

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 : **9321** | **EXPLOITATIONS AGRICOLES ENTREPRISES DE TRAVAUX
AGRICILES ET RURAUX, COOPÉRATIVES D'UTILISATION DE MATÉRIELS
AGRICILES**
(Gers)
(12 juin 1954)

(Étendue par arrêté du 29 novembre 1954,
Journal officiel du 11 décembre 1954)

Avenant n° 11 du 13 février 2026

NOR : AGRS2697065M

IDCC : 7024, 7025, 9321

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

Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles du Gers ;
Fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole
CUMA du Gers ;
Syndicat des entrepreneurs de travaux agricoles, ruraux du Gers,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Syndicat national des cadres des entreprises agricoles SNCEA CFE-CGC ;
Syndicat CFDT Agri Agro du Gers ;
Syndicat départemental FNAF CGT ;
Syndicat départemental FGTA FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

En application des décisions prises par les organisations syndicales salariales et patronales, le présent avenant a pour objet de formaliser, à effet du 1^{er} avril 2026, les évolutions suivantes afférentes aux garanties de l'accord du 17 septembre 2009 :

- une amélioration des postes optique et médecine douce ;
- la mise en conformité de l'accord précité avec les évolutions réglementaires entrées en vigueur, à compter de l'avenant n° 10 du 12 novembre 2024.

En outre, il est précisé qu'en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent accord ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de cinquante salariés. En effet, les entreprises de la branche sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de cinquante salariés. Aussi, les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les entreprises de la branche, y compris les TPE de moins de cinquante salariés et ce, afin de ne pas remettre en cause le régime social et fiscal de faveur attaché au présent régime.

Article 1^{er} | *Modification des garanties*

Les tableaux de garanties figurant en annexes I et II de l'accord du 17 septembre 2009 sont modifiés comme suit :

« Annexe I | Garanties complémentaires de base

Les prestations du contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats "solidaires et responsables".

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale notamment : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré), du forfait patient urgences (FPU), du forfait "actes lourds" et du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100 % santé en optique, dentaire et audiologie, et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO), ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optique et du plafond pour les aides auditives.

Les remboursements garantis s'effectuent poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux (CCAM), dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au présent tableau de garanties.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale et/ou en euros.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au présent tableau de garanties.

NATURE DES FRAIS	Remboursement du Régime de base (en % de la BR)	Remboursement "Garanties complémentaires de base" Niveau 1 (en % de la BR)	Total Niveau 1 + Régime de base
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux (y compris téléconsultation)			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	130 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	110 % BR	180 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	130 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	110 % BR	180 % BR
Actes de spécialités et actes techniques			
Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	130 % BR	200 % BR
Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	110 % BR	180 % BR
Honoraires paramédicaux y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les + de 11 ans et la vaccination anti-grippale par les sage-femmes et infirmiers			
	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Consultation psychologue (dispositif Mon soutien Psy) dans la limite de 12 séances/an			
	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire ⁽²⁾			
	de 60 % à 100 % BR	de 40 % BR à 0% BR	100 % BR
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie ⁽²⁾			
Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention ⁽³⁾			
	de 35 % à 70 % BR	de 65% BR à 30% BR	100 % BR
Honoraires de médecine douce (Tous praticiens avec un n° RPPS et/ou ADELI)			
	-	150 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire
MEDICAMENTS			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65 % ou 100 % BR	35 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré"	30 % BR	70 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible"	15 % BR	85 % BR	100 % BR
- Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les + de 11 ans et la vaccination anti-grippale	de 65 % BR à 100 % BR	35 % BR ou 0 % BR	100 % BR
- Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	40 €/an/bénéficiaire	40 €/an/bénéficiaire
MATERIEL MEDICAL			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	240 % BR ou 200 % BR	300 % BR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % BR ou 100 % BR	240 % BR ou 200 % BR	300 % BR
HOSPITALISATION (hors maternité)			
Frais de séjour			
	80 % ou 100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
Honoraires			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	420 % BR ou 400 % BR	500 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	120 % BR ou 100 % BR	200 % BR
Forfait actes lourds	-	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgences	-	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière y compris en ambulatoire (par jour/bénéficiaire) ⁽⁵⁾	-	52 €/jour pendant 60 jours puis 25 €/jour	52 €/jour pendant 60 jours puis 25 €/jour
Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire)	-	52 €/jour limité à 30 jours/an	52 €/jour limité à 30 jours/an
HOSPITALISATION (maternité)			
Frais de séjour			
	100 % BR	-	100 % BR
Honoraires			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	200% BR	300 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Forfait actes lourds	-	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgences	-	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière ⁽⁵⁾	-	52 €/jour	52 €/jour
Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS

NATURE DES FRAIS	Remboursement du Régime de base (en % de la BR)	Remboursement "Garanties complémentaires de base" Niveau 1 (en % de la BR)	Total Niveau 1 + Régime de base
OPTIQUE			
Monture et verres : Expression des garanties par élément			
1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁶⁾			
Équipements 100% santé (Classe A) ⁽⁷⁾			
- Monture	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Verre	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
Autres équipements (Classe B)			
- Monture	60 % BR	100 € - RO	100 €
- Verre simple ⁽⁸⁾	60 % BR	120 € - RO	120 €
- Verre complexe ⁽⁸⁾	60 % BR	260 € - RO	260 €
- Verre très complexe ⁽⁸⁾	60 % BR	310 € - RO	310 €
Prestation d'adaptation de la correction à la vue pour des verres de Classe B ⁽⁷⁾	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
Supplément pour verre avec filtre ⁽⁷⁾	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
Lentilles remboursées par le régime de base/an/bénéficiaire	60 % BR	395 % BR + 350 €	455 % BR + 350 €
Lentilles non remboursées par le régime de base/an/bénéficiaire	-	100 €	100 €
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	750 €/an/bénéficiaire	750 €/an/bénéficiaire
DENTAIRE			
Soins, actes, consultations et prothèses 100% Santé ⁽⁷⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
Soins, actes et consultations (hors 100% Santé) ⁽¹¹⁾	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Inlay Onlay (hors 100% Santé)	60 % BR	65 % BR	125 % BR
Prothèses (hors 100% Santé)			
Prothèses à honoraires maîtrisés, à honoraires libres, et prothèses non remboursées par le régime de base ⁽⁷⁾	0 % ou 60% BR	0% ou 150 % BR + 350 € /an/bénéficiaire	0 % ou 210 % BR + 350 € /an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	60 % ou 100 % BR	150 % ou 190 % BR	250 % BR
Implantologie (hors couronne implanto- portée)	-	-	-
Parodontologie non remboursée	-	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽⁹⁾			
Équipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1^{er} janvier 2020 ⁽⁷⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à moins de 20 ans ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	1700 € - RO/oreille	1700 €/oreille
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 20 ans et plus	60 % BR	1600 € - RO/oreille	1600 €/oreille
CURES THERMALES			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux, transport, hébergement, surveillance ⁽¹⁰⁾	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR	100 % BR
DIVERS			
Transports urgents préhospitaliers (TUPH) remboursés par le régime de base	100 % BR	-	100 % BR
Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	55 % BR	45 % BR	100 % BR

BR : Base de remboursement **FR** : Frais réels **RO** : Régime Obligatoire **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité.

Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes sauf si le tableau de garantie prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste soins courants "honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes".

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

- (4) **Forfait journalier hospitalier** : sont exclus les établissements médico-sociaux.
- (5) **Chambre particulière** : limitée à 90 jours/an/bénéficiaire pour toute hospitalisation en soins de suite et de réadaptation et psychiatrie si aucune limite n'est prévue dans le tableau de garanties.
- (6) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.
- (7) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.
- (8) **verres simples Classe B :**
- verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre $\leq$ +4 dioptries
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $\leq$ 6 dioptries
 - verres neutres
- verres complexes Classe B**
- verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre $>$ +4 dioptries
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère $<$ -6 dioptries et cylindre $\geq$ 0,25 dioptrie
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $>$ 6 dioptries
 - verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre $\leq$ +4 dioptries
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $\leq$ 8 dioptries
- verres très complexes Classe B**
- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre $>$ +4 dioptries
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère $<$ -8 dioptries et cylindre $\geq$ 0,25 dioptrie
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S $>$ 8 dioptries
- (9) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.
- (10) En cas de dépassement d'honoraires se référer au poste soins courants « honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes »
- (11) Les consultations de médecins stomatologues sont remboursées au titre des honoraires de médecins spécialistes
- En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.**

Annexe II | Garanties complémentaires de base + garanties optionnelles

Les prestations du contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats "solidaires et responsables".

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale notamment : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré), du forfait patient urgences (FPU), du forfait "actes lourds" et du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100 % santé en optique, dentaire et audiologie, et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO), ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optique et du plafond pour les aides auditives.

Les remboursements garantis s'effectuent poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux (CCAM), dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au présent tableau de garanties.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale et/ou en euros.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au présent tableau de garanties.

NATURE DES FRAIS	Remboursement du régime de base (en % de la BR)	Remboursement "Garanties complémentaires de base" Niveau 2 (en % de la BR)	Total Niveau 2 + Régime de base
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux (y compris téléconsultation) :			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	230 % BR	300 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	130 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	230 % BR	300 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	130 % BR	200 % BR
Actes de spécialités et actes techniques			
Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	230 % BR	300 % BR
Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	130 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les + de 11 ans et la vaccination anti-grippale par les sages-femmes et infirmiers	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Consultation psychologue (dispositif Mon soutien Psy) dans la limite de 12 séances/an	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire ⁽²⁾	de 60 % à 100 % BR	de 40 % BR à 0 % BR	100 % BR
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie ⁽²⁾			
Praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention ⁽³⁾	de 35 % à 70 % BR	65% BR à 30 % BR	100 % BR
Honoraires de médecine douce (Tous praticiens avec un n° RPPS et/ou ADELI)	-	150 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire
MEDICAMENTS			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65 % ou 100 % BR	35 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré"	30 % BR	70 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible"	15 % BR	85 % BR	100 % BR
- Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les + de 11 ans et la vaccination anti-grippale	de 65 % BR à 100 % BR	35 % BR ou 0 % BR	100 % BR
- Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	40 €/an/bénéficiaire	40 €/an/bénéficiaire
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	40 €/an/bénéficiaire	40 €/an/bénéficiaire
MATERIEL MEDICAL			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	440 % BR	500 % BR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % BR ou 100 % BR	440 % BR ou 400 % BR	500 % BR
HOSPITALISATION (hors maternité)			
Frais de séjour	80 % ou 100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
Honoraires			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	420 % BR ou 400 % BR	500 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	120 % BR ou 100 % BR	200 % BR
Forfait actes lourds	-	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgences	-	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière y compris en ambulatoire (par jour/bénéficiaire) ⁽⁵⁾	-	52 €/jour pendant 60 jours puis 25 €/jour	52 €/jour pendant 60 jours puis 25 €/jour
Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire)	-	52 €/jour limité à 30 jours/an	52 €/jour limité à 30 jours/an
HOSPITALISATION (maternité)			
Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
Honoraires			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	200% BR	300 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Forfait actes lourds	-	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgences	-	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière ⁽⁵⁾	-	52 €/jour	52 €/jour
Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS

NATURE DES FRAIS	Remboursement du régime de base (en % de la BR)	Remboursement "Garanties complémentaires de base" Niveau 2 (en % de la BR)	Total Niveau 2 + Régime de base
OPTIQUE			
Monture et verres : Expression des garanties par élément			
1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁶⁾			
Équipements 100% santé (Classe A) ⁽⁷⁾			
- Monture	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Verre	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
Autres équipements (Classe B)			
- Monture	60 % BR	100 € - RO	100 €
- Verre simple ⁽⁸⁾	60 % BR	160 € - RO	160 €
- Verre complexe ⁽⁸⁾	60 % BR	300 € - RO	300 €
- Verre très complexe ⁽⁸⁾	60% BR	350 € - RO	350 €
Prestation d'adaptation de la correction à la vue pour des verres de Classe B ⁽⁷⁾	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
Supplément pour verre avec filtre ⁽⁷⁾	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
Lentilles remboursées par le régime de base/an/bénéficiaire	60 % BR	395 % BR + 475 €	455 % + 475 €
Lentilles non remboursées par le régime de base/an/bénéficiaire	-	100 €	100 €
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	250 €/an/bénéficiaire	250 €/an/bénéficiaire
DENTAIRE			
Soins, actes, consultations et prothèses 100% Santé ⁽⁷⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
Soins, actes et consultations (hors 100% Santé) ⁽¹¹⁾	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Inlay Onlay (hors 100% Santé)	60 % BR	65 % BR	125 % BR
Prothèses (hors 100% Santé)			
Prothèses à honoraires maîtrisés, à honoraires libres, et prothèses non remboursées par le régime de base ⁽⁷⁾	0 % ou 60% BR	0 % ou 150 % BR + 475 € /an/bénéficiaire	0 % ou 210 % BR + 475 € /an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	60 % ou 100 % BR	290 % BR ou 250 % BR	350 % BR
Implantologie (hors couronne implanto- portée)	-	200 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
Parodontologie non remboursée	-	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽⁹⁾			
Équipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1^{er} janvier 2020 ⁽⁷⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à moins de 20 ans ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	1700 € - RO/oreille	1700 €/oreille
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 20 ans et plus	60 % BR	1700 € - RO/oreille	1700 €/oreille
CURES THERMALES			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux, transport, hébergement, surveillance ⁽¹⁰⁾	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR	100 % BR
DIVERS			
Transports urgents préhospitaliers (TUPH) remboursés par le régime de base	100 % BR	-	100 % BR
Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	55 % BR	45 % BR	100 % BR

BR : Base de remboursement **FR** : Frais réels **RO** : Régime Obligatoire **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité.

Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes sauf si le tableau de garantie prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste soins courants "honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes".

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(4) **Forfait journalier hospitalier** : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(5) **Chambre particulière** : limitée à 90 jours/an/bénéficiaire pour toute hospitalisation en soins de suite et de réadaptation et psychiatrie si aucune limite n'est prévue dans le tableau de garanties.

(6) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(7) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur. Le remboursement des prothèses dentaires non remboursées par le régime de base est limité au forfait en euros.

(8) verres simples Classe B :

- verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre $\leq$ +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $\leq$ 6 dioptries
- verres neutres

verres complexes Classe B

- verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre $>$ +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère $<$ -6 dioptries et cylindre $\geq$ 0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $>$ 6 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre $\leq$ +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $\leq$ 8 dioptries

verres très complexes Classe B

- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre $>$ +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère $<$ -8 dioptries et cylindre $\geq$ 0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S $>$ 8 dioptries

(9) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

(10) En cas de dépassement d'honoraires se référer au poste soins courants « honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes »

(11) Les consultations de médecins stomatologues sont remboursées au titre des honoraires de médecins spécialistes

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

Article 2 | Durée. Révision. Dénonciation

Le présent régime santé est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra faire l'objet d'une révision ou d'une dénonciation par l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve du respect d'un préavis de trois mois, conformément aux dispositions légales prévues aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail.

Article 3 | Entrée en vigueur

Les dispositions du présent avenant prennent effet le premier jour du trimestre civil suivant la date de publication au *Journal officiel* de l'arrêté d'extension du présent avenant et au plus tôt, au 1^{er} avril 2026.

Article 4 | Dépôt et extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

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.

Fait à Auch, le 13 février 2026.

(Suivent les signatures.)