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR	100 % BR
		Non adhèrent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Honoraires paramédicaux				
		auxiliaires médicaux, pédicures-podologues	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Analyses et examens de laboratoire				
			100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100 % BR	100 % BR	300 % BR
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (6)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Curres thermales				
		Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermique Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	70 % BR non couvert	70 % BR non couvert	70 % BR non couvert
	Médicaments				
		Médicaments remboursés à 65%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
		Médicaments remboursés à 30%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
		Médicaments remboursés à 15%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
		Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	non couvert	20 €	30 €
		Serrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	150 €	150 €	150 €
		Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire	non couvert	20 €	30 €
	Médecine additionnelle et de prévention				
	Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel				
	Non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA				
		Acupuncteur, Chiropracteur, Diététicien, Ergothérapeute, Elopathie, Homéopathe, Méthode Mézières, Mérokinésithérapeute, Nutritionniste, Ostéopathe, Pédiatre, Podologue, Psychologue, Psychomotricien, Psychothérapeute, Réflexologue, Soprologue - par an et par bénéficiaire	30 € par an et par bénéficiaire	30 € consultation dans la limite de 5 consultations par an et par bénéficiaire	30 € consultation dans la limite de 5 consultations par an et par bénéficiaire

SERVICE	Assistance	Incluse	Incluse
---------	------------	---------	---------

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR-SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **RC** = Régime complémentaire (Sécurité sociale). **PMSS** = Parfond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €). MSA = Mutualité Sociale Agricole.

* **Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique)** : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement : **dispositif 100 % Santé** par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

***** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale ou de la MSA.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné, la prise en charge est limitée au ticket modérateur.

(3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(5) Hors accord de prise en charge, les prestations sont minorées de 20 % comparées aux prestations versées sur accord de prise en charge. La minoration de 20 % des prestations hors accord de prise en charge préalable ne concernent pas la ligne « Soins dentaires ».

(6) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

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

(8) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

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

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

Article 2 | Entrée en vigueur

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet à compter du 1^{er} janvier 2020.

Article 3 | Dépôt et extension

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Dans la mesure où le présent avenant a vocation à s'appliquer à des entreprises de toute taille, y compris auprès de petites entreprises, les partenaires sociaux estiment que ces dispositions leur sont particulièrement applicables et qu'ainsi ils répondent à l'obligation issue de l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant, qui sera déposé au pôle « politique du travail » de la DIRECCTE.

Fait à Orléans, le 23 octobre 2019.

(Suivent les signatures.)