

Convention collective

IDCC : **9341** | **EXPLOITATIONS AGRICOLES**
(Hérault)

(28 février 1952)

(Étendue par arrêté du 17 juillet 1954,
Journal officiel du 30 juillet 1954)

Avenant n° 7 du 21 novembre 2019

NOR : AGRS2097181M

IDCC : 9341

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

Fédération départementale des syndicats d'exploitations agricoles de l'Hérault ;

Fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole de l'Hérault,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Syndicat SGA CFDT de l'Hérault ;

Syndicat SNCEA CFE-CGC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Pour se mettre en conformité avec le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 modifiant le cahier des charges des contrats responsables, les partenaires sociaux se sont accordés pour modifier l'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant une assurance complémentaire frais de santé pour les salariés agricoles non-cadres de l'Hérault.

Article 1^{er} | Modifications

L'accord départemental du 9 juillet 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés agricoles non-cadres de l'Hérault est modifié comme suit à compter du 1^{er} janvier 2020.

Voir l'annexe I « Tableau des garanties » ci-dessous.

Article 2 | Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur pour l'ensemble des entreprises adhérentes et des salariés compris dans le champ d'application de l'accord au 1^{er} janvier 2020.

Article 3 | Dépôt et extension

Le présent avenant dont les signataires demandent l'extension sera déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Fait à Lattes, le 21 novembre 2019.


(Suivent les signatures.)

Annexe I Tableau des garanties

REGIME DE BASE				
PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
-Consultations et visites - médecins généralistes •Médecins signataires DPTM* •Médecins non signataires DPTM	70 % BR* 70 % BR	60 % BR 40 % BR	130 % BR 110 % BR	
-Consultations et visites - médecins spécialistes •Médecins signataires DPTM •Médecins non signataires DPTM	70 % BR 70 % BR	100 % BR 80 % BR	170 % BR 150 % BR	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pedicures-podologues)	60 % BR	90 % BR	150 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Participation du patient	---	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€
Sages-femmes	60 % BR	90 % BR	150 % BR	
Analyses, examens de laboratoire	60 ou 100 % BR	40 ou 0 % BR	100 % BR	
Actes d'imagerie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Matériel médical				
- Autres prothèses et petit appareillage	60 % BR	40 % BR	100 % BR	Ce poste couvre des prestations issues de la Liste des Produits et Prestations (LPP).
- Gros appareillage	100 % BR	---	100 % BR	
- Fourniture médicale et pansement	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Médicaments				
- Médicament à Service Médical Rendu* important	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
- Médicament à Service Médical Rendu* modéré	30 % BR	70 % BR	100 % BR	
- Médicament à Service Médical Rendu* faible	15 % BR	85 % BR	100 % BR	
- Pharmacie prescrite non remboursée par l'AMO*	---	20 €	20 €	Forfait par an
- Vaccins prescrits non remboursés par l'AMO	---	20 €	20 €	Forfait par an
AIDES AUDITIVES				
Équipement 100 % santé ⁽¹⁾ Classe I - Soumis à des prix limites de vente				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100 % santé" et d'établir un devis.
- Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	60 % BR	40 % BR + 150€	100 % BR + 150 €	Forfait par année civile par prothèse. Hors

- Aides auditives (plus de 20 ans)	60 % BR	40 % BR + 675€	100 % BR + 675 €	entretien. Forfait par année civile par prothèse. Hors entretien.
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ Classe II - Tarifs libres				
- Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	60 % BR	40 % BR + 150€	100 % BR + 150 €	Forfait par année civile par prothèse. Hors entretien.
- Aides auditives (plus de 20 ans)	60 % BR	40 % BR + 675€	100 % BR + 675 €	Forfait par année civile par prothèse. Hors entretien.
Accessoires, entretien et piles réparation	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
DENTAIRE				
Soins, actes et consultations	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	70 ou 100 % BR	150 % BR	220 ou 250 % BR	
Inlays et onlays remboursés par l'AMO	70 % BR	55 % BR	125 % BR	
Soins et prothèses 100 % santé ⁽¹⁾ Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100 % santé" et d'établir un devis.
- Prothèses fixes	70 % BR	Frais réels	Frais réels	
Prothèses hors 100 % santé				
•Panier à honoraires maîtrisés**				
•Prothèses dentaires remboursées par l'AMO y compris prothèses implantoportées	70 % BR 70 % BR	330 % BR + 135 € 55 % BR	400 % BR + 135 € 125 % BR	
•Inlay cores remboursés par l'AMO				
•Panier à honoraires libres				
•Prothèses dentaires remboursées par l'AMO y compris prothèses implantoportées	70 % BR 70 % BR	330 % BR + 135 € 55 % BR	400 % BR + 135 € 125 % BR	
•Inlay cores remboursés par l'AMO				
OPTIQUE				
1 monture et 2 verres tous les deux ans date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.				
Équipement 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou montures) Classe A				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100% santé" et d'établir un devis.
- Monture	60 % BR	Frais réels	Frais réels	
- Verres (tous types de corrections)	60 % BR	Frais réels	Frais réels	
- Prestations d'appairage	60 % BR	Frais réels	Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
Équipement 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou montures) Classe B - Tarifs libres				
- Monture	60 % BR	100 € moins le remboursement de l'AMO	100 €	
- Verre simple	60 % BR	3.5 % PMSS moins le remboursement de l'AMO	3,5 % PMSS	Forfait par verre et par bénéficiaire.
- Verre complexe	60 % BR	5.3 % PMSS moins le remboursement de l'AMO	5,3 % PMSS	Forfait par verre et par bénéficiaire.
- Verre très complexe	60 % BR	5.3 % PMSS moins le	5.3 %	Forfait par verre et par

		remboursement de l'AMO	PMSS	bénéficiaire.
Autres prestations sur verres et montures : filtres, prismes et adaptation de la prescription	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Lentilles				
- Lentilles correctrices remboursées ou non par l'AMO	60 % BR	40 % BR + 100€	100 % BR + 100€	Par an, sur présentation de la facture nominative acquittée.
HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins				
- Médecins signataires DPTM	80 ou 100 % BR	140 ou 120 % BR	220 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	80 ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % BR	
Participation du patient	---	Frais réels	Frais réels	Actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Séjours				Sur présentation de la facture nominative acquittée. Les frais de télévision, de téléphone et d'internet ne sont pas pris en charge dans les garanties.
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	Frais réels	Forfait hospitalier illimité dans les établissements de santé.
- Frais de séjour	80 ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % BR	Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné
-Chambre particulière :				Par jour
• en hospitalisation	---	52 €	52 €	
• en maternité	---	52 €	52 €	
• en psychiatrie	---	52 €	52 €	
• en ambulatoire	---	20 €	20 €	
- Frais d'accompagnement	---	30 €	30 €	
Transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
Prime de naissance ou d'adoption	---	1/3 PMSS	1/3 PMSS	Forfait par enfant inscrit au contrat dans les 3 mois suivants la naissance ou l'adoption
BIEN-ÊTRE ET SANTÉ AU TRAVAIL				
Actes de prévention	---	OUI	OUI	Liste des actes disponible auprès de la Mutuelle.
Cures thermales : forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et de transport	65 ou 70 % BR	35 ou 30 % BR	100 % BR	
Médecines complémentaires : ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, sophrologue.	--	40 € par séance 2 séances par an	40 € par séance 2 séances par an	
Sevrage tabagique non remboursé	---	150 €	150 €	Forfait par an
Santé au travail : dépistages maladies cardio- vasculaires, prévention des risques psycho sociaux, alimentation	---	OUI	OUI	
SERVICES PLUS				
Accès au Fonds d'action sociale	---	OUI	OUI	Se référer au règlement interne de la commission action sociale.
Assistance vie quotidienne	---	OUI	OUI	Se référer à la notice

MÉDECINDIRECT Consultation médicale à distance avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) 24H/24 - 7J/7	---	OUI	OUI	d'information assistance.  - depuis votre espace adhérent sur eovi-mcd.fr - Internet depuis le site www.medecindirect.fr - par téléphone au 09 74 59 39 37 (appel non surtaxé) Service 100% confidentiel et sécurisé.
Accès aux ateliers prévention santé : initiations aux premiers secours, gestes d'urgences pédiatriques, marche nordique et Qi Gong	---	OUI	OUI	Ateliers proposés sur le territoire couvert par les agences Eovi Mcd mutuelle.

* AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé.

** Actes soumis à des honoraires limites de facturation

Sauf mention contraire, la Mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par l'AMO, et pour les forfaits ou plafonds, il faut entendre une prise en charge par année civile et par bénéficiaire. Les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge. La mutuelle se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires pour verser la prestation.

(1) Tels que définis réglementairement

Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins. En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ; à la Liste des Produits et Prestations (LPP) ou à la Tarification à l'Activité (TAA). - Les taux de remboursement du régime obligatoire correspondent aux taux du régime général en vigueur au 02/05/2011. - Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

Exemples de remboursements

EXEMPLE	PRIX MOYEN PRATIQUE OU TARIF RÉGLEMENTÉ	REMBOURSEMENTS			RESTE À CHARGE	PRÉCISIO-NS ÉVENTUEL-LES	COMMENTAI-RES
		DE L'ASSURANC E MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*)	DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIR E (AMC*)	TOTAL			
SOINS COURANTS							
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25 €	16,50 €	7,50 €	24 €	1 €	Le reste à charge comprend 1 € de participation forfaitaire à charge de l'assuré (article L.322-2 Code Sécurité sociale).	Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire.
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30 €	20 €	9 €	29 €	1 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire.
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44 €	20 €	9 €	29 €	15 €		Prix moyen national de l'acte.
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56 €	15,10 €	18,40 €	33,50 €	22,50€		Prix moyen national de l'acte.
AIDES AUDITIVES							
Équipement 100 % santé - Classe I							
Aide auditive de classe I par oreille	1 100 €	210 €	815 €	1 025 €	75 €	Équipement pour un adulte de plus de 20 ans.	Prix limite de vente.
Équipement hors 100 % santé - Classe II							
Aide auditive de classe II par oreille	1 476 €	210 €	815 €	1 025 €	451 €	Équipement pour un adulte de plus de 20 ans.	Prix moyen national de l'acte.
HOSPITALISATION							
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0 €	20 €	20 €	0 €	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé.	Tarif réglementaire.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM* : l'OPTAM* ou l'OPTAM-CO*) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	247,70 €	107,30 €	355 €	0 €	Le remboursement de l'Assurance Maladie Complémentaire intègre également la participation du patient d'un montant de 24 €.	Prix moyen national de l'acte.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	247,70 €	24 €	271,70 €	159,30 €		Prix moyen national de l'acte.