

Accord régional

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
EN AGRICULTURE DES SALARIÉS NON CADRES**

(Centre-Val de Loire)

(3 juillet 2009)

(Étendu par arrêté du 9 décembre 2009,

Journal officiel du 19 décembre 2009)

Avenant n° 8 du 11 octobre 2023

NOR : AGRS2497072M

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

Fédération régionale des syndicats d'exploitants agricoles FRSEA du Centre-Val de Loire ;

Fédération régionale CUMA Centre-Val de Loire ;

Entrepreneurs des territoires EDT du Centre-Val de Loire,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Fédération générale agroalimentaire CFDT ;

Fédération CFTC de l'agriculture ;

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

La commission paritaire de l'accord régional du 3 juillet 2009 sur une protection sociale complémentaire frais de santé en agriculture pour les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017, en région Centre-Val de Loire, s'est réunie le 11 octobre 2023.

Dans un contexte d'inflation, et cet accord ayant un compte de résultat bénéficiaire depuis son application, au 1^{er} janvier 2010, les partenaires sociaux ont décidé d'augmenter les montants de remboursement de certains frais de santé sans hausse de cotisations.

(Voir page suivante.)

Article 1^{er}

Les partenaires sociaux font évoluer à compter du 1^{er} octobre 2023, les montants des prestations complémentaires santé suivantes (les prestations s'entendent y compris le remboursement de la sécurité sociale ou de la MSA) :

■ Hospitalisation (sur le régime de base) :

Lit d'accompagnement : 40 € par nuitée.

■ Soins de ville (sur le régime de base) :

- spécialistes OPTAM (consultation/visite/consultation en ligne) : 130 % BR ;
- spécialistes non OPTAM (consultation/visite/consultation en ligne) : 110 % BR ;
- actes techniques OPTAM : 130 % BR ;
- actes techniques non OPTAM : 110 % BR ;
- actes d'imagerie médicales OPTAM : 130 % BR ;
- actes d'imagerie médicales non OPTAM : 110 % BR.

■ Matériel médical (sur le régime de base et sur le régime de base + option 1) :

- appareillage : 110 % BR.

Pour information, BR signifie base de remboursement de la sécurité sociale.

L'annexe 2 est modifiée et une nouvelle grille de garanties, ci jointe, remplace et supprime la grille précédente.

Article 2 | *Entrée en vigueur*

Les dispositions arrêtées au présent avenant prennent effet à compter du 1^{er} octobre 2023.

Article 3 | *Dépôt et extension*

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.

Dans la mesure où le présent avenant a vocation à s'appliquer à des entreprises de toute taille, y compris auprès de petites entreprises, les partenaires sociaux estiment que ces 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.

Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant qui sera déposé à la DREETS Centre-Val de Loire.

Fait à Orléans, le 11 octobre 2023.

(Suivent les signatures.)

Annexe

« Annexe 2

Garanties frais de santé

Les remboursements indiqués s'entendent y compris remboursement de la sécurité sociale ou de la MSA dans la limite des frais engagés.

	Base conventionnelle (si choisi)	Base conventionnelle + Option 1 (si choisi)	Base conventionnelle + Option 2 (si choisi)
HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non (2)			
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires			
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	255 % BR	255 % BR	255 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA (3) - sans limitation de durée	100 % DE	100 % DE	100 % DE
Forfait patient urgence (4)	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA (5)			
Hospitalisation – par nuitée	75 €	80 €	80 €
Maternité – par nuitée	75 €	80 €	80 €
Psychiatrie – par nuitée	75 €	80 €	80 €
Hospitalisation en ambulatoire – par journée	75 €	80 €	80 €
Lit d'accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA (5)			
Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans – par nuitée	40 €	40 €	40 €
Forfait maternité – doublé en cas de naissance gémellaire	1/3 PMSS	1/3 PMSS	1/3 PMSS
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non			
Honoraires médicaux			
Généralistes : Consultation / visite / consultation en ligne			
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	170 % BR	240 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Spécialistes : Consultation / visite / consultation en ligne			
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	170 % BR	240 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	110 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux			
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	170 % BR	170 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	110 % BR	150 % BR	150 % BR
Actes d'imagerie médicale			
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	170 % BR	240 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	110 % BR	150 % BR	200 % BR

	Base conventionnelle (si choisi)	Base conventionnelle + Option 1 (si choisi)	Base conventionnelle + Option 2 (si choisi)
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non (suite)			
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux, pédicures-podologues	100 % BR	160 % BR	230 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	160 % BR	230 % BR
Matériel médical			
Appareillage et prothèses médicales, hors aide auditive et optique	110 % BR	110 % BR	300 % BR
Frais de transport sanitaire			
Ambulance, taxi conventionné – hors SMUR (6)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA			
Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale	70 % BR	70 % BR	70 % BR
Médicaments			
Médicaments remboursés à 65 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 15 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA par an et par bénéficiaire	-	20 €	30 €
Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA par an et par bénéficiaire	150 €	150 €	150 €
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA par an et par bénéficiaire	-	20 €	30 €
Médecine additionnelle et de prévention non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA – sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel			
Acupuncteur, pédicure, podologue, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, étio-pathe, homéopathe, méthode Mézières, micro-kinésithérapeute, nutritionniste, ostéopathe, psychothérapeute, psychologue, psychomotricien, réflexologue, sophrologue – par an et par bénéficiaire	30 €	30 € par consultation max 5 consultations	30 € par consultation max 5 consultations
AIDES AUDITIVES OU ÉQUIPEMENT par oreille (renouvellement par appareil tous les 4 ans)			
Équipement 100 % Santé** (classe I***)	Sans reste à payer (7)	Sans reste à payer (7)	Sans reste à payer (7)
Équipement autre que 100 % Santé (classe II***)			
Plafond par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale ou la MSA	1700 € TTC	1700 € TTC	1700 € TTC
Par bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité*****	115 % BR	122 % BR	122 % BR
Par bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	115 % BR	165 % BR	265 % BR
Accessoires et fournitures	100 % BR	100 % BR	100 % BR

	Base conventionnelle (si choisi)	Base conventionnelle + Option 1 (si choisi)	Base conventionnelle + Option 2 (si choisi)
OPTIQUE (8) (Équipement = 1 monture + 2 verres)			
1 monture et 2 verres tous les 2 ans à compter du 16 ^e anniversaire (hors situation médicale particulière détaillée dans les conditions générales)			
Équipement 100 % Santé** (classe A****)	Sans reste à payer (7)	Sans reste à payer (7)	Sans reste à payer (7)
Équipement autre que 100 % santé (classe B****) (13) y compris le remboursement de la Sécurité sociale ou la MSA			
Par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans			
• Par verre simple	113,60 €	134,50 €	150,40 €
• Par verre complexe	175 €	175 €	183 €
• Par verre très complexe	200 €	225 €	250 €
• Par monture de lunettes	100 €	100 €	100 €
Par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans			
• Par verre simple	147,40 €	160 €	160 €
• Par verre complexe	230,20 €	300 €	300 €
• Par verre très complexe	230,20 €	300 €	300 €
• Par monture de lunettes	100 €	100 €	100 €
Prestations d'adaptation des verres de classe A ou B par l'opticien	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Suppléments pour les équipements de classe B (9)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles			
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire (10)	100 % BR + 100 €	100 % BR + 100 €	100 % BR + 100 €
Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA par an et par bénéficiaire (10)	100 €	100 €	100 €
DENTAIRE auprès d'un professionnel			
Soins et prothèses 100 % Santé**	Sans reste à payer (11)	Sans reste à payer (11)	Sans reste à payer (11)
Soins autres que 100 % Santé			
Soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale ou la MSA : soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlay - Onlay	210 % BR	270 % BR	370 % BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA par acte et par bénéficiaire	-	200 €	200 €
Prothèses autres que 100 % Santé remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA			
Inlay-onlay Couronne transitoire Inlay-core Couronne définitive Bridge Geste complémentaire Prothèse amovible ou réparation	210 % BR + plafond annuel de 11 % PMSS par bénéficiaire	270 % BR + plafond annuel de 11 % PMSS par bénéficiaire	370 % BR + plafond annuel de 15 % PMSS par bénéficiaire
DENTAIRE auprès d'un professionnel (suite)			
Prothèses autres que 100 % Santé non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA			
Couronnes, piliers de bridge sur dents non délabrées (vivantes), prothèses dentaires provisoires et réparations (sauf réparations à caractère esthétique) par acte et par bénéficiaire	-	8 % PMSS	10 % PMSS
Implantologie			
Implant – par implant et par bénéficiaire	-	240 €	240 €
Pilier implantaire – par pilier implantaire et par bénéficiaire	-	160 €	160 €

	Base conventionnelle (si choisi)	Base conventionnelle + Option 1 (si choisi)	Base conventionnelle + Option 2 (si choisi)
Orthodontie			
Remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA par semestre de traitement et par bénéficiaire	400 % BR	400 % BR	400 % BR
Non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA par an et par bénéficiaire	-	400 €	400 €
AUTRES			
Dispositif MonPSY (12)	inclus	inclus	inclus
Prévention – tout acte remboursé par la Ss ou la MSA	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Assistance	Oui	Oui	Oui

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale. MSA = Mutualité Sociale Agricole.

(*) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(**) Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

(***) Voir la liste réglementaire des options de la liste I et de la liste II dans les Conditions générales.

(****) Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

(*****) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20° après correction.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie hors chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné prise en charge minimale au TM.

(3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles.

(4) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

(5) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(6) SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

(8) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales.

(9) Prisme incorporé, prisme souple uniquement pour les - de 6 ans, système antiptosis, verres iséiconiques.

(10) Les prestations « remboursées » et « non remboursées » ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(11) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(12) Accompagnement psychologique par un psychologue partenaire dans la limite de 8 séances par bénéficiaire et par an (les tarifs sont de 40€ pour l'entretien d'évaluation et de 30€ pour les séances de suivi).

DÉFINITIONS DES VERRES (13)

Verre simple

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est $\leq + 4,00$ dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est $\leq 6,00$ dioptries.

Verre complexe

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est $> + 4,00$ dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est $\geq 0,25$ dioptrie,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est $> 6,00$ dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est $\leq + 4,00$ dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est $\leq 8,00$ dioptries.

Verre très complexe

- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de $-4,00$ à $+4,00$ dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre $-8,00$ et 0 dioptries et dont le cylindre est $> +4,00$ dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à $-8,00$ dioptries et dont le cylindre est $\geq 0,25$ dioptrie,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est $> 8,00$ dioptries.