

Convention collective nationale

IDCC : **7024** | **PRODUCTION AGRICOLE ET CUMA**
(15 septembre 2020)

Convention collective nationale

IDCC : **7025** | **ENTREPRISES DE TRAVAUX ET SERVICES AGRICOLES, RURAUX ET FORESTIERS**
(8 octobre 2020)

Convention collective

IDCC : **9321** | **EXPLOITATIONS AGRICOLES ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX COOPÉRATIVES D'UTILISATION DE MATÉRIELS AGRICOLES**
(Gers)
(12 juin 1954)

(Étendue par arrêté du 29 novembre 1954,
Journal officiel du 11 décembre 1954)

Avenant n° 9 du 22 février 2024

NOR : AGRS2497082M

IDCC : 7024, 7025, 9321

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

Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles du Gers ;
Fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole CUMA du Gers ;

Syndicat des entrepreneurs de travaux agricoles, ruraux du Gers,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Syndicat national des cadres des entreprises agricoles SNCEA CFE-CGC ;

Syndicat général agroalimentaire CFDT du Gers ;

Syndicat départemental FGTA FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

En application des décisions prises par les organisations syndicales salariales et patronales, le présent avenant a pour objet de formaliser les aménagements suivants à l'accord du 17 septembre 2009 :

- la suppression des dispositions inhérentes à la clause de recommandation mise en place en 2015 ;
- la modification des dispositions relatives au haut degré de solidarité (HDS).

En outre, le présent avenant a pour objet de mettre en conformité l'accord précité avec les évolutions réglementaires intervenues :

- en 2022 à savoir les dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail, la mise en place du tiers-payant généralisé, du forfait patient urgences (FPU) et du dispositif MonPsy ;
- en 2023 à savoir la possibilité pour les pharmaciens, sages-femmes et infirmiers de prescrire et d'administrer les vaccins prévus par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans, l'exonération du ticket modérateur pour les transports urgents pré hospitaliers (TUPH), le déremboursement des frais de transport sanitaires non urgents et des soins dentaires.

Enfin, les partenaires sociaux bénéficient d'une période transitoire jusqu'au 31 décembre 2024 et s'engagent à entamer des négociations pour mettre en conformité, selon les dispositions qui seront prévues par l'accord national du 10 juin 2008, le libellé des bénéficiaires avec le décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021 relatif aux critères objectifs de définition des catégories de salariés bénéficiaires d'une couverture de protection sociale complémentaire collective.

Article 1^{er} | Modifications de l'accord

L'accord de prévoyance du 17 septembre 2009 et ses avenants sont ainsi modifiés comme suit :

1.1. Suppression de la clause de recommandation

L'ensemble des dispositions des articles 5 « Organisme assureur recommandé » et 6 « Convention de gestion spécifique » sont supprimées.

En outre, l'ensemble des dispositions de l'article 7 « Cotisations » sont supprimées.

De facto, les articles énumérés ci-après sont renumérotés comme suit :

- l'article 8 « Règlement des prestations et tiers-payant » devient l'article 5 dont les dispositions demeurent inchangées ;
- l'article 9 « Maintien des garanties » devient l'article 6 dont les dispositions demeurent inchangées ;
- l'article 10 « Suspension du contrat de travail » devient l'article 7 dont les dispositions modifiées sont formalisées dans l'article 2.1 du présent avenant ;
- l'article 11 « Dénonciation » devient l'article 8 dont les dispositions demeurent inchangées ;
- l'article 12 « Haut degré de solidarité » devient l'article 9 dont les dispositions modifiées sont formalisées dans l'article 1.2 du présent avenant.

1.2. Modification de la clause relative au haut degré de solidarité

Les dispositions de l'article 9 « Haut degré de solidarité » sont désormais les suivantes :

« Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, une quote-part de 1 % des cotisations frais de santé (hors taxes) est affectée au financement de

prestations revêtant un degré élevé de solidarité. Ce financement alimente un fonds de solidarité faisant l'objet d'une comptabilité spécifique et dont les modalités de fonctionnement sont définies au sein d'un règlement spécifique.

La commission paritaire décide annuellement des actions de solidarité qu'elle définit comme prioritaires au niveau de l'accord collectif départemental. »

Article 2 | Mise en conformité des garanties

Le dispositif frais de santé de l'accord précité est mis en conformité avec les évolutions réglementaires comme suit :

2.1. Modification de l'article 7 « Suspension du contrat de travail »

Les dispositions du 2^e paragraphe intitulé « Suspension du contrat de travail pour maladie, accident (toutes origines) ou pour maternité » de l'article 7 de l'accord précité sont désormais les suivantes :

« Les garanties prévues par le contrat sont maintenues au participant pendant la période de suspension de son contrat de travail, ainsi qu'à ses ayants droit inscrits au contrat lorsque :

- le participant est indemnisé au titre de l'incapacité temporaire et permanente de travail pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base des assurances sociales.

Dans cette situation, l'employeur et le participant sont exonérés du versement des cotisations pour tout mois civil entier d'arrêt de travail et tant que le participant ne reprend pas une activité ;

- le participant bénéficie d'un revenu de remplacement versé par son employeur notamment, en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée ou en cas de congé de reclassement ou de congé de mobilité.

Dans ces situations, le versement des cotisations santé doit être effectué par l'employeur et le participant pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Si la suspension est inférieure à un mois, la cotisation forfaitaire est due intégralement. »

2.2. Modification des tableaux de garanties

Les tableaux de garanties figurant en annexes I et II de l'accord du 17 septembre 2009 sont modifiés comme suit :

« Annexe I

Garanties complémentaires de base

Les prestations du 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 notamment : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical

rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait patient urgences (FPU), du forfait "actes lourds" et 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 qu'en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optique et du plafond pour les aides auditives.

Les remboursements garantis s'effectuent poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux (CCAM), dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au présent tableau de garanties.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale et/ou en euros.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au présent tableau de garanties.

(Voir page suivante.)

NATURE DES FRAIS	Remboursement du Régime de base (en % de la BR)	Remboursement "Garanties complémentaires de base" Niveau 1 (en % de la BR)	Total Niveau 1 + Régime de base
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation)			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	130 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	110 % BR	180 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	130 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	110 % BR	180 % BR
Honoraires paramédicaux y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les + de 11 ans et la vaccination anti-grippale par les sage-femmes et	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 8 séances/an	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire ⁽²⁾	de 60 % à 100 %	de 40 % BR à 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 %	de 65% BR à 30% BR	100 % BR
Honoraires de médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie	-	30 € pour 1 séance/ an/bénéficiaire	30 € pour 1 séance/ an/bénéficiaire
MEDICAMENTS			
- 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
- Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les + de 11 ans et la vaccination anti-grippale	de 65 % BR à 100 % BR	35 % BR ou 0 % BR	100 % BR
- Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	40 €/an/bénéficiaire	40 €/an/bénéficiaire
MATERIEL MEDICAL			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	240 % BR ou 200 % BR	300 % BR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % BR ou 100 % BR	240 % BR ou 200 % BR	300 % BR
HOSPITALISATION (hors maternité)			
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
Honoraires			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 %	420 % BR ou 400 % BR	500 % 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
Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgences ⁽⁶⁾	-	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière y compris en ambulatoire (par jour/bénéficiaire) ⁽⁷⁾	-	52 €/jour pendant 60 jours puis 25 €/jour	52 €/jour pendant 60 jours puis 25 €/jour
Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire)	-	52 €/jour limité à 30 jours/an	52 €/jour limité à 30 jours/an
HOSPITALISATION (maternité)			
Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
Honoraires			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	200% BR	300 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Forfait actes lourds ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgences ⁽⁶⁾	-	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière ⁽⁷⁾	-	52 €/jour	52 €/jour
Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS

NATURE DES FRAIS	Remboursement du Régime de base (en % de la BR)	Remboursement "Garanties complémentaires de base" Niveau 1 (en % de la BR)	Total Niveau 1 + Régime de base
OPTIQUE			
Monture et verres : Expression des garanties par élément			
1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁸⁾			
Équipements 100% santé (Classe A) ⁽⁹⁾			
- 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	60 % BR	100 € - RO	100 €
- Verre simple ⁽¹⁰⁾	60 % BR	110 € - RO	110 €
- Verre complexe ⁽¹⁰⁾	60 % BR	250 € - RO	250 €
- Verre très complexe ⁽¹⁰⁾	60 % BR	300 € - RO	300 €
Prestation d'adaptation de la correction à la vue pour des verres de Classe B ⁽⁹⁾	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
Supplément pour verre avec filtre ⁽⁹⁾	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
Lentilles remboursées par le régime de base/an/bénéficiaire	60 % BR	395 % BR + 350 €	455 % BR + 350 €
Lentilles non remboursées par le régime de base/an/bénéficiaire	-	100 €	100 €
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁹⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
Soins (hors 100% Santé)	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Inlay Onlay (hors 100% Santé)	60 % BR	65 % BR	125 % BR
Prothèses (hors 100% Santé)			
Prothèses à honoraires maîtrisés, à honoraires libres, et prothèses non remboursées par le régime de base ⁽⁹⁾	0 % ou 60% BR	0% ou 150 % BR + 350 € /an/bénéficiaire	0 % ou 210 % BR + 350 € /an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	60 % ou 100 % BR	150 % ou 190 % BR	250 % BR
Implantologie (hors couronne implanto- portée)	-	-	-
Parodontologie non remboursée	-	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽¹¹⁾			
Équipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1^{er} janvier 2020 ⁽⁹⁾	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/oreille	1700 €/oreille
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	1600 € - RO/oreille	1600 €/oreille
CURES THERMALES			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux, transport, hébergement, surveillance ⁽¹²⁾	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR	100 % BR
DIVERS			
Transports urgents préhospitaliers (TUPH) remboursés par le régime de base	100 % BR	-	100 % BR
Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	55 % BR	45 % 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.

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) **Forfait patient urgences** : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13-1 du Code de la Sécurité sociale.

(7) **Chambre particulière** : limitée à 90 jours/an/bénéficiaire pour toute hospitalisation en soins de suite et de réadaptation et psychiatrie si aucune limite n'est prévue dans le tableau de garanties.

(8) 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.

(9) 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. Le remboursement des prothèses dentaires non remboursées par le régime de base est limité au forfait en euros.

(10)

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

(11) 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.

(12) En cas de dépassement d'honoraires se référer au poste soins courants « honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes »

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.

Annexe II

Garanties complémentaires de base + garanties optionnelles

Les prestations du 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 notamment : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait patient urgences (FPU), du forfait "actes lourds" et 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 qu'en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optique et du plafond pour les aides auditives.

Les remboursements garantis s'effectuent poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux (CCAM), dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au présent tableau de garanties.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale et/ou en euros.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au présent tableau de garanties.

(Voir page suivante.)

NATURE DES FRAIS	Remboursement du régime de base (en % de la BR)	Remboursement "Garanties complémentaires de base"	Total Niveau 2 + Régime de base
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation) :			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	230 % BR	300 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	130 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	230 % BR	300 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	130 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les + de 11 ans et la vaccination anti-grippale par les sages-femmes et infirmiers	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 8 séances/an	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire ⁽²⁾	de 60 % à 100 %	de 40 % BR à 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 %	65% BR à 30 % BR	100 % BR
Honoraires de médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie	-	30 €/séance pour 4 séances/ an/bénéficiaire	30 €/séance pour 4 séances/an/bénéficiaire
MEDICAMENTS			
- 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
- Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les + de 11 ans et la vaccination anti-grippale	de 65 % BR à 100 % BR	35 % BR ou 0 % BR	100 % BR
- Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	40 €/an/bénéficiaire	40 €/an/bénéficiaire
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	40 €/an/bénéficiaire	40 €/an/bénéficiaire
MATERIEL MEDICAL			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	440 % BR	500 % BR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % BR ou 100 % BR	440 % BR ou 400 % BR	500 % BR
HOSPITALISATION (hors maternité)			
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
Honoraires			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 %	420 % BR ou 400 % BR	500 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 %	120 % BR ou 100 % BR	200 % BR
Forfait actes lourds ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgences ⁽⁶⁾	-	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière y compris en ambulatoire (par jour/bénéficiaire) ⁽⁷⁾	-	52 €/jour pendant 60 jours puis 25 €/jour	52 €/jour pendant 60 jours puis 25 €/jour
Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire)	-	52 €/jour limité à 30 jours/an	52 €/jour limité à 30 jours/an
HOSPITALISATION (maternité)			
Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
Honoraires			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	200% BR	300 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Forfait actes lourds ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgences ⁽⁶⁾	-	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière ⁽⁷⁾	-	52 €/jour	52 €/jour
Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS

NATURE DES FRAIS	Remboursement du régime de base (en % de la BR)	Remboursement "Garanties complémentaires de base" Niveau 2 (en % de la BR)	Total Niveau 2 + Régime de base
OPTIQUE			
Monture et verres : Expression des garanties par			
1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁸⁾			
Équipements 100% santé (Classe A) ⁽⁹⁾			
- 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	60 % BR	100 € - RO	100 €
- Verre simple ⁽¹⁰⁾	60 % BR	160 € - RO	160 €
- Verre complexe ⁽¹⁰⁾	60 % BR	300 € - RO	300 €
- Verre très complexe ⁽¹⁰⁾	60% BR	350 € - RO	350 €
Prestation d'adaptation de la correction à la vue pour des verres de Classe B ⁽⁹⁾	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
Supplément pour verre avec filtre ⁽⁹⁾	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
Lentilles remboursées par le régime de base/an/bénéficiaire	60 % BR	395 % BR + 475 €	455 % + 475 €
Lentilles non remboursées par le régime de base/an/bénéficiaire	-	100 €	100 €
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁹⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
Soins (hors 100% Santé)	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Inlay Onlay (hors 100% Santé)	60 % BR	65	125 % BR
Prothèses (hors 100% Santé)			
Prothèses à honoraires maîtrisés, à honoraires libres, et prothèses non remboursées par le régime de base ⁽⁹⁾	0 % ou 60% BR	0 % ou 150 % BR + 475 € /an/bénéficiaire	0 % ou 210 % BR + 475 € /an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	60 % ou 100 % BR	290 % BR ou 250 % BR	350 % BR
Implantologie (hors couronne implanto- portée)	-	200 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
Parodontologie non remboursée	-	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽¹¹⁾			
Équipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1^{er} janvier 2020 ⁽⁹⁾	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/oreille	1700 €/oreille
Aides auditives Classe II 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, transport, hébergement, surveillance ⁽¹²⁾	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR	100 % BR
DIVERS			
Transports urgents préhospitaliers (TUPH) remboursés par le régime de base	100 % BR	-	100 % BR
Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	55 % BR	45 % BR	100 % BR

BR : Base de remboursement **FR** : Frais réels **RO** : Régime Obligatoire **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) **Forfait patient urgences** : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13-1 du Code de la Sécurité sociale.

(7) **Chambre particulière** : limitée à 90 jours/an/bénéficiaire pour toute hospitalisation en soins de suite et de réadaptation et psychiatrie si aucune limite n'est prévue dans le tableau de garanties.

(8) 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.

(9) 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. Le remboursement des prothèses dentaires non remboursées par le régime de base est limité au forfait en euros.

(10)

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

(11) 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.

(12) En cas de dépassement d'honoraires se référer au poste soins courants « honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes »

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.

Article 3 | Durée, révision et dénonciation

Le présent régime santé est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra faire l'objet d'une révision ou d'une dénonciation par l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve du respect d'un préavis de trois mois, conformément aux dispositions légales prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

Article 4 | Entrée en vigueur

Les dispositions du présent avenant prennent effet le premier jour du trimestre civil suivant la date de publication au *Journal officiel* de l'arrêté d'extension du présent avenant.

Article 5 | Dépôt et extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Fait à Auch, le 22 février 2024.

(Suivent les signatures.)