

Accord professionnel

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON-CADRES
(Champagne-Ardenne)
(3 juillet 2009)**

(Étendu par arrêté du 18 janvier 2010,
Journal officiel du 23 janvier 2010)

Avenant n° 8 du 8 juillet 2020

NOR : AGRS2097171M

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

**Fédération régionale des syndicats d'exploitants agricoles FRSEA Grand Est ;
Union régionale des syndicats des entrepreneurs des territoires de Champagne-Ardenne ;**

Fédération régionale des coopératives d'utilisation de matériel agricole CUMA de Grand Est,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

UPRA CFDT ;

CFTC Agri ;

FNAF CGT ;

SNCEA CFE-CGC ;

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 responsable.

La mise en place de cette réforme va se déployer par étapes, jusqu'à mise en œuvre complète 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 remboursée (assurance maladie obligatoire + complémentaire santé).

Afin de se mettre en conformité avec cette loi et ses textes réglementaires, 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) du régime conventionnel obligatoire, définis dans les annexes I et II de l'accord régional du 3 juillet 2009.

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} | *Modification des tableaux des annexes I et II de l'accord régional*

Les tableaux de garanties figurant dans les annexes I et II de l'accord régional du 3 juillet 2009 sont supprimés et remplacés par le tableau joint à l'annexe I du présent avenant.

Article 2 | *Entrée en vigueur et dépôt*

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

Il sera déposé à l'unité départementale de la Marne de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de la région Grand Est.

Article 3 | *Extension*

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Fait à Châlons-en-Champagne, le 8 juillet 2020.

(Suivent les signatures.)

Annexe I Tableau des garanties

| Prestations en vigueur au 01/01/2020 | REGIME OBLIGATOIRE | REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE (incluant le remboursement du régime de base) | | | | |
|--|---|---|---------------------------|--------|---------|-------------|
| Régime général | (à titre indicatif MSA hors Alsace Moselle) | Base | Option 1 | | | |
| SOINS COURANTS | | | | | | |
| HONORAIRES MEDICAUX | | | | | | |
| Consultations, visites généralistes et spécialistes | | | | | | |
| Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée | 70% BR | 290% BR | Frais réels | | | |
| Autres praticiens | 70% BR | 200% BR | 200% BR | | | |
| Actes techniques médicaux et d'échographie | | | | | | |
| Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée | 70% BR | 290% BR | Frais réels | | | |
| Autres praticiens | 70% BR | 200% BR | 200% BR | | | |
| Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée | | | | | | |
| Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée | 70% BR | 290% BR | Frais réels | | | |
| Autres praticiens | 70% BR | 200% BR | 200% BR | | | |
| Actes de sages-femmes | | | | 60% BR | 290% BR | Frais réels |
| ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE | | | | | | |
| Analyses et examens de laboratoire | 60% BR | 290% BR | Frais réels | | | |
| HONORAIRES PARAMEDICAUX | | | | | | |
| Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes) | 60% BR | 290% BR | Frais réels | | | |
| MEDICAMENTS | | | | | | |
| Service Médical Rendu Important (y compris substituts nicotiniques) | 65% BR | 100% BR | 100% BR | | | |
| Service Médical Rendu Modéré | 30% BR | 100% BR | 100% BR | | | |
| Service Médical Rendu Faible | 15% BR | 100% BR | 100% BR | | | |
| MATERIEL MEDICAL | | | | | | |
| Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire | 60% BR | 100% BR | 165% BR | | | |
| Gros appareillage | 100% BR | 100% BR | 100% BR | | | |
| TRANSPORT SANITAIRE | | | | | | |
| Ambulances, véhicules sanitaires légers... | 65% BR | 100% BR | 100% BR | | | |
| AIDES AUDITIVES | | | | | | |
| Prothèse auditive remboursable (1) | | | | | | |
| Equipement 100% santé (Classe I - tel que défini réglementairement) ⁽²⁾⁽³⁾ | | 100 % santé | 100 % santé | | | |
| Equipement à tarifs Libres (Classe II) ⁽²⁾⁽³⁾ | 60% BR | 200% BR + 300 € /Appareil | 200% BR + 650 € /Appareil | | | |
| Entretien, fournitures et accessoires | 60% BR | 100% BR | 100% BR | | | |
| CURE THERMALE ACCEPTEE PAR L'AMO | | | | | | |
| Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport) | 65% ou 70% | 100% BR | 100% BR + 200 €/An | | | |

| | | | |
|---|-------------|--|--|
| HOSPITALISATION | | | |
| MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE | | | |
| Frais de séjour | 80% ou 100% | 100% BR | 100% BR |
| Forfait actes lourds | | 100% FR | 100% FR |
| Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) | | | |
| Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée | 80% ou 100% | 255% BR | Frais réels |
| Autres praticiens | 80% ou 100% | 200% BR | 200% BR |
| Ambulances, véhicules sanitaires légers... | 65% ou 100% | 100% BR | 100% BR |
| Forfait journalier hospitalier | - | 100% FR | 100% FR |
| Chambre particulière hors maternité et psychiatrie ⁽⁴⁾ | - | 25 € / jour | 30 € / jour |
| Chambre particulière maternité ⁽⁴⁾ | | 25 € / jour | 55 € / jour |
| Chambre particulière psychiatrie ⁽⁴⁾ | | 25 € / jour | 30 € / jour |
| Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁵⁾ | - | 25 € / jour | 25 € / jour |
| Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans | - | | 25 € / jour |
| Maternité | | 1/3 PMSS | 1/3 PMSS |
| OPTIQUE | | | |
| Equipement 100% santé (Classe A - <i>tel que défini réglementairement</i>) ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾ | | | |
| Monture + verres | | 100 % santé | 100 % santé |
| Equipement à tarifs libres (Classe B) (6) (7)(9) | | | |
| Enfant | | | |
| Monture | 60% | 100 € | 100 € |
| Par verre : | | | |
| Verre simple | 60% | 60% + 110 € | 60% + 135 € |
| Verre complexe | 60% | 60% + 175 € | 60% + 225 € |
| Verre très complexe | 60% | 60% + 175 € | 60% + 275 € |
| Adulte | | | |
| Monture | 60% | 60% + 15 € | 100 € |
| Par verre : | | | |
| Verre simple | 60% | 60% + 110 € | 60% + 135 € |
| Verre complexe | 60% | 60% + 175 € | 60% + 225 € |
| Verre très complexe | 60% | 60% + 175 € | 60% + 275 € |
| Adaptation de la correction visuelle | 60% | Frais réels | Frais réels |
| Verres avec filtre | 60% | Frais réels | Frais réels |
| Autres suppléments (prisme, système antiphtisie, verres iséiconiques) | 60% | Frais réels | Frais réels |
| Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base) | 60% ou 0% | 100 % BR ou 0 % BR + 100 € / an / bénéficiaire | 100 % BR ou 0 % BR + 300 € / an / bénéficiaire |
| DENTAIRE | | | |
| SOINS | | | |
| Soins | 70% | 200% BR | Frais réels |
| Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (10) | | 100 % santé | 100 % santé |
| Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (10) | | | |
| Prothèses fixes (11) | 70% | 220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire | 220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire |
| Inlay-Core | 70% | 200% | 200% |
| Prothèses transitoires (11) | 70% | 220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire | 220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire |
| Inlay onlay | 70% | 200% | 200% |
| Prothèses amovibles (11) | 70% | 220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire | 220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire |

| | | | |
|---|--------------|--|---|
| Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres | | | |
| Prothèses fixes (11) | 70% | 220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire | 220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire |
| Inlay-Core | 70% | 200% | 200% |
| Prothèses transitoires (11) | 70% | 220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire | 220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire |
| Inlay onlay | 70% | 200% | 200% |
| Prothèses amovibles (11) | 70% | 220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire | 220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire |
| Prothèses dentaires non remboursables par le régime obligatoire (12) | | 200 €/an/bénéficiaire | 400 €/an/bénéficiaire |
| Orthodontie acceptée par le régime obligatoire | 70% ou 100 % | 220% | 300% |
| Orthodontie refusée par le régime obligatoire | | 200 €/an/bénéficiaire | 400 €/an/bénéficiaire |
| AUTRES | | | |
| Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie (13) | - | 30 € / séance limité à 1 séance par an | 30 € / séance limité à 3 séances par an |
| Vie sans tabac - Sevrage tabagique (14) | | 30 € / an / bénéficiaire | 50 € / an / bénéficiaire |
| Assistance | | Oui | Oui |

(1) Jusqu'au 31 décembre 2020 un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

Le renouvellement intervient après une période d'au moins 2 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 (par prescription médicale dans les conditions rappelées dans l'arrêté du 14 novembre 2018) ;

Pour la prise en charge, le prescripteur doit notamment attester de cette situation en précisant la raison, sur un document qui doit être transmis à la caisse d'assurance maladie.

(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 égal 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) Plafond commun

(12) Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire : es 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables

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

(14) Prise en charge des substituts nicotiniques (sur prescription médicale après intervention du Régime Obligatoire), des consultations cognito-comportementales et / ou des consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n°FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.

CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).

Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.

Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant:

déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),

déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).

La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.

Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires. - Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants:

cures médicales en établissements de personnes âgées,

ateliers thérapeutiques,

instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,

centres de rééducation professionnelle

services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

Les remboursements de la mutuelle:

concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),

sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle