

Accord professionnel

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON-CADRES DES EXPLOITATIONS AGRICOLES ET CUMA
(Vienne)
ET ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX
(Vienne et Deux-Sèvres)
(18 août 2009)**

(Étendu par arrêté du 18 janvier 2010,
Journal officiel du 26 janvier 2010)

Avenant n° 6 du 24 octobre 2019

NOR : AGRS2097173M

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

**Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles de la Vienne
FNSEA 86 ;**

Syndicat des entrepreneurs des territoires Vienne EDT 86 ;

Syndicat des entrepreneurs des territoires Deux-Sèvres EDT 79 ;

Fédération départementale des CUMA de la Vienne FDCUMA 86,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Syndicat général agroalimentaire CFDT de la Vienne ;

Syndicat général agroalimentaire CFDT des Deux-Sèvres ;

Fédération CFTC de l'agriculture CFTC Agri ;

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

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le présent avenant adapte les dispositions relatives aux garanties frais de santé l'accord d'assurance complémentaire frais de santé en date du 18 août 2009 des exploitations agricoles, coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) de la Vienne et entreprises de travaux agricoles et ruraux de la Vienne et des Deux-Sèvres, aux évolutions légales et réglementaires intervenues depuis la conclusion de l'avenant n° 5 du 8 janvier 2019.

À cet effet, il intègre notamment les dispositions du décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé et du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un

accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires.

Le présent avenant modifie, par ailleurs, les cotisations au regard de l'analyse technique des résultats du régime.

Article 1^{er} | Champ d'application

Le présent accord s'applique à l'ensemble des salariés agricoles non affiliés à l'AGIRC relevant des secteurs de la production agricole du département de la Vienne et des entreprises de travaux agricoles ruraux et forestiers des départements de la Vienne et des Deux-Sèvres et des CUMA de la Vienne.

Suivant les dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires n'ont pas retenu de dispositions spécifiques telles que visées par l'article L. 2232-10-1 du code du travail à l'attention des exploitations et entreprises agricoles de moins de 50 salariés dès lors que le présent avenant vise à modifier l'accord du 18 août 2009 relatif aux frais de santé dont doivent bénéficier l'ensemble des salariés non affiliés à l'AGIRC relevant de l'accord d'assurance complémentaire frais de santé en date du 18 août 2009 et ce quel que soit l'effectif de leur entreprise.

Article 2 | Dispositif versement santé

Les conditions du versement santé définies à l'article 4.1.2 « Dispositif versement santé » de l'accord du 18 août 2009 relatif aux frais de santé sont remplacés comme suit à effet du 1^{er} novembre 2019 :

« Pour bénéficier du versement santé les salariés doivent justifier auprès de leur employeur du bénéfice d'une couverture individuelle par un contrat complémentaire santé responsable tel que défini à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et portant sur la période concernée.

Le salarié doit fournir à l'employeur un justificatif (attestation de l'organisme assureur, déclaration sur l'honneur...).

Le salarié ne peut pas cumuler le versement santé avec l'un des dispositifs suivants :

- une couverture complémentaire au titre de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ;
- une couverture collective obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit ;
- ou une couverture complémentaire donnant lieu à participation financière d'une collectivité publique. »

Article 3 | Dispenses d'adhésion

Le 3^e et le 4^e tiret de l'article 4.3 « Cas de dispense d'adhésion du dispositif frais de santé » de l'accord du 18 août 2009 relatif aux frais de santé sont remplacés comme suit à effet du 1^{er} novembre 2019 :

- « – 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.
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. Dans ce cas, la dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ; »

Les autres dispositions de l'article 4.3 sont inchangées.

Article 4 | Contrat solidaire et responsable

Le 1^{er} paragraphe de l'article 4.5 « Contrat solidaire et responsable » de l'accord du 18 août 2009 relatif aux frais de santé est remplacé comme suit à effet du 1^{er} janvier 2020 :

« Le présent dispositif frais de santé est conforme aux exigences des contrats dits "solidaires" et "responsables", notamment celles posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales et du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires ».

Les autres dispositions de l'article 4.5 sont inchangées.

Article 5 | Article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

Il est précisé au sein de l'article 4.6 « Portabilité loi Évin (frais de santé) » de l'accord du 18 août 2009 relatif aux frais de santé, que :

« L'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés ou ayants droit de salarié décédé au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire ou de la date du décès du salarié ».

Par ailleurs, conformément aux dispositions du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017, le plafonnement des tarifs applicables aux personnes mentionnées à l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 et précisé à l'article 4.6 « Portabilité loi Évin (frais de santé) » de l'accord du 18 août 2009 relatif aux frais de santé est modifié comme suit :

- la 1^{re} année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- la 2^e année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- la 3^e année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs. »

Les autres dispositions de l'article 4.6 sont inchangées.

Article 6 | Garanties




L'annexe 1 de l'accord du 18 août 2009 relatif aux frais de santé est remplacée comme suit à effet du 1^{er} janvier 2020 :


Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale française ou de la MSA, dès lors qu'elle intervient.

FRAIS COUVERTS à compter du

01/01/2020

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

| | | | |
|---|--|---|---|
| H HOSPITALISATION (1) en établissement conventionnel ou non (2) | Frais de séjour | | 180 % BR |
| | Honoraires | Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | 260 % BR |
| | | Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | 200 % BR |
| | Forfait journalier hospitalier (3) Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA | | 100 % DE sans limitation de durée |
| | Chambre particulière (4) Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA | Par nuitée (hospitalisation) | 2,7% FMSS |
| | | Par nuitée (maternité) | 2,7% FMSS |
| | | Par nuitée (psychiatrie) | 2,7% FMSS |
| | | Par journée (hospitalisation en ambulatoire) | 2,7% FMSS |
| | Lit d'accompagnant (4) Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA | | 2,7% FMSS |
| | Allocation maternité | | 1/3 FMSS |
|  DENTAIRE (5) 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) |
| | Soins | | |
| | Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie | | 100 % BR |
| | Inlay/onlay | | 140 % BR |
| | 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 10,49 % FMSS |
|  OPTIQUE ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés | Équipement 100 % Santé** (classe A) | | sans reste à payer (10) |
| | Équipement autre que 100 % Santé (classe B) | | Grille Optique |
| | 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) | | 450 % BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 7 % FMSS 7 % FMSS |
|  AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille | Jusqu'au 31/12/2020 : | | |
| | Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire | | 450 % BR |
| | Accessoires et fournitures | | Plis non remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA pour appareil auditif - par an et par bénéficiaire |
| | À compter du 01/01/2021 : | | Renouvellement par appareil tous les 4 ans |
| | Équipement 100 % Santé** (classe I***) | | 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 | | 122 % BR 425 % BR |
| Accessoires et fournitures | | | 100 % BR |

| | | | |
|---|---|---|----------|
|  SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non | Honoraires médicaux | | |
| | Consultation / visite / consultation en ligne | | |
| | | Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | 220 % BR |
| | | Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | 200 % BR |
| | Actes techniques médicaux | | |
| | | Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | 220 % BR |
| | | Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | 200 % BR |
| | Actes d'imagerie médicale | | |
| | | Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | 170 % BR |
| | | Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | 150 % BR |
| | Honoraires paramédicaux | | |
| | | auxiliaires médicaux, pédicures-podologues | 160 % BR |
| | Analyses et examens de laboratoire | | 160 % BR |
| | Matériel médical | | 100 % BR |
| | Frais de transport sanitaire | | 100 % BR |
| | Cures thermales | | |
| | | Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale | 100 % BR |
| | Médicaments | | |
| | | Médicaments remboursés à 65% | 100 % BR |
| | | Médicaments remboursés à 30% | 100 % BR |
| | | Médicaments remboursés à 15% | 100 % BR |
| | | Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire | 150 € |
| | Médecine additionnelle et de prévention | | |
| | Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel | | |
| | Non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA | | |
| | | Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, sophrologue - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 2 séances par an | 40 € |

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. PMSS = Plafond 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 au contrat d'assurance.

**** 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, B-PAD), 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 au contrat d'assurance.

(10) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis au contrat d'assurance.

| Grille Optique - Kalivia | | | | | |
|---|--|------------------------------|---|--------------------|---|
| | | | | | |
| Les garanties VERRES et MONTURE s'entendent Y COMPRIS le remboursement de la Sécurité sociale ou de la MSA. | | | | | |
| VERRES | | | | | |
| Classe de défaut visuel | Défaut visuel | | Dans le réseau 100% DE | Hors réseau | |
| | Myopie ou hypermétropie (en dioptries) | Astigma-tisme (en dioptries) | 0 € à charge sur les verres indiqués ci-dessous | Verre simple foyer | Verre progressif |
| Classe 1 | De 0 à 2 | Inf ou = à 2,00 | Frais réels (*) | 100 € | 200 € |
| Classe 2 | De 0 à 2 | De 2,25 à 4 | Frais réels (*) | 105 € | 250 € |
| | De 2,25 à 4 | Inf ou = à 2,00 | | | |
| Classe 3 | De 2,25 à 4 | De 2,25 à 4 | Frais réels (*) | 135 € | 265 € |
| | De 4,25 à 6 | Inf ou = à 4,00 | | | |
| Classe 4 | De 6,25 à 8 | Inf ou = à 4,00 | Frais réels (*) | 175 € | 300 € |
| | De 0 à 8 | Sup ou = à 4,25 | | | |
| Classe 5 | Sup ou = à 8,25 | Tous cylindres | Frais réels (*) | 200 € | 300 € pour les ayants droit mineurs 325 € pour tous les autres bénéficiaires |
| MONTURE | | | | | |
| Monture remboursée par la SS ou la MSA | | | Plafond par bénéficiaire égal à 100 Euros | | |
| (*) : dans la limite des plafonds du contrat responsable | | | | | |

Article 7 | Date d'application

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il prend effet au jour de sa date d'extension.

Article 8 | Dépôt

Le présent avenant fera l'objet de formalités de dépôt conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, auprès des services du ministre chargé du travail.

Les parties signataires conviennent de demander l'extension dans les conditions fixées par les articles L. 2261-24 et L. 2261-25 du code du travail.

Article 9 | Révision et dénonciation

Le présent avenant pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions légales.

Fait à Mignaloux-Beauvoir, le 24 octobre 2019.

(Suivent les signatures.)