

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA SOUVERAINETÉ ALIMENTAIRE

Accord départemental

RÉGIME D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS NON CADRES (EXPLOITATIONS ET ENTREPRISES AGRICOLES)

(Haute-Loire et Lozère)

(23 novembre 2015)

(Étendu par arrêté du 7 mars 2016,

Journal officiel du 17 mars 2016)

Avenant n° 3 du 3 février 2025

NOR : AGRS2597095M

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

Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles de Haute-Loire ;

Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles de Lozère ;

Fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole de Haute-Loire ;

Fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole de Lozère ;

Union régionale des entrepreneurs des territoires d'Auvergne,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Syndicat général agroalimentaire CFDT de Haute-Loire ;

Syndicat général agroalimentaire CFDT de Lozère ;

Fédération agriculture CFTC de Haute-Loire ;

Fédération agriculture CFTC de Lozère ;

Syndicat SNCEA CFE-CGC de Haute-Loire ;

Syndicat SNCEA CFE-CGC de Lozère,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux ont décidé d'apporter des modifications concernant les garanties du régime d'assurance complémentaire frais de santé des salariés non cadres.

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.

Article 1^{er} | Garanties « Régime conventionnel obligatoire et formule optionnelle facultative »

L'actuelle annexe 1 intitulée : Garanties « Régime conventionnel obligatoire et formule optionnelle facultative » de l'accord du 23 novembre 2015 est remplacée par l'annexe 1 jointe au présent avenant.

Article 2 | Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant celui de la publication de son arrêté d'extension.

Article 3 | Dépôt et extension

Le présent avenant est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Fait au Puy-en-Velay, le 3 février 2025.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1

Garanties « Régime conventionnel obligatoire et formule optionnelle facultative »

TABLEAU DE GARANTIES

Les prestations décrites ci-dessous sont y compris les remboursement du régime général de l'Assurance Maladie (AM), dans la limite des frais réels engagés et dans le cadre du respect du parcours de soins.

Soins Courants	Régime Obligatoire	Garanties Accord APA 43/48 - Base	Garanties Accord APA 43/48 - Option
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques			
Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%	-
Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	180%	-
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner ...			
Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%	-
Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	180%	-
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures-podologues	60%	200%	-
Analyses et examens de laboratoire	60%	200%	-
Médicaments			
Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15 % à 100%	100%	-
Substituts nicotiniques pris en charge par le RO : patches, gommes, pastilles (1)	65%	100%	-
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	250%	-
Transports pris en charge par le RO (2)	55%	200%	-
Dispositif "Mon soutien Psy" (3)	60%	100%	-
Hospitalisation			
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	255%	-
Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%	-
Honoraires : actes techniques et cliniques			
Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	255%	-
Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%	-
Forfait journalier hospitalier (4)	-	Frais réels	-
Forfait patient urgences	-	Frais réels	-
Frais de séjour	80% à 100%	200%	-
Chambre particulière avec nuitée	-	48€/jour	-
Chambre particulière Psychiatrie (5)	-	25€/jour	-
Forfait d'accompagnement de l'enfant (6)	-	Frais réels	-
Forfait maternité (7)	-	1/3 PMSS	-
Optique (8) (1)			
Equipeement 100% Santé (9)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	
Equipeement à tarifs libres			
Verres simples + monture	60%	320€ dont 100€ max monture	80€ dont 0€ max monture
Verres complexes ou très complexes + monture	60%	350€ dont 100€ max monture	170€ dont 0€ max monture
Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe + monture	60%	350€ dont 100€ max monture	170€ dont 0€ max monture
Lentilles			
Prise en charge par le RO (y.c jetables) (1) (2)	60%	100% + 160€	0% + 90€
Non prises en charge par le RO (y.c jetables) (1)	-	160 €	-
Autres prestations optiques 100% santé (9)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (9)	60%	100%	-
Chirurgie réfractive	-	160€/œil/an	90€/œil/an
Dentaire			
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (9)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	
Soins ne relevant pas du dispositif 100 santé			
Soins pris en charge par le RO (y.c inlay onlay) (9)	60%	125%	100%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé			
Prothèses prises en charge par le RO (y.c inlay core) (10)	60%	210% + 300€	100% + 0€
Orthodontie prise en charge par le RO	60% à 100%	300%	100%
Forfait global orthodontie non PEC RO, prothèses non PEC RO mais figurant à la nomenclature RO, soins non PEC RO et implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire non PEC RO (11) (3)	-	-	70 €
Aides Auditives			
Equipements 100% santé (12)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	
Equipements à tarifs libres (12)	60%	250%	-
Cures Thermales			
Soins et forfait thermal pris en charge par le RO	65% à 70%	200%	
Transport et hébergement pris en charge par le RO ou non	0% à 55%	200% + 100€	-

Prévention			
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	100%	-
Bien-être (13)			
Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits (1)	-	150 €	-
Médecines Douces	-	50 €	-
Acupuncture	-		
Chiropractie	-		
Ostéopathie	-		
Sophrologie	-		
Contraception prescrite	-		
Vaccins prescrits (14)	-		
Assistance médicale à la procréation	-		
Assistance et service			
Mutualia Assistance 'cf. notice Mutualia Assistance	-	Oui	Oui
Réseau de soins Optique	-	Oui	Non
Téléconsultation	-	Oui	Non

Lexiques

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 du 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 établissements conventionnés).

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

Renvois Base

(1) Forfait par année civile, par bénéficiaire.

(2) Limité à 100% en cas d'hospitalisation.

(3) La mutuelle rembourse les soins selon les conditions prévues dans le dispositif "Mon soutien Psy".

(4) 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.

(5) Limitée à 30 jours par an.

(6) Prise en charge limitée aux enfants de moins de 16 ans. Forfait prévu pour le lit et le repas de l'accompagnant.

(7) Forfait prévu pour les dépassements d'honoraires et la chambre particulière.

(8) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garanties. Equipements 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. L'achat d'équipements optiques (monture, verres, lentilles) achetés sur internet peut être pris en charge au titre des garanties complémentaires Mutualia sur présentation : d'une prescription, d'une facture acquittée en provenance d'un établissement français.

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

(10) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Forfait par année civile, par bénéficiaire.

(11) Un forfait dentaire est utilisable par année civile, et prévu ou non selon la formule choisie, pour les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire pour l'Orthodontie, la parodontologie, la prophylaxie bucco-dentaire, les prothèses, les soins et les implants. Ce forfait rembourse uniquement ces prestations si elles sont inscrites à la nouvelle classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire à l'exception :

- des actes d'orthodontie qui restent inscrits à l'ancienne nomenclature des actes techniques dentaires;

- des implants pour lesquels seul le pilier est nomenclaturé tout en étant non pris en charge par le Régime Obligatoire.

(12) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(13) Forfait par année civile, par bénéficiaire. Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du forfait indiqué et si elles sont non PEC RO. Pour les professionnels de santé réglementés : le praticien doit justifier d'un numéro ADELI ou d'une inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ou d'un numéro FINESS. Pour les professionnels de santé non réglementés : le praticien doit justifier son inscription à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif, du titre RNCP) de son aptitude professionnelle. Pour être remboursé, une facture acquittée au nom du bénéficiaire indiquant lesdites références et les actes pratiqués doit être fournie.

(14) Vaccins : non remboursés par le Régime Obligatoire avec ou sans prescription médicale, sur présentation des justificatifs.

Renvois Option

(1) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garanties. Equipements 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. L'achat d'équipements optiques (monture, verres, lentilles) achetés sur internet peut être pris en charge au titre des garanties complémentaires Mutualia sur présentation : d'une prescription, d'une facture acquittée en provenance d'un établissement français.)

(2) Forfait par année civile, par bénéficiaire.

(3) Un forfait dentaire est utilisable par année civile, et prévu ou non selon la formule choisie, pour les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire pour l'Orthodontie, la parodontologie, la prophylaxie bucco-dentaire, les prothèses, les soins et les implants. Ce forfait rembourse uniquement ces prestations si elles sont inscrites à la nouvelle classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire à l'exception :

- des actes d'orthodontie qui restent inscrits à l'ancienne nomenclature des actes techniques dentaires;

- des implants pour lesquels seul le pilier est nomenclaturé tout en étant non pris en charge par le Régime Obligatoire.