

Accord départemental du 5 juin 2009
sur un régime d'assurance complémentaire frais de santé des salariés agricoles
non cadres des exploitations agricoles de polyculture d'élevages spécialisés ou non,
des CUMA et des exploitations de cultures spécialisées
du département des Deux-Sèvres.
(Étendu par arrêté du 8 décembre 2009, *Journal Officiel* du 17 décembre 2009)

Avenant n° 5 du 4 septembre 2019

Entre :

Les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles ci-après :

La Fédération Nationale des Syndicats d'Exploitants Agricoles des Deux-Sèvres,
La Fédération Départementale des CUMA des Deux-Sèvres, *AB*
La Fédération Nationale des Producteurs de l'Horticulture et des Pépinières de la *PM*
Nouvelle Aquitaine,

D'une part,

Et

Le Syndicat Général Agroalimentaire CFDT des Deux-Sèvres,
L'Union départementale des syndicats CGT-FO des Deux-Sèvres,
La Fédération Nationale Agroalimentaire et Forestière CGT,
La Fédération CFTC Agri, *C-G-*
Le Syndicat National des Cadres d'Entreprises Agricoles CFE-CGC,

D'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Aux fins de mise en conformité à la réforme dite « 100 % santé », les organisations professionnelles et syndicales de salariés ont décidé de modifier les garanties du régime à compter du 1^{er} janvier 2020.

En conséquence, il est convenu ce qui suit.

Article 1 : Tableau des garanties

Les garanties intègrent les dispositions prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale (cahier des charges « contrat responsable »).

Le tableau des garanties figurant à l'annexe 1 de l'avenant n°4 du 14 février est modifié et remplacé par l'annexe 1 du présent avenant.

A.

Article 2 : Date d'effet, dépôt et extension

Le présent avenant prend effet au 1^{er} janvier 2020.

Le présent avenant sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du Code du travail.

Les parties signataires conviennent de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

Fait à Vouillé, le 4 septembre 2019

Pour la Fédération Nationale des
Syndicats d'Exploitants Agricoles
des Deux-Sèvres



M. Monneron Michel

Pour la Fédération départementale des
C.U.M.A. des Deux-Sèvres



M. Benoit Alain

La Fédération Nationale des Producteurs de
l'Horticulture
et des Pépinières de la Nouvelle Aquitaine,



M. MOINET Philippe

Pour le Syndicat général agroalimentaire
C.F.D.T. des Deux-Sèvres



M. Blot Eric

Pour l'union départementale
C.G.T. - F. O. des Deux-Sèvres

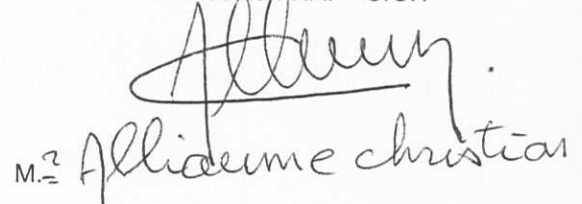
M.

Pour la Fédération CFTC Agri



M. Christian Guaid

Pour la FNAF - C.G.T



M.

Pour le SNCEA - CFE-CGC

M.



ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES AU 01.01.2020

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale française ou de la MSA, dès lors qu'elle intervient.

Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de

H HOSPITALISATION (1) <small>en établissement conventionné ou non (2)</small>	Frais de séjour			
	Honoraires		200 % BR	
		Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		400 % BR
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		200 % BR
	Forfait journalier hospitalier (3)			100 % DE sans limitation de durée
	Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA			
	Chambre particulière (4)			
	Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA			
		Par nuitée (hospitalisation)		50 €
		Par nuitée (maternité)		50 €
	Par nuitée (psychiatrie)		50 €	
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire)		50 €	
Lit d'accompagnant (4)				
Non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA				
	Bénéficiaire dont l'âge est < à 12 ans - par nuitée		25 €	
Forfait maternité (prime de naissance)	Double en cas de naissance gémellaire		1/3 PMSS	
D DENTAIRE (5) <small>auprès d'un professionnel</small>	Soins et prothèses 100 % Santé**	À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	sans reste à payer (9)	
	Soins	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie Inlay/onlay	100 % BR 125 % BR	
	Prothèses autres que 100 % Santé			
	Prothèses remboursées	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA (inlay-onlay, couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)		210 % BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 12 % PMSS
	Orthodontie (5)			
		Remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA - par semestre de traitement et par bénéficiaire		300 % BR
	Non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire		600 €	
O OPTIQUE ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) <small>Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer au contrat d'assurance</small>	Équipement 100 % Santé** (classe A)		sans reste à payer (10)	
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)		Grille Optique	
	Lentilles			
		Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA (7)	455 % BR plus un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 8 % PMSS	
		Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire (7)	8 % PMSS	
A AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT <small>par oreille</small>	Jusqu'au 31/12/2020 :			
	Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire		100 % BR	
	Accessoires et fournitures	Piles non remboursées par la Sécurité sociale ou la MSA pour appareil auditif - par an et par bénéficiaire		non couvert
	À compter du 01/01/2021 :			
	Renouvellement par appareil tous les 4 ans			
	Équipement 100 % Santé** (classe I***)			sans reste à payer (10)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe II***)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale ou de la MSA		
	Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité****		100 % BR	
	Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans		100 % BR	
Accessoires et fournitures			100 % BR	
S SOINS COURANTS <small>auprès d'un professionnel conventionné ou non</small>	Honoraires médicaux			
	Consultation / visite / consultation en ligne			
		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		200 % BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		180 % BR
	Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		100 % BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		100 % BR
	Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		200 % BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*		180 % BR
	Honoraires paramédicaux			
		pédicures-podologues		100 % BR
	Analyses et examens de laboratoire			100 % BR
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique		100 % BR
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (8)		100 % BR
	Cures thermales			
		Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale		70 % BR
	Médicaments			
		Médicaments remboursés à 55%		100 % BR
	Médicaments remboursés à 30%		100 % BR	
	Médicaments remboursés à 15%		100 % BR	
	Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale ou la MSA - par an et par bénéficiaire		150 €	
Médecine additionnelle et de prévention				
Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel				
Non remboursée par la Sécurité sociale ou la MSA				
	Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, sophrologue - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 2 séances par an		30 €	

A

C.G. AB JMN

PM

EB

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire. PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €). MSA = Mutualité Sociale Agricole.

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameil.fr est à la disposition de tous.

** Teils que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

***** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale ou de la MSA.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné, la prise en charge est limitée au ticket modérateur.

(3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(5) Hors accord de prise en charge, les prestations sont minorées de 20 % comparées aux prestations versées sur accord de prise en charge. La minoration de 20 % des prestations hors accord de prise en charge préalable ne concernent pas la ligne « Soins dentaires ».

(6) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(7) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(8) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(9) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limités de facturation définies au contrat d'assurance.

(10) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis au contrat d'assurance.

Grille Optique				
Les garanties VERRES et MONTURE s'entendent Y COMPRIS le remboursement de la Sécurité sociale ou de la MSA.				
VERRES				
Classe de défaut visuel	Défaut visuel		Verre simple foyer	Verre progressif
	Myopie ou hypermétropie (en dioptries)	Astigmatisme (en dioptries)		
Classe 1	De 0 à 2	Inf ou = à 2,00	100 €	200 €
Classe 2	De 0 à 2	De 2,25 à 4	105 €	250 €
	De 2,25 à 4	Inf ou = à 2,00		
Classe 3	De 2,25 à 4	De 2,25 à 4	135 €	265 €
	De 4,25 à 6	Inf ou = à 4,00		
Classe 4	De 6,25 à 8	Inf ou = à 4,00	175 €	300 €
	De 0 à 8	Sup ou = à 4,25		
Classe 5	Sup ou = à 8,25	Tous cylindres	200 €	300 € pour les ayants droit dont l'âge est < 16 ans 325 € pour tous les autres bénéficiaires
MONTURE				
Monture remboursée par la SS ou la MSA			Plafond par bénéficiaire égal à 100 Euros	

(*) : dans la limite des plafonds du contrat responsable

A.

C.G.A.B IMM

Pm

EB