

Accord collectif

**PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
DES SALARIÉS NON CADRES
(Picardie et Aisne)**

Avenant n° 8 du 7 septembre 2023

NOR : AGRS2497019M

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

FDSEA de l'Oise, la FDSEA de la Somme et l'union des syndicats agricoles de l'Aisne ;

FDCUMA de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme ;

Fédération des propriétaires forestiers et sylviculteurs de l'Aisne,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Union régionale FGA CFDT ;

Syndicat CFTC agriculture de Picardie,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux ont souhaité améliorer certaines garanties prévues par le régime d'assurance complémentaire santé instauré par l'accord du 17 juin 2009, modifié par ses avenants n° 1 du 4 avril 2013, n° 2 du 13 juin 2014, n° 3 du 16 octobre 2015, n° 4 du 30 août 2016, n° 5 du 5 octobre 2018, n° 6 du 9 octobre 2019 et n° 7 du 9 novembre 2020.

Aussi, les modifications suivantes sont apportées au régime d'assurance complémentaire santé instauré par l'accord du 17 juin 2009.

Article 1^{er}

L'annexe n° 1 à l'article 1^{er} « Tableau des garanties », figurant à l'avenant n° 7 du 9 novembre 2020 à l'accord du 17 juin 2009 sur le régime d'assurance complémentaire santé au bénéfice des salariés agricoles non-cadres des exploitations agricoles et des CUMA de Picardie, des exploitations de cultures spécialisées de l'Aisne, des entreprises des territoires de Picardie et des

propriétaires forestiers de l'Aisne est abrogé et remplacé, à effet du 1^{er} janvier 2024, par le texte suivant :

« Annexe 1 Tableau des garanties

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-après s'appliquent sur le montant servant de base (BR) au régime obligatoire de protection sociale français (RO) sauf mention contraire.

Le cumul des remboursements du régime obligatoire de protection sociale et de l'organisme assureur ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR).

Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (art. L. 160-13 du code de la sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement.

Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime obligatoire de protection sociale non comprise.

		BASE
HOSPITALISATION		
Frais de séjour	Établissement conventionné	100 % TM
	Établissement non conventionné	100 % TM
Honoraires	Médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 155 % BR
	Médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR
Actes chirurgicaux	Médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 155 % BR
	Médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾		100 % FR
Participation forfaitaire « actes lourds »		100 % TM
Chambre Particulière y compris Maternité, y compris ambulatoire, par jour		60 Euros
Frais d'accompagnement tout ayant droit inscrit au contrat, par jour		30 €
dans la limite par an et par personne assurée de :		10 Jours
Hospitalisation à l'étranger (RO français ⁽²⁾)		120 % BR
LE + MATERNITÉ		
Indemnité de naissance ^(*) , par maternité		33 % PMSS
^(*) Pour les dépassements d'honoraires des praticiens non adhérent à un DPTAM, dans la limite de 100 % TM + 100 % BR		
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux	Généraliste adhérent à un DPTAM	60 % BR
	Généraliste non adhérent à un DPTAM	40 % BR
	Spécialiste adhérent à un DPTAM	60 % BR
	Spécialiste non adhérent à un DPTAM	40 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité	Médecin adhérent à un DPTAM	60 % BR
	Médecin non adhérent à un DPTAM	40 % BR
Radiologie et imagerie médicale	Médecin adhérent à un DPTAM	40 % BR
	Médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM
Honoraires paramédicaux	Sage-femmes	60 % BR
	Autres auxiliaires médicaux	100 % TM
Analyses et examens de laboratoire		100 % TM
Participation forfaitaire « actes lourds »		100 % TM
Forfait patient urgence		100 % TM
Médicaments, sur prescription :	Pharmacie prise en charge par le RO	100 % TM
	Pharmacie non prise en charge par le RO	NON GARANTI
	Vaccins prescrits non pris en charge par le RO	NON GARANTI
Matériel médical (hors optique, dentaire et aides auditives) :	Prothèses médicales et orthopédiques prises en charge par le RO	60 % BR
	Petit appareillage médical	60 % BR
	Grand appareillage médical	60 % BR
Consultation de psychologue prise en charge par le RO		100 % TM
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire (y compris hospitalisation)		150 % BR
Médecine Douce : Ostéopathie, Chiropraxie, Acupuncture et Sophrologie dans la limite par an et par personne assurée de :		40 Euros par séance 4 séances
Cures thermales prises en charge par le RO (y compris hospitalisation) :		
- Frais d'hospitalisation et actes médicaux	Médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM
	Médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM
- Frais supplémentaires hébergement et transport, par an et par personne assurée		NON GARANTI
AIDES AUDITIVES		
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans		
Équipements 100 % santé⁽³⁾		Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
Équipements hors 100 % santé		
Prothèses auditives prises en charge par le RO dans la limite par oreille de :		40 % BR 1 700 Euros

BASE	
OPTIQUE	
Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai) ⁽⁴⁾	
Équipement 100 % santé ⁽³⁾	Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
Équipements hors 100 % santé (dont maximum 100 € pour la monture) :	
Équipement optique : 1 monture et 2 verres	
- Verres simples	Adulte 350 Euros Enfant 350 Euros
- Verres mixtes simple-complexe	Adulte 390 Euros Enfant 400 Euros
- Verres mixtes simple-très complexe	Adulte 395 Euros Enfant 400 Euros
- Verres complexes	Adulte 410 Euros Enfant 480 Euros
- Verres mixtes complexe-très complexe	Adulte 415 Euros Enfant 480 Euros
- Verres très complexes	Adulte 430 Euros Enfant 480 Euros
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO, par an et par personne assurée	100 % TM + 150 Euros
DENTAIRE	
Soins et prothèses 100 % santé ⁽³⁾	Pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation
Soins et prothèses hors 100 % santé :	
- Soins	100 % TM
- Inlays / Onlays	100 % TM + 150 % BR
- Prothèses et inlay-cores pris en charge par le RO	550 % BR
Implantologie dentaire	450 Euros
Dans la limite par an et par personne assurée	2 Implants
Parodontologie, par an et par personne assurée	300 Euros
Orthodontie prise en charge par le RO	250 % BR
PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN	
Actes et prestations de prévention pris en charge par le RO	INCLUS

- 1 Cette prestation concerne uniquement le forfait hospitalier facturé par les établissements de santé, et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux
- 2 En cas d'hospitalisation dans un pays étranger (autre qu'un état membre de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre-échange), la prise en charge des frais de séjour par l'assureur sera en tout état de cause limitée aux bases indiquées.
- 3 Tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale
- 4 Conformément aux planchers et plafonds prévus aux articles D.911-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale récemment modifiés et figurant ci-après

a) équipement à : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	Minimum : 100 € Maximum : 420 € dont 100 € au maximum pour la monture
b) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)	Minimum : 150 € - Maximum : 560 € dont 100 € au maximum pour la monture
c) équipement à : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	Minimum : 200 € Maximum : 700 € dont 100 € au maximum pour la monture
d) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)	Minimum : 150 € - Maximum : 610 € dont 100 € au maximum pour la monture
e) équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)	Minimum : 200 € - Maximum : 750 € dont 100 € au maximum pour la monture
f) équipement à : - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	Minimum : 200 € Maximum : 800 € dont 100 € au maximum pour la monture

Commentaires annexes

Limitations liées à l'optique

Lunettes : Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai). Prise en charge d'un équipement par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur ; et sans délai pour les enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ou situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés. Les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu, notamment en cas d'évolution de la vue, figurent dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. 4,00 et + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques qui ne font pas partie des verres complexes.

Définitions des abréviations

BR : Base de remboursement du RO.

DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée qui comprennent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie et Obstétrique).

FR : Frais réellement engagés par la personne assurée sous déduction du remboursement du RO.

TM : Ticket modérateur

RO : Régime obligatoire de protection sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 666 € pour l'année 2023.

Article 2 | Entrée en vigueur. Extension

Le présent avenant prend effet le 1^{er} janvier 2024.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant à l'accord du 17 juin 2009.

Fait à Amiens, le 7 septembre 2023.

(Suivent les signatures.)