

Accord départemental

**ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ ET PRÉVOYANCE  
DES SALARIÉS NON-CADRES  
(Bouches-du-Rhône)**

**Avenant n° 3 du 20 avril 2022**

NOR : AGRS2297100M

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

**Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles des Bouches-du-Rhône ;**

**Fédération départementale des coopératives d'utilisation du matériel agricole des Bouches-du-Rhône,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**Union départementale des syndicats FGA CFDT des Bouches-du-Rhône ;**

**Union départementale des syndicats FGTA FO des Bouches-du-Rhône ;**

**Union départementale des syndicats CFTC Agri des Bouches-du-Rhône ;**

**Union départementale des syndicats SNCEA CFE-CGC des Bouches-du-Rhône,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Le cahier des charges du contrat responsable, auquel doit satisfaire tout contrat collectif frais de santé a été modifié 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.

Le présent avenant a pour objet de mettre en conformité l'accord santé et prévoyance des Bouches-du-Rhône avec cette réforme dite du « 100 % santé », afin de sécuriser juridiquement les employeurs et les salariés agricoles des Bouches-du-Rhône, étant précisé que les partenaires sociaux avaient veillé à ce que les garanties appliquées en pratique par les prestataires référencés soient en conformité avec cette réforme.

Dans la mesure où le présent avenant a vocation à s'appliquer essentiellement auprès de très petites entreprises, les partenaires sociaux estiment que les dispositions leur sont particulièrement applicables et qu'ainsi ils répondent à l'obligation issue de l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

**1. Annexe 1 « Tableau des garanties du dispositif frais de santé »**

Le tableau des garanties figurant en annexe 1 et annoncé par l'article 3.4 de l'accord est remplacé par le tableau suivant qui intègre les modifications liées au 100 % santé et améliore la garantie médecine douce.

*(Voir page suivante.)*

NATURE DES FRAIS ACCORD DES BOUCHES-DU-RHONE	Remboursement du régime de base	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus
<b>SOINSCOURANTS</b>			
<b>Honoraires médicaux (y compris téléconsultation) :</b>			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	130 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	110 % BR	180 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	30 % BR	100 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	30 % BR	100 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	60 % BR	40 % BR	100 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire <sup>(2)</sup></b>	de 60 % à 100% BR	40 % BR	100 % BR
<b>Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie <sup>(2)</sup></b>	70 % BR	30 % BR	100 % BR
<b>Actes de prévention <sup>(3)</sup></b>	de 35 % à 70% BR	30 % à 65 % BR	100 % BR
<b>Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie</b>		150€/an	150€/an
<b>Médicaments</b>			
- 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
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base		40€/an/bénéficiaire	40€/an/bénéficiaire
- Sevrage tabagique non remboursé par le régime de base		150€ / an	150€ / an
<b>Matériel médical</b>			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	40 % BR	100 % BR
- gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % ou 100 % BR	40 % ou 0 % BR	100 % BR
<b>HOSPITALISATION</b>			
<b>Frais de séjour</b>	80 % ou 100 % BR	20 % BR	100 % BR
<b>Honoraires :</b>			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM (1)	80 % ou 100 % BR	175 % ou 155 % BR	255 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % ou 100 % BR	120 % ou 100 % BR	200 % BR
- Forfait actes lourds <sup>(4)</sup>		100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier <sup>(5)</sup>		100 % FR	100 % FR
Chambre particulière hors maternité et psychiatrie, y compris en ambulatoire (par jour/bénéficiaire)		78€/jour pendant 60 jours puis 25€/jour	78€/jour pendant 60 jours puis 25€/jour

NATURE DES FRAIS ACCORD DES BOUCHES-DU-RHONE	Remboursement du régime de base	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus
Chambre particulière en maternité (par jour/bénéficiaire)		25€/jour	25€/jour
Chambre particulière en psychiatrie, y compris en ambulatoire (par jour/bénéficiaire)		25€/jour	25€/jour
Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire dans la limite de 30 jours/an)		52€/jour	52€/jour
<b>OPTIQUE</b>			
<b>Monture et verres : Expression des garanties</b>			
1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans <sup>(6)</sup>			
<b>Equipements 100% santé (Classe A) <sup>(7)</sup></b>			
- 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
<b>Autres équipements (Classe B)</b>			
- Monture	60 % BR	100€-RO	100€
- Verre simple <sup>(8)</sup>	60 % BR	175€-RO	175€
- Verre complexe <sup>(8)</sup>	60 % BR	175€-RO	175€
- Verre très complexe <sup>(8)</sup>	60 % BR	175€-RO	175€
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR + 300€	100 % BR + 300€
Lentilles non remboursées par le régime de base		300€/an/bénéficiaire	300€/an/bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b>			
<b>Soins et prothèses 100% Santé <sup>(7)(9)</sup></b>	70 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
<b>Soins</b> (hors 100% Santé)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
<b>Inlay Onlay</b> (hors 100% Santé) <sup>(10)</sup>	70 % BR	100 % BR	170 % BR
<b>Prothèses</b> (hors 100% Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(10)</sup>	70 % BR	210 % BR + 300€	280 % BR + 300€
- prothèses à honoraires libres	70 % BR	210 % BR + 300€	280 % BR + 300€
<b>Orthodontie remboursée par le régime de base</b>	70 % ou 100 % BR	150 % BR	220 % ou 250 % BR
<b>AIDES AUDITIVES <sup>(11)</sup></b>			
<b>Equipements 100% Santé</b> (Classe I) à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2020 <sup>(7)</sup>	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
<b>Aides auditives Classe II</b> 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/oreille	1700€/oreille
<b>Aides auditives Classe II</b> prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	1700€ - RO/oreille	1700€/oreille

CURES THERMALES			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux <sup>(1)</sup> , transport, hébergement, surveillance	65 % ou 70 % BR	30 % BR	100 % BR
DIVERS			
Transports remboursés par le régime de base	65 % ou 100 % BR	35 % BR	100 % BR

- 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.
- 2) En cas de dépassement d'honoraires 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) Sont exclus les établissements médico-sociaux.
- 6) 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 prise en charge 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.
- 7) 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.
- 8)
  - 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 à + 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
- 9) 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 1<sup>er</sup> janvier 2021 seront prises en charge au titre des prothèses hors 100% Santé au cours de l'année 2020.
- 10) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour certaines prothèses hors 100% Santé (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 dès lors qu'ils ont pris effet.
- 11) A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance 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 réduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

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 réduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

## 2. Autres dispositions de l'accord

Les autres dispositions de l'accord ne sont pas modifiées par le présent avenant.

### **Article 2 | Entrée en vigueur, dépôt et extension**

Le présent avenant sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension conformément aux dispositions légales.

Il entrera en vigueur le lendemain de la parution de l'arrêté d'extension.

*Fait à Aix-en-Provence, le 20 avril 2022.*

(Suivent les signatures.)