

Accord professionnel

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ  
DES SALARIÉS NON-CADRES DES EXPLOITATIONS AGRICOLES  
DE POLYCULTURE, D'ÉLEVAGE, DE CULTURES SPÉCIALISÉES,  
D'ÉLEVAGES SPÉCIALISÉS, DE VITICULTURE, DES CUMA ET DES ETARF  
(Charente-Maritime)  
(7 septembre 2009)**

(Étendu par arrêté du 18 janvier 2010

Journal officiel du 23 janvier 2010)

**Avenant n° 9 du 15 janvier 2020**

NOR : AGRS2097175M

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

**Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles Charente-Maritime ;**

**Syndicat professionnel des entrepreneurs des territoires de Charente-Maritime ;**

**Fédération des Charentes des coopératives d'utilisation de matériel agricole,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**Fédération nationale agroalimentaire et forestière FNAF CGT ;**

**Section interdépartementale du syndicat national des cadres d'exploitations  
agricoles CFE-CGC ;**

**FGTA Force ouvrière ;**

**Syndicat général agroalimentaire CFDT ;**

**Fédération agriculture CFTC,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Compte tenu des évolutions législatives et réglementaires intervenues notamment depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020 et afin de pérenniser le dispositif conventionnel départemental, les organisations syndicales d'employeurs agricoles et les organisations syndicales de salariés agricoles de Charente-Maritime, signataires de l'accord départemental du 7 septembre 2009, ont souhaité, par voie d'avenant, définir le nouveau cadre d'intervention du régime de protection sociale complémentaire pour les salariés non-cadres de la production agricole.

Le présent avenant a pour objet de mettre en conformité ledit accord, portant sur une protection sociale complémentaire en santé des salariés non-cadres de la production agricole en

Charente-Maritime, avec la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée dite « 100 % santé » et le nouveau cahier des charges des contrats solidaires et responsables.

Cette réforme met en place un dispositif légal et réglementaire, modifiant le contenu du cahier des charges des contrats responsables et solidaires et visant à garantir un accès aux soins sans reste à charge sur certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires.

## **Article 1<sup>er</sup> | Objet**

Le présent avenant constitue un accord de révision au sens des articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Les dispositions du présent avenant abrogent et remplacent, comme indiqué ci-après, les termes de l'accord départemental du 7 septembre 2009 sur la mise en place d'un régime d'assurance complémentaire frais de santé des salariés non-cadres et ses huit (8) avenants, tels que définis par ses signataires.

Dès lors, les articles et annexe ci-après se substituent aux dispositions consolidées de l'accord du 7 septembre 2009 et de ses avenants.

Il est rappelé ici, conformément à l'article 4 dudit accord départemental, que les dispositions du présent avenant s'appliquent indistinctement à tous les salariés non-cadres des exploitations agricoles de polyculture, d'élevage, de cultures spécialisées, d'élevages spécialisés, de viticulture, des coopératives d'utilisation de matériel agricole et des entreprises de travaux agricoles et forestiers de Charente-Maritime, quel que soit leur contrat de travail.

En dehors des articles visés dans le présent avenant, les autres dispositions précédemment en vigueur demeurent inchangées.

## **Article 2**

Le 4 de l'article 4.3 « Cas de dispenses d'adhésion du régime frais de santé » est modifié comme suit :

« 4. Salariés bénéficiaires de la complémentaire santé et solidaire (CSS). La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ; »

## **Article 3**

Les conditions de l'article 4.7 « Dispositif versement santé » sont modifiées comme suit :

« Conditions :

Pour bénéficier du versement santé les salariés doivent justifier auprès de leur employeur du bénéfice d'une couverture individuelle par un contrat de 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 :

- la complémentaire santé solidaire (CSS) ;
- une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit ;
- ou une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique. »

## Article 4

L'annexe « Garanties indices » 17 et 17 + » est modifiée comme suit :

	Régime Obligatoire + Mutualia	Régime Obligatoire + Mutualia
<b>Soins courants</b>	<b>INDICE 17</b>	<b>INDICE 17 +</b>
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	100%	200%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	100%	180%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100%	200%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100%	180%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	100%	100 %
Analyses et examens de laboratoire	100%	100 %
<b>Médicaments</b>		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins et homéopathie)	100%	100 %
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	100%	100%
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	100%	100 %
Transports pris en charge par le RO	100%	100 %
<b>Hospitalisation</b>		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	155%	200%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	135%	180%
Honoraires : actes techniques et cliniques		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	155%	200%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	135%	180%
Forfait journalier hospitalier (2)	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	100%	200%
Chambre particulière avec nuitée	25 €/ jour	50 € / jour
Hospitalisation en cas de maternité	100 %	100%
Forfait d'accompagnement de l'enfant et de l'adulte	-	25 € / jour
Prime de naissance ou d'adoption (3)	-	200 €
Forfait maternité (4)	Jusqu'à 1/3 du PMSS / benef /maternité	Jusqu'à 1/3 du PMSS / benef /maternité
<b>Optique</b>		
Equipements 100% santé (5)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres - Adulte (5)		
- Verres simples + monture	280€ dont 100 € max monture	280€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe + monture	310€ dont 100 € max monture	310€ dont 100 € max monture
- Verres complexes ou très complexes	350€ dont 100 € max monture	350€ dont 100 € max monture
Equipements à tarifs libres - Enfant (5)		
- Verres simples + monture	420€ dont 100 € max monture	420€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe + monture	500€ dont 100 € max monture	500€ dont 100 € max monture
- Verres complexes ou très complexes	550€ dont 100 € max monture	550€ dont 100 € max monture
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (1)	455% + 100 € / an	455% + 100 € / an
Autres prestations optiques 100% santé (6)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (6)	100%	100%
<b>Dentaire</b>		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (6)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé		
soins pris en charge par le RO	100%	100%
- inlay onlay pris en charge par le RO	125%	225%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé		
- Prothèses prises en charge par le RO (1)	210% + 12% PMSS par an	210% + 12% PMSS par an
- Inlay core pris en charge par le RO (1)	210% + 12% PMSS par an	210% + 12% PMSS par an
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO	150 € / an	300€ / an
Orthodontie prise en charge par le RO	180 %	300%
Orthodontie non prise en charge par le RO	200 € / an	200 € / an
<b>Aides auditives</b>		
Equipements 100% santé (à compter du 01/01/2021) (7)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (7)	200%	400% + 200 €
<b>Cures thermales (8)</b>		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO (9)	-	100%
<b>Prévention</b>		
Actes de prévention pris en charge par le RO	100%	100%

Bien-être (1)		
- Médecines douces		
- Acupuncteur		
- Chiropracteur	30€ / 1 séance / an	35€ la séance dans la limite de 4 séances / an
- Ostéopathe		
- Sophrologue		
- Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits (1)	150 € / an	200€ / an
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	Oui	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;
- HAM : Hors Alsace-Moselle;
- AM : Alsace-Moselle;
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale;
- SMR : Service Médical Rendu;
- PEC : Pris en charge

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 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 Base de Remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés). Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire.

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 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 Base de Remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).

Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire.

(1) Forfait par année civile, par bénéficiaire.

(2) Forfait journalier facturé par les établissements de santé, à l'exclusion de celui facturé par les établissements médico-sociaux, tels que définis réglementairement et repris dans le contrat.

(3) Paiement de la prime effectuée à condition que l'inscription de l'enfant en tant qu'ayant droit soit faite dans les 31 jours suivant sa naissance ou adoption.

Forfait accordé quel que soit le nombre de naissance.

(4) Dépassement d'honoraires et chambre particulière.

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

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

(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.

(8) Uniquement si la cure est prise en charge par le RO. Forfait annuel, par bénéficiaire.

(9) Forfait par cure"

## Article 5

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Les parties demandent l'extension du présent avenant dans les mêmes conditions que celles de l'accord départemental.

*Fait à Saintes, le 15 janvier 2020.*

(Suivent les signatures.)