

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DE L'AGRO-ALIMENTAIRE ET DE LA SOUVERAINETÉ ALIMENTAIRE

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 : **8525** | **ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX**
(Pays de la Loire)
(10 avril 2002)

Convention collective

IDCC : **8526** | **ARBORICULTURE FRUITIÈRE**
**(Côtes-d'Armor, Deux-Sèvres, Ille-et-Vilaine, Loire-Atlantique,
Maine-et-Loire, Mayenne, Morbihan, Sarthe et Vendée)**
(8 avril 2003)

Convention collective

IDCC : **8535** | **COOPÉRATIVES D'UTILISATION DE MATÉRIEL AGRICOLE**
(Bretagne et Pays de la Loire)
(19 novembre 2001)

Convention collective

IDCC : **9491** | **EXPLOITATIONS DE POLYCULTURE, DE VITICULTURE
ET D'ÉLEVAGE**
(Maine-et-Loire)
(31 janvier 1980)

Convention collective

IDCC : **9492** | **EXPLOITATIONS HORTICOLES ET PÉPINIÈRES**
(Maine-et-Loire)
(23 novembre 1970)

Convention collective

IDCC : **9494** | **EXPLOITATIONS DE CULTURES LÉGUMIÈRES**
(Maine-et-Loire)
(4 janvier 1968)

Convention collective

IDCC : **9531** | **EXPLOITATIONS DE POLYCULTURE ET D'ÉLEVAGE**
(Mayenne)
(15 février 1974)

Convention collective

IDCC : **9532** | **EXPLOITATIONS HORTICOLES, MARAÎCHÈRES**
ET DE PÉPINIÈRES
(Mayenne)
(8 avril 1974)

Convention collective

IDCC : **9721** | **EXPLOITATIONS DE POLYCULTURE, DE VITICULTURE,**
D'ÉLEVAGE
(Sarthe)
(12 février 1974)

Convention collective

IDCC : **9722** | **EXPLOITATIONS HORTICOLES, DE PÉPINIÈRES**
(Sarthe)
(31 mai 1974)

Convention collective

IDCC : **9723** | **EXPLOITATIONS MARAÎCHÈRES**
(Sarthe)
(25 avril 1974)

Avenant n° 9 du 27 janvier 2025

NOR : AGRS2697008M

IDCC : 7024, 7025

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

Fédération régionale des syndicats d'exploitants agricoles des Pays de la Loire ;

Entrepreneurs des territoires des Pays de la Loire ;

Union des coopératives d'utilisation de matériel agricole des Pays de la Loire,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Fédération CFDT Agri Agro ;

Fédération CFTC de l'agriculture ;

Union syndicale régionale agroalimentaire et forestière CGT des Pays de la Loire ;

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

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes FO, FGTA FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Consécutivement à la conformation par avenant n° 8 du 19 juin 2024 des catégories de bénéficiaires de l'accord du 15 juillet 2009 aux dispositions du code de la sécurité sociale, les parties entendent parfaire les termes de la dénomination des salariés n'en relevant pas en ce qu'ils sont visés par la convention collective nationale de prévoyance des ingénieurs et cadres d'entreprises agricoles du 2 avril 1952.

Par ailleurs, elles sont convenues d'améliorer la garantie « petit appareillage » en ajoutant un forfait de remboursement parmi les garanties obligatoires et optionnelles.

Enfin, les parties procèdent à la rectification de l'erreur matérielle apparaissant dans la date de signature de l'avenant n° 8 à leur accord, cette dernière étant bien le 19 juin 2024 comme le retient l'intitulé de l'avenant (et non pas le 23 novembre 2023, qui était celle de l'avenant n° 7).

Dans la mesure où le présent accord a vocation à s'appliquer essentiellement auprès de très petites entreprises, les parties estiment que ses dispositions leur sont particulièrement applicables et par conséquent qu'elles répondent à l'obligation issue de l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

(Voir page suivante.)

Article 1^{er} | Modification de l'article 3 de l'accord du 15 juillet 2009

Le paragraphe 1 de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » est ainsi rédigé :

« §1. Détermination des salariés bénéficiaires

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017.

Sont donc exclus :

- les techniciens, agents de maîtrise et cadres visés par les conventions collectives nationales production agricole CUMA du 15 septembre 2020 et entreprises de travaux et services agricoles, ruraux et forestiers (ETARF) du 8 octobre 2020, conformément aux décisions prises, respectivement les 30 mars 2022 et 22 février 2023, par la commission paritaire rattachée à l'APEC instituée par ledit accord national interprofessionnel, en ce qu'ils relèvent en conséquence de la convention collective nationale de prévoyance des ingénieurs et cadres d'entreprises agricoles du 2 avril 1952 ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles. »

(Le reste de l'article sans changement).

Article 2 | Modification de l'annexe 1 à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe 1 est rédigée comme suit.

(Voir page suivante.)

		Socle conventionnel (incluant les remboursements du régime général MSA)
SOINS COURANTS	SOINS COURANTS	
	HONORAIRES MEDICAUX	
	Consultations, visites généralistes	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100% BR
	- Autres praticiens ⁽¹⁾	100% BR
	Consultations, visites spécialistes	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100% BR
	- Autres praticiens ⁽¹⁾	100% BR
	Actes techniques médicaux et d'échographie	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100% BR
	- Autres praticiens ⁽¹⁾	100% BR
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100% BR
	- Autres praticiens ⁽¹⁾	100% BR
	Actes de sages-femmes	100% BR
	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
	Analyses et examens de laboratoire	100% BR
	HONORAIRES PARAMEDICAUX	
	Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	100% BR
	MEDICAMENTS REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE	100% BR
	MATERIEL MEDICAL	
	Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	100% BR + 50 € / an
	Gros appareillage	100% BR
	TRANSPORT	
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100% BR

AIDES AUDITIVES	AIDES AUDITIVES Prothèse auditive remboursable ⁽²⁾⁽³⁾ - Equipement 100 % santé (Classe I - <i>tel que défini réglementairement</i>) ⁽²⁾⁽³⁾ - Equipement à tarifs Libres (Classe II) ⁽²⁾⁽³⁾ Piles	100 % santé 100% BR + 7% PMSS / appareil (dans la limite de 1 700€) 100% BR
CURE THERMALE ACCEPTEE	CURE THERMALE ACCEPTEE PAR L'AMO Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	100% BR
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE Frais de séjour Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾ - Autres praticiens ⁽¹⁾ Ambulances, véhicules sanitaires légers... Forfait journalier hospitalier Forfait actes lourds / Forfait Patient urgence Chambre particulière ⁽⁴⁾ Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁵⁾ Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans ⁽¹⁵⁾ Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	100% BR 255% BR 200% BR 100% BR Frais réels Frais réels 35 € / jour 35 € / jour 20 € / jour 1/3 PMSS
OPTIQUE	OPTIQUE Equipement 100 % santé (Classe A - <i>tel que défini réglementairement</i>) ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾ Monture + verres Equipement à tarifs libres (Classe B) ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾ Enfant Monture Verre simple Verre complexe Verre très complexe Adulte Monture Verre simple Verre complexe Verre très complexe Adaptation de la correction visuelle Verres avec filtre	100 % santé 100 € 60% + 100 € 60% + 175 € 60% + 175 € 30 € 60% + 113 € 60% + 181 € 60% + 181 € 100% FR 100% FR

	Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	100% BR
	Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	100% BR ou 0% BR + 3,2% PMSS / an / bénéficiaire
	Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le Régime Obligatoire ⁽¹⁶⁾	-
DENTAIRE	DENTAIRE SOINS Soins (hors 100 % santé) Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé ⁽¹⁰⁾ Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés et libre ⁽¹⁰⁾ - Prothèses dentaires acceptés - Prothèses dentaires sur dents visibles en complément du remboursement ci-dessus - Prothèses transitoires - Inlay-Core - Inlay onlay Orthodontie acceptée par le régime obligatoire Orthodontie refusée par le régime obligatoire Implantologie ⁽¹¹⁾ Parodontologie ^{(11) (13)}	100% BR 100 % santé 210% BR + 10,5% PMSS / an / bénéficiaire - 125% BR 125% BR 125% BR 160% BR - - -
AUTRES	AUTRES Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie, spécialités Microkinésithérapie, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS-neurostimulation électrique transcutanée ⁽¹¹⁾⁽¹⁴⁾ Sevrage Tabagique (hors et sur prescription médicale) Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) Diététicien Vaccin antigrippal (non pris en charge par le Régime Obligatoire et sur présentation de l'original de la facture) Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base Pillules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire ⁽¹¹⁾ Actes de prévention ⁽¹²⁾ Assistance	30 € / séance limité à 4 séances par an 100% BR 40 € / an 50 € / an Frais réels 25 € / an - 100% BR Oui

(1) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM - OPTAMCO).

(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation.

(3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.

Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, prise en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

- (5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.
- (6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.
- (7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- (8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100 % Santé ou Tarif libre).
- (9) - 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 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 égale à 0.25 dioptrie,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) 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.
- Verres très complexes :
- 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 0.00 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.
- (10) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.
- (11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).
- (12) Tous les actes de prévention (cf. Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif de frais de santé et pour chaque bénéficiaire.
- (13) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien)
- (14) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.
- (15) Concernent uniquement les frais de repas et / ou hébergement, facturés en milieu hospitalier, maison des parents ou structure spécifique d'hébergement des malades et de leur famille, lors d'une hospitalisation avec nuitée(s) prise en charge au titre de la présente garantie.
- (16) Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et / ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et / ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter des maladies des yeux. »

L'annexe 3 à l'accord du 15 juillet 2009 est ainsi rédigée.

« Annexe 3 Garanties correspondant à l'option : régime complémentaire obligatoire + option 1 facultative (art. 10)

		Option 1 (incluant les remboursements du socle conventionnel)
SOINS COURANTS	SOINS COURANTS	
	HONORAIRES MEDICAUX	
	Consultations, visites généralistes	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100% BR
	- Autres praticiens ⁽¹⁾	100% BR
	Consultations, visites spécialistes	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100% BR
	- Autres praticiens ⁽¹⁾	100% BR
	Actes techniques médicaux et d'échographie	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100% BR
	- Autres praticiens ⁽¹⁾	100% BR
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100% BR
	- Autres praticiens ⁽¹⁾	100% BR
	Actes de sages-femmes	100% BR
	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
	Analyses et examens de laboratoire	100% BR
	HONORAIRES PARAMEDICAUX	
	Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	100% BR
	MEDICAMENTS REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE	100% BR
	MATERIEL MEDICAL	
	Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	100% BR + 100 € / an
	Gros appareillage	100% BR + 300 € / an
	TRANSPORT	
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100% BR

AIDES AUDITIVES	AIDES AUDITIVES Prothèse auditive remboursable ⁽²⁾⁽³⁾ - Equipement 100 % santé (Classe I - <i>tel que défini réglementairement</i>) ⁽²⁾⁽³⁾ - Equipement à tarifs Libres (Classe II) ⁽²⁾⁽³⁾ Piles	100 % santé 100% BR + 12% PMSS / appareil (dans la limite de 1 700€) 100% BR
CURE THERMALE ACCEPTEE	CURE THERMALE ACCEPTEE PAR L'AMO Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	100% BR
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE Frais de séjour Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾ - Autres praticiens ⁽¹⁾ Ambulances, véhicules sanitaires légers... Forfait journalier hospitalier Forfait actes lourds / Forfait Patient urgence Chambre particulière ⁽⁴⁾ Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁵⁾ Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans ⁽¹⁵⁾ Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	100% BR 255% BR 200% BR 100% BR Frais réels Frais réels 40 € / jour 40 € / jour 35 € / jour 1/3 PMSS
OPTIQUE	OPTIQUE Equipement 100 % santé (Classe A - <i>tel que défini réglementairement</i>) ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾ Monture + verres Equipement à tarifs libres (Classe B) ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾ Enfant Monture Verre simple Verre complexe Verre très complexe Adulte Monture Verre simple Verre complexe Verre très complexe Adaptation de la correction visuelle Verres avec filtre	100 % santé 100 € 60% + 131 € 60% + 191 € 60% + 191 € 100 € 60% + 131 € 60% + 191 € 60% + 191 € 100% FR 100% FR

	Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	100% BR
	Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	100% BR ou 0% BR + 5% PMSS / an / bénéficiaire
	Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le Régime Obligatoire ⁽¹⁶⁾	200 € / Œil
DENTAIRE	DENTAIRE SOINS Soins (hors 100 % santé) Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé ⁽¹⁰⁾ Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés et libre ⁽¹⁰⁾ <ul style="list-style-type: none"> - Prothèses dentaires acceptés - Prothèses dentaires sur dents visibles en complément du remboursement ci-dessus - Prothèses transitoires - Inlay-Core - Inlay onlay Orthodontie acceptée par le régime obligatoire Orthodontie refusée par le régime obligatoire Implantologie ⁽¹¹⁾ Parodontologie ^{(11) (13)}	100% BR 100 % santé 230% BR + 14% PMSS / an / bénéficiaire - 125% BR 125% BR 125% BR 200% 100€ / an 300 € / implant (maximum 1 implant / an) 100 € / an
AUTRES	AUTRES Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie, spécialités Microkinésithérapie, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS-neurostimulation électrique transcutanée ⁽¹¹⁾⁽¹⁴⁾ Sevrage Tabagique (hors et sur prescription médicale) Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) Diététicien Vaccin antigrippal (non pris en charge par le Régime Obligatoire et sur présentation de l'original de la facture) Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base Pillules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire ⁽¹¹⁾ Actes de prévention ⁽¹²⁾ Assistance	35 € / séance limité à 4 séances par an 100 % BR 40 € / an 50 € / an Frais réels 25 € / an 50 € / an 100% BR Oui

(1) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM - OPTAMCO).

(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation.

(3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.

Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

- (4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, prise en charge dans les limites des tarifs de l'accord.
- (5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.
- (6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.
- (7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- (8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100 % Santé ou Tarif libre).
- (9) - 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 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 égale à 0.25 dioptrie,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) 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.
- Verres très complexes :
- 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 0.00 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.
- (10) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.
- (11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).
- (12) Tous les actes de prévention (cf. Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif de frais de santé et pour chaque bénéficiaire.
- (13) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien)
- (14) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.
- (15) Concernent uniquement les frais de repas et / ou hébergement, facturés en milieu hospitalier, maison des parents ou structure spécifique d'hébergement des malades et de leur famille, lors d'une hospitalisation avec nuitée(s) prise en charge au titre de la présente garantie.
- (16) Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et / ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et / ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter des maladies des yeux. »

Article 4 | Modification de l'annexe 4 à l'accord du 15 juillet 2009

L'annexe 4 à l'accord du 15 juillet 2009 est ainsi rédigée.

« Annexe 4 Garanties correspondant à l'option : régime complémentaire obligatoire + option 2 facultative (art. 10)

		Option 2 (incluant les remboursements du socle conventionnel)
SOINS COURANTS	SOINS COURANTS	
	HONORAIRES MEDICAUX	
	Consultations, visites généralistes	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	150% BR
	- Autres praticiens ⁽¹⁾	130% BR
	Consultations, visites spécialistes	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	150% BR
	- Autres praticiens ⁽¹⁾	130% BR
	Actes techniques médicaux et d'échographie	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	150% BR
	- Autres praticiens ⁽¹⁾	130% BR
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	150% BR
	- Autres praticiens ⁽¹⁾	130% BR
	Actes de sages-femmes	150% BR
	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
	Analyses et examens de laboratoire	150% BR
	HONORAIRES PARAMEDICAUX	
	Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	150% BR
	MEDICAMENTS REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE	100% BR
	MATERIEL MEDICAL	
	Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	100% BR + 100 € / an
	Gros appareillage	100% BR + 400 € / an
	TRANSPORT	
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100% BR

AIDES AUDITIVES	AIDES AUDITIVES Prothèse auditive remboursable ⁽²⁾⁽³⁾ - Equipement 100 % santé (Classe I - <i>tel que défini réglementairement</i>) ⁽²⁾⁽³⁾ - Equipement à tarifs Libres (Classe II) ⁽²⁾⁽³⁾ Piles	100 % santé 100% BR + 15% PMSS / appareil (dans la limite de 1 700€) 100% BR
CURE THERMALE ACCEPTEE	CURE THERMALE ACCEPTEE PAR L'AMO Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	100% BR
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE Frais de séjour Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾ - Autres praticiens ⁽¹⁾ Ambulances, véhicules sanitaires légers... Forfait journalier hospitalier Forfait actes lourds / Forfait Patient urgence Chambre particulière ⁽⁴⁾ Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁵⁾ Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans ⁽¹⁵⁾ Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	100% BR 350% BR 200% BR 100% BR Frais réels Frais réels 60 € / jour 60 € / jour 50 € / jour 1/3 PMSS
OPTIQUE	OPTIQUE Equipement 100% santé (Classe A - <i>tel que défini réglementairement</i>) ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾ Monture + verres Equipement à tarifs libres (Classe B) ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾ Enfant Monture Verre simple Verre complexe Verre très complexe Adulte Monture Verre simple Verre complexe Verre très complexe Adaptation de la correction visuelle Verres avec filtre Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	100 % santé 100 € 60% + 140 € 60% + 226 € 60% + 226 € 100 € 60% + 140 € 60% + 226 € 60% + 226 € 100% FR 100% FR 100% BR

	Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base) Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le Régime Obligatoire ⁽¹⁶⁾	100% BR ou 0% BR + 7,5% PMSS / an / bénéficiaire 400 € / Œil
DENTAIRE	DENTAIRE SOINS Soins (hors 100 % santé) Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé ⁽¹⁰⁾ Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés et libre ⁽¹⁰⁾ - Prothèses dentaires acceptés - Prothèses dentaires sur dents visibles en complément du remboursement ci-dessus - Prothèses transitoires - Inlay-Core - Inlay onlay Orthodontie acceptée par le régime obligatoire Orthodontie refusée par le régime obligatoire Implantologie ⁽¹¹⁾ Parodontologie ⁽¹¹⁾⁽¹³⁾	100% BR 100% santé 250% BR + 14% PMSS / an / bénéficiaire 5,5% du PMSS / an/ bénéficiaire 125% BR 125% BR 225% BR 300% BR 200 € / an 400 € / implant (maximum 1 implant / an) 200 € / an
AUTRES	AUTRES Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie, spécialités Microkinésithérapie, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS-neurostimulation électrique transcutanée ⁽¹¹⁾⁽¹⁴⁾ Sevrage Tabagique (hors et sur prescription médicale) Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) Diététicien Vaccin antigrippal (non pris en charge par le Régime Obligatoire et sur présentation de l'original de la facture) Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base Pillules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire ⁽¹¹⁾ Actes de prévention ⁽¹²⁾ Assistance	40 € / séance limité à 4 séances par an 100% BR 40 € / an 50 € / an Frais réels 25 € / an 50 € / an 100% BR Oui

(1) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM - OPTAMCO).

(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation.

(3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.

Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, prise en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

- (5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.
- (6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.
- (7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- (8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100 % Santé ou Tarif libre).
- (9) - 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 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 égale à 0.25 dioptrie,*
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) 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.*
- Verres très complexes :
- 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 0.00 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.*
- (10) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.
- (11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).
- (12) Tous les actes de prévention (cf. Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif de frais de santé et pour chaque bénéficiaire.
- (13) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien)
- (14) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.
- (15) Concernent uniquement les frais de repas et / ou hébergement, facturés en milieu hospitalier, maison des parents ou structure spécifique d'hébergement des malades et de leur famille, lors d'une hospitalisation avec nuitée(s) prise en charge au titre de la présente garantie.
- (16) Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et / ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et / ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter des maladies des yeux. »

Article 5 | Rectification de la date de signature de l'avenant n° 8 du 19 juin 2024

Dans l'avenant n° 8 du 19 juin 2024 à l'accord du 15 juillet 2009 sur une protection sociale complémentaire en santé dans certains départements des Pays de la Loire et de l'Ouest de la France, au lieu de « Fait à Angers, le 23 novembre 2023. » lire « Fait à Angers, le 19 juin 2024. »

Article 6 | Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Article 7 | Dépôt et extension

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

Fait à Angers, le 27 janvier 2025.

(Suivent les signatures.)