

Accord régional

**RÉGIME D'ASSURANCE SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ  
POUR LES SALARIÉS NON CADRES DES ENTREPRISES DE TRAVAUX  
AGRICOLES ET RURAUX**

**(Nord – Pas-de-Calais)**

**(2 juillet 2009)**

(Étendu par arrêté du 13 janvier 2010,

*Journal officiel* du 23 janvier 2010)

---

**Avenant n ° 6 du 14 décembre 2023**

NOR : AGRS2497058M

---

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

**Entrepreneurs des territoires du Nord – Pas-de-Calais,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**Syndicat CFTD ;**

**Fédération CFTC Agri ;**

**Union régionale du syndicat FO Nord – Pas-de-Calais ;**

**Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC ;**

**FNAF CGT,**

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 2 juillet 2009 et révisé par ses avenants n° 1 du 21 septembre 2012, n° 2 du 30 juin 2014, n° 3 du 7 septembre 2016, n° 4 du 1<sup>er</sup> octobre 2018 et n° 5 du 25 octobre 2019.

Aussi, les modifications suivantes sont apportées au régime d'assurance complémentaire santé :

**Article 1<sup>er</sup>**

L'annexe 1 à l'article 1<sup>er</sup> « Tableau des garanties », figurant à l'avenant n° 5 du 25 octobre 2019 à l'accord du 2 juillet 2009 sur le régime d'assurance complémentaire santé au bénéfice des

salariés agricoles non cadres des entreprises des travaux agricoles et ruraux du Nord – Pas-de-Calais est abrogé et remplacé, à effet du 1<sup>er</sup> avril 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.

*(Voir page suivante.)*

HOSPITALISATION		PRESTATIONS	
Frais de séjour	conventionné	100 % TM	
	non conventionné	100 % TM	
Honoraires	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 200 % BR	
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR	
Actes chirurgicaux	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 200 % BR	
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR	
Forfait journalier hospitalier <sup>(1)</sup>		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 dans la limite par an et par personne assurée de :		50 Euros	
		10 Jours	
Hospitalisation à l'étranger (RO français <sup>(2)</sup> )		120 % BR	
LE + MATERNITÉ			
Indemnité de naissance, par maternité		33 % PMSS	
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	adhérent à un DPTAM	60 % BR	
	non adhérent à un DPTAM	40 % BR	
Radiologie et imagerie médicale	adhérent à un DPTAM	40 % BR	
	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 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, par séance dans la limite par an et par personne assurée de :		40 Euros	
		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 <sup>(3)</sup>		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	
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) <sup>(4)</sup>			
Équipement 100 % santé <sup>(3)</sup>		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		Adulte	Enfant
- Verres simples		350 Euros	350 Euros
- Verres mixtes simple-complexe		390 Euros	400 Euros
- Verres mixtes simple-très complexe		395 Euros	400 Euros
- Verres complexes		410 Euros	480 Euros
- Verres mixtes complexe-très complexe		415 Euros	480 Euros
- Verres très complexes		430 Euros	480 Euros
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO, par an et par personne assurée		100 % TM + 150 Euros	

DENTAIRE		PRESTATIONS
<b>Soins et prothèses 100 % santé <sup>(3)</sup></b>		Pris en charge dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)
<b>Soins et prothèses hors 100 % santé :</b>		
- Soins		100 % TM
- Inlays / Onlays		100 % TM + 150 % BR
- Prothèses et inlay-cores pris en charge par le RO		550 % BR
Implantologie dentaire, par implant dans la limite par an et par personne assurée de :		450 Euros
Parodontologie, par an et par personne assurée		2 implants
		300 Euros
Orthodontie	prise en charge par le RO	250 % BR
	non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée dans la limite de 3 ans	580 Euros
<b>PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN</b>		
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 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>
b) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)	Minimum : 150 € - Maximum : 560 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>
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 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>
d) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)	Minimum : 150 € - Maximum : 610 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>
e) équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)	Minimum : 200 € - Maximum : 750 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>
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 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>

## Commentaires annexes

### Limitations liées à l'optique

**Lunettes** : Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux (2) ans pour les adultes et enfants de seize (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 (1) an pour les enfants de moins de seize (16) ans et par période de six (6) mois pour les enfants jusqu'à six (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 seize (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.

### Définitions des verres simples, complexes et très complexes

**Verres simples** : 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.

**Verres complexes** : Verres unifocaux qui ne font pas partie des verres simples ; 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 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 3 864 € pour l'année 2024.

## Article 2 | *Entrée en vigueur. Extension*

Le présent avenant prend effet le 1<sup>er</sup> avril 2024.

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant à l'accord du 2 juillet 2009.

*Fait à Saint-Laurent-Blangy, le 14 décembre 2023.*

(Suivent les signatures.)