

Convention collective

IDCC : 9112 | **EXPLOITATIONS AGRICOLES DE LA ZONE VITICOLE (Aude)**

(21 juillet 1998)

(Étendue par arrêté du 19 octobre 1998,
Journal officiel du 22 octobre 1998)

Avenant n° 54 du 4 décembre 2020

NOR : AGRS2197081M

IDCC : 9112

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

Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles de l'Aude,
d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Section fédérale FO et SYNFOCA de l'Aude ;

Syndicat départemental CFDT de l'agriculture de l'Aude ;

SNCEA CFE-CGC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Pour se mettre en conformité avec la nouvelle réglementation relative aux contrats responsables à la suite des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements du tableau des garanties santé.

Par ailleurs, en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent avenant ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, les entreprises de la branche sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de 50 salariés. Aussi, les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les entreprises de la branche, y compris les TPE de moins de 50 salariés, et ce afin de ne pas remettre en cause le régime social et fiscal de faveur attaché au présent régime.

Le présent avenant intègre ces dispositions dans les tableaux des garanties frais de santé.

Article 1^{er} | **Les garanties**

Le paragraphe 2 prestations de l'article 83 « Complément de garantie santé des personnels non-cadres » (avenant n° 21 du 12 février 2008) de la convention collective de travail du 21 juil-

let 1998 modifié par l'avenant n° 50 du 25 janvier 2018 et entré en vigueur au 1^{er} janvier 2019 est annulé et remplacé par :

« Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait "actes lourds", du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100 % santé en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optiques et du plafond pour les aides auditives. »

Les tableaux de garanties en annexe 4 de la convention collective de travail du 21 juillet 1998 sont supprimés et substitués par le tableau de garanties annexé au présent avenant :

Article 2 | Entrée en vigueur

Les dispositions arrêtées au présent avenant ont pris effet le 1^{er} janvier 2020.

Les parties signataires conviennent de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

Article 3 | Dépôt et extension

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

Le présent avenant est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée par les parties signataires et sera déposé à l'unité départementale de l'Aude de la DIRECCTE Occitanie, 320, chemin de Maquens, ZI la Bouriette, CS 70069, 11890 Carcassonne Cedex 9.

■ Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de la convention collective.

Fait à Carcassonne, le 4 décembre 2020.

(Suivent les signatures.)

Annexe 4

Tableau des garanties d'assurance complémentaire santé

Nature des frais	Remboursement du régime de base Hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation)			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Analyses, et examens de laboratoire ⁽²⁾	60% BR ou 100% BR	40% BR ou 0% BR	100 % BR
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie ⁽²⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention ⁽³⁾	de 35% à 70% BR	de 65% à 30% BR	100 % BR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie	-	30€/ 1 séance/an /bénéficiaire	30€/1 séance/an/bénéficiaire
Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65 % BR	35 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré"	30 % BR	70 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible"	15 % BR	85 % BR	100 % BR
Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	60% BR	40 % BR	100 % BR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	60% BR ou 100% BR	40% BR ou 0% BR	100 % BR
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	80% ou 100% BR	20% ou 0% BR	100 % BR
Honoraires :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80% ou 100% BR	175% BR ou 155% BR	255 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80% ou 100% BR	120% BR ou 100% BR	200 % BR
- Forfait actes lourds ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR

Nature des frais	Remboursement du régime de base Hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus
HOSPITALISATION (suite)			
Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière ⁽⁶⁾ y compris en ambulatoire (par jour/bénéficiaire)			
- Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	-	40€ / jours limité à 60 jours puis 25€	40€ / jours limité à 60 jours puis 25€
- Maternité	-	25€/jour	25€/jour
- Psychiatrie	-	25€/jour	25€/jour
Forfait maternité (dans la limite des frais engagés)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
OPTIQUE			
Equipement : 2 verres + monture		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans (7) Maximum: 100€ pour la monture de classe B et 30€ pour la monture de classe A	
Equipements 100% santé (Classe A) ⁽⁸⁾			
- Monture	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Verre	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels
Autres équipements (Classe B)			
- Monture + 2 verres simples Classe B ⁽⁹⁾	60% BR	350 €	350 € + RO
- Monture + 2 verres complexes Classe B ⁽⁹⁾	60% BR	425 €	425 € + RO
- Monture + 2 verres très complexes Classe B ⁽⁹⁾	60% BR	500 €	500 € + RO
- Monture + 1 verre simple Classe B et 1 verre complexe classe B ⁽⁹⁾	60% BR	425 €	425 € + RO
- Monture + 1 verre simple Classe B et 1 verre très complexe Classe B ⁽⁹⁾	60% BR	500 €	500 € + RO
- Monture + 1 verre complexe Classe B et 1 verre très complexe Classe B ⁽⁹⁾	60% BR	500 €	500 € + RO
Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁸⁾	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels
Supplément pour verre avec filtre ⁽⁸⁾	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	390% BR + 100 €/an /bénéficiaire	450% BR + 100 €/an /bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	100€/an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾	70% BR	Frais réels - RO	Frais réels
Soins (hors 100% Santé)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Inlay Onlay (hors 100% Santé) ⁽¹¹⁾	70 % BR	55 % BR	125 % BR
Prothèses (hors 100% Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹¹⁾	70% BR	140% BR + 300€/an/bénéficiaire	210% BR + 300€/an/bénéficiaire
- prothèses à honoraires libres	70% BR	140% BR + 300€/an/bénéficiaire	210% BR + 300€/an/bénéficiaire

Nature des frais	Remboursement du régime de base Hors Alsace Moselle	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus
DENTAIRE (suite)			
Orthodontie remboursée par le régime de base	70% ou 100% BR	280% BR ou 250% BR	350 % BR
AIDES AUDITIVES ⁽¹²⁾			
Equipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1er janvier 2020 ⁽⁸⁾	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	1700€-RO/appareil	1700€/appareil
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	1700€-RO/appareil	1700€/appareil
CURES THERMALES			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux ⁽¹⁾ , transport, hébergement, surveillance	65% ou 70% BR	35% ou 30% BR	100% BR
DIVERS			
Transports remboursés par le régime de base	65% ou 100% BR	35% ou 0% BR	100 % BR

BR : base de remboursement RO : régime obligatoire FR : frais réels PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM /OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité. Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes sauf si le tableau de garantie prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste soins courants « honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes ».

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(5) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(6) Chambre particulière : limitée à 90 jours/an/bénéficiaire pour toute hospitalisation en soins de suite et de réadaptation et psychiatrie.

(7) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(8) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(9)

verres simples Classe B :

- verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre \leq +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) \leq 6 dioptries
- verres neutres

verres complexes Classe B

- verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 a + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre $>$ +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère $<$ -6 dioptries et cylindre \geq 0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $>$ 6 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre \leq +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) \leq 8 dioptries

verres très complexes Classe B

- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère < -8 dioptries et cylindre $\geq 0,25$ dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S > 8 dioptries

(10) La mise en place du 100% Santé pour les prothèses dentaires est progressive entre 2020 et 2021. Certaines prothèses qui intégreront le panier 100% Santé au 1er janvier 2021 seront prises en charge au titre des prothèses hors 100% Santé au cours de l'année 2020.

(11) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour les soins et les prothèses à honoraires maîtrisés entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire des lors qu'ils ont pris effet.

(12) A compter du 1er janvier 2021, prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.