

Convention collective nationale des entreprises d'accoupage et de sélection
du 2 avril 1974

Avenant n° 90 du 19 septembre 2019 relatif à une modification de l'annexe V
IDCC 7009

Entre :

Les organisations syndicales de salariés et professionnelle agricole ci-après :

- le Syndicat national des accoueurs (S.N.A.)

D'une part,

Et

- La Fédération Générale Agroalimentaire (F.G.A.) CFTD, *Ag*

- La Fédération Nationale Agroalimentaire et Forestière (F.N.A.F.) CGT, *Jau Nicolas*

- La Fédération Générale des Travailleurs de l'Agriculture, de l'Alimentation et des secteurs connexes (F.G.T.A.) FO,

- La Fédération CFTC de l'Agriculture (C.F.T.C. Agri), *Nu*

- Le Syndicat National des Cadres d'Entreprises Agricoles (S.N.C.E.A.) CFE/CGC *Ge*

D'autre part,

Suite à négociation et accord des parties, il a été convenu ce qui suit :

PREAMBULE

La Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a créé un remboursement intégral d'un ensemble de soins dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire : cette offre est accessible à tous les Français disposant d'une complémentaire santé.

La mise en place de cette réforme va se déployer par étapes, jusqu'au remboursement total en 2021. Pour l'audiologie, l'optique et le dentaire, il existera plusieurs catégories de remboursement, dont une prévoira des Equipements « offre 100 % santé » intégralement remboursée (Assurance Maladie obligatoire + complémentaire santé).

Afin de se mettre en conformité avec cette Loi et ses textes réglementaires, les partenaires sociaux font évoluer à compter du 1^{er} janvier 2020, les montants des prestations complémentaires santé concernées (l'audiologie, l'optique et le dentaire) du régime conventionnel obligatoire, définies à l'annexe V de la Convention collective nationale des entreprises d'accoupage et de sélection du 2 avril 1974.

De plus, pour faciliter la lecture des garanties santé par les salariés assurés, conformément à la logique de la Loi, une nouvelle présentation modifie les tableaux des garanties du régime conventionnel obligatoire, et du régime optionnel.

Article 1 – modification de l'article 1.1 de l'annexe V

L'article 1.1 « Garanties et prestations du régime conventionnelle obligatoire » est modifié comme suit :

- Le tableau de l'article 1.1.1 « Salariés relevant du régime général de la MSA et de la sécurité sociale » est supprimé et remplacé par le tableau suivant :

Prestations en vigueur au 01/01/2020	Régime général	SOINS COURANTS				SOINS COURANTS	
		Régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement au titre du régime conventionnel		Remboursement au titre du régime optionnel	REMBOURSEMENT TOTAL au titre des RO + régime conventionnel + régime optionnel	
			TM	Dépassements d'honoraires	Dépassements d'honoraires		
HONORAIRES MEDICAUX							
Consultations, visites généralistes							
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée							
- Autres praticiens							
Consultations, visites spécialistes							
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée							
- Autres praticiens							
Actes techniques médicaux et d'échographie							
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée							
- Autres praticiens							
		70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 80 % BR	180 % BR	
		70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 60 % BR	160 % BR	
		70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 80 % BR	180 % BR	
		70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 60 % BR	160 % BR	
		70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 80 % BR	180 % BR	
		70 % BR	30 % BR	0 % BR	+ 60 % BR	160 % BR	

AIDES AUDITIVES	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	70 % BR	30 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 80 % BR	180 % BR
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 % BR	30 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 60 % BR	160 % BR
	- Autres praticiens						
	Actes de sages-femmes	70 % BR	30 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 70 % BR	170 % BR
	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE						
	Analyses et examens de laboratoire	60 % BR	40 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 70 % BR	170 % BR
	HONORAIRES PARAMEDICAUX						
	Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	60 % BR	40 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 70 % BR	170 % BR
	MEDICAMENTS						
	Service Médical Rendu Important	65 % BR	35 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100 % BR
AIDES AUDITIVES	Service Médical Rendu Modéré	30 % BR	70 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100 % BR
	Service Médical Rendu Faible	15 % BR	85 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100 % BR
	MATERIEL MEDICAL						
	Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 % BR	40 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 70 % BR	170 % BR
	TRANSPORT SANITAIRE						
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % BR	35 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100 % BR
	AIDES AUDITIVES						
	Prothèse auditive remboursable (1)						
	- Equipement 100% santé (Classe I - tel que défini réglementairement) (2)(a)						

AD

M

P

N
G
M

	- Equipement à tarifs Libres (Classe I) ⁽³⁾ Entretien, fournitures et accessoires	60 % BR 60 % BR	40 % BR 40 % BR	200 % BR 0 % BR	300% BR 100 % BR	300% BR 100% BR
CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR	CURE THERMALE ACCEPTEE PAR L'AMO					
	Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65 % ou 70 % BR	30 % BR ou 35 % BR	160 % BR	260 % BR	260 % BR
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION					
	MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE					
	Frais de séjour	80% ou 100% BR	0 % à 20 % BR	Frais réels	100 % BR	100 % BR
	Forfait actes lourds	-	-	-	Frais réels	Frais réels
	Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique	-	-	-	-	-
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100% BR	0 % ou 20 % BR	155 % BR	255 % BR	255 % BR
	- Autres praticiens	80% ou 100% BR	0 % ou 20 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	80% ou 100% BR	0 % ou 20 % BR	-	100 % BR	100 % BR
	Forfait journalier hospitalier	-	-	-	Frais réels	Frais réels
	Chambre particulière ⁽⁴⁾	-	-	25 € / jour	+ 14 € / jour	39 € / jour
	Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁵⁾	-	-	25 € / jour	+ 14 € / jour	39 € / jour
	Maternité (dans la limite des frais engagés)	-	-	25 € / jour	1/3 PMSS	1/3 PMSS
OPTIQUE	OPTIQUE					
	Equipement 100% santé (Classe A - tel que défini réglementairement) ⁽¹⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾					
	Monture + verres				100 % santé	100 % santé
	Equipement à tarifs libres (Classe B) ⁽¹⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾					
	Monture	60 % BR	60 % BR + 100 €		100 €	100 €
	Verre simple	60 % BR	100 €		60 % BR + 100 €	60 % BR + 130 €
	Verre complexe	60 % BR	175 €		60 % BR + 175 €	60 % BR + 225 €
	Verre très complexe	60 % BR	175 €		60 % BR + 175 €	60 % BR + 225 €

C
 AD
 AG
 G
 NJ

DENTAIRE						
Adaptation de la correction visuelle Verres avec filtre Autres suppléments (prisme, système antipétis, verres iséconiques) Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	60 % BR	40 % BR	Frais réels	Frais réels	-	Frais réels
	60 % BR	40 % BR	Frais réels	Frais réels	-	Frais réels
	60 % BR	40 % BR	Frais réels	Frais réels	-	Frais réels
	0% ou 60% BR	100 % ou 40 % BR	100 € / an / bénéficiaire	0 % à 100 % BR + 100 € / an / bénéficiaire	+ 92 € / an / bénéficiaire	0 % à 100 % BR + 192 € / an / bénéficiaire
DENTAIRE						
SOINS						
Soins	70 % BR	30 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100 % BR
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé ⁽⁹⁾				100 % santé	-	100 % santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ⁽⁹⁾						
- Prothèses fixes ⁽¹⁰⁾	70 % BR	30 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
- Inlay-Core ⁽¹⁰⁾	70 % BR	30 % BR	125 % BR	125 % BR	-	125 % BR
- Prothèses transitoires ⁽¹⁰⁾	70 % BR	30 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
- Inlay onlay	70 % BR	30 % BR	25 % BR	125 % BR	-	125 % BR
- Prothèses amovibles ⁽¹⁰⁾	70 % BR	30 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres						
- Prothèses fixes ⁽¹⁰⁾	70 % BR	30 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
- Inlay-Core ⁽¹⁰⁾	70 % BR	30 % BR	125 % BR	125 % BR	-	125 % BR
- Prothèses transitoires ⁽¹⁰⁾	70 % BR	30 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
- Inlay onlay	70 % BR	30 % BR	25 % BR	125 % BR	-	125 % BR
- Prothèses amovibles ⁽¹⁰⁾	70 % BR	30 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire

AD
PP
NJ
AL

AUTRES	Prothèses dentaires non remboursées					214 € / an / bénéficiaire	214 € / an / bénéficiaire
	Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100 % BR	0 % ou 30 % BR	200 % BR	300% BR	+ 50 % BR	
	Orthodontie refusée par le régime obligatoire					397 € / an / bénéficiaire	397 € / an / bénéficiaire
AUTRES							
AUTRES	Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie ⁽¹¹⁾	30 € / séance limité à 3 séances par an		30 € / séance limité à 3 séances par an		+ 1 séance par an	30 € / séance limité à 4 séances par an
	Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € / an / bénéficiaire		0 € à 150 € / an / bénéficiaire			0 € à 150 € / an / bénéficiaire
	Actes de prévention ⁽¹²⁾	35% ou 70% BR	30 % ou 65 % BR		100%		100%

(1) Jusqu'au 31 décembre 2020 un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- o Le renouvellement intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
- o L'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré (par prescription médicale dans les conditions rappelées dans l'arrêté du 14 novembre 2018) ;
- o Pour la prise en charge, le prescripteur doit notamment attester de cette situation en précisant la raison, sur un document qui doit être transmis à la caisse d'assurance maladie.

(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds 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, la mutuelle prend 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) 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.

(7) 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).

(8) - 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,

C AD nu
PD
Go
NJ

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.

(9) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(10) Plafond commun

(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 frais de santé et pour chaque bénéficiaire

CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).

- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008. - Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant:

- déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),

- déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).

- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.

- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires. - Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants:

- cures médicales en établissements de personnes âgées,

- ateliers thérapeutiques,

- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,

- centres de rééducation professionnelle

- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

Les remboursements de la mutuelle:

- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),

- sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle

- Le tableau de l'article 1.1.2 « Salariés relevant du régime local de la MSA et de la sécurité sociale » est supprimé et remplacé par le tableau suivant :

Prestations en vigueur au 01/01/2020 Régime local	SOINS COURANTS					Régime obligatoire (à titre indicatif)	Remboursement au titre du régime conventionnel		REMBOURSEMENT TOTAL au titre du RO + du régime conventionnel	Remboursement au titre du régime optionnel Dépassements d'honoraires	REMBOURSEMENT TOTAL au titre des RO + régime conventionnel + régime optionnel	
	SOINS COURANTS											
	HONORAIRES MEDICAUX											
	Consultations, visites généralistes											
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée						90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 80 % BR	180 % BR
	- Autres praticiens						90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 60 % BR	160 % BR
	Consultations, visites spécialistes											
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée						90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 80 % BR	180 % BR
	- Autres praticiens						90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 60 % BR	160 % BR
	Actes techniques médicaux et d'échographie											
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée						90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 80 % BR	180 % BR
	- Autres praticiens						90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 60 % BR	160 % BR
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée											
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée						90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 80 % BR	180 % BR






AIDES AUDITIVES							
- Autres praticiens	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 60 % BR	160 % BR	
Actes de sages-femmes	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 70 % BR	170 % BR	
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE							
Analyses et examens de laboratoire	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 70 % BR	170 % BR	
HONORAIRES PARAMEDICAUX							
Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 70 % BR	170 % BR	
MEDICAMENTS							
Service Médical Rendu Important	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100 % BR	
Service Médical Rendu Modéré	80 % BR	20 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100 % BR	
Service Médical Rendu Faible	15 % BR	85 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100 % BR	
MATIEREL MEDICAL							
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 70 % BR	170 % BR	
AIDES AUDITIVES							
Prothèse auditive remboursable (1)				100 % santé		100 % santé	
- Equipement 100% santé (Classe I - tel/ que défini réglementairement) (2)(3)	90 % BR	10 % BR	200 % BR	300% BR	-	300% BR	
- Equipement à tarifs Libres (Classe II) (3)	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100% BR	
Entretien, fournitures et accessoires							







CURE THERMALE	CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR L'AMO					
	Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	90 % BR	10 % BR	160 % BR	260 % BR	260 % BR
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION					
	MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE					
	Frais de séjour	100% BR	0 % BR		100 % BR Frais réels	100 % BR Frais réels
	Forfait actes lourds					
	Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique					
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	0 % BR	155 % BR	255 % BR	255 % BR
	- Autres praticiens	100% BR	0 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR
OPTIQUE	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100% BR	0 % BR		100 % BR	100 % BR
	Chambre particulière ⁽⁴⁾	-		25 € / jour	25 € / jour	39 € / jour
	Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁵⁾	-		25 € / jour	25 € / jour	39 € / jour
	Maternité (dans la limite des frais engagés)				1/3 PMSS	1/3 PMSS
OPTIQUE	OPTIQUE					
	Equipement 100% santé (Classe A - tel que défini réglementairement) ⁽¹⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾				100 % santé	100 % santé
	Monture + verres					
	Equipement à tarifs libres (Classe B) ⁽¹⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾					
	Monture	90 % BR		90 % BR + 100 €	100 €	100 €
	Verre simple	90 % BR		100 €	90 % BR + 100 €	90 % BR + 130 €
	Verre complexe	90 % BR		175 €	90 % BR + 175 €	90 % BR + 225 €
	Verre très complexe	90 % BR		175 €	90 % BR + 175 €	90 % BR + 225 €
	Adaptation de la correction visuelle	90 % BR	10 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Verres avec filtre	90 % BR	10 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels

PJ
 Lm de
 B
 G
 NJ

	DENTAIRE						
Autres suppléments (prisme, système antiphtosis, verres iséconiques) Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	90 % BR 0% ou 90% BR	10 % BR 100 % ou 10 % BR	Frais réels 100 € / an / bénéficiaire	Frais réels 100 % BR + 100 € / an / bénéficiaire	- + 92 € / an / bénéficiaire	Frais réels 100 % BR + 192 € / an / bénéficiaire	
DENTAIRE							
SOINS							
Soins	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100 % BR	
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé ⁽⁹⁾				100 % santé	-	100 % santé	
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ⁽⁹⁾							
- Prothèses fixes ⁽¹⁰⁾	90 % BR	10 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire	
- Inlay-Core ⁽¹⁰⁾	90 % BR	10 % BR	125 % BR	125% BR	-	125 % BR	
- Prothèses transitoires ⁽¹⁰⁾	90 % BR	10 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire	
- Inlay onlay	90 % BR	10 % BR	25 % BR	125 % BR	-	125 % BR	
- Prothèses amovibles ⁽¹⁰⁾	90 % BR	10 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire	
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres							
- Prothèses fixes ⁽¹⁰⁾	90 % BR	10 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire	
- Inlay-Core ⁽¹⁰⁾	90 % BR	10 % BR	125 % BR	125% BR	-	125 % BR	
- Prothèses transitoires ⁽¹⁰⁾	90 % BR	10 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire	
- Inlay onlay	90 % BR	10 % BR	25 % BR	125 % BR	-	125 % BR	
- Prothèses amovibles ⁽¹⁰⁾	90 % BR	10 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € / an / bénéficiaire	
Prothèses dentaires non remboursées							
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire							
Orthodontie refusée par le régime obligatoire							
	90 % BR	10 % BR	200 % BR	300% BR	+ 50 % BR	350% BR	
					397 € / an / bénéficiaire	397 € / an / bénéficiaire	

AG
CU
PD
NJ
G

AUTRES		AUTRES				
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie ⁽¹¹⁾		30 € / séance limité à 3 séances par an		30 € / séance limité à 3 séances par an	+ 1 séance par an	30 € / séance limité à 4 séances par an
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € / an / bénéficiaire			0 € à 150 € / an / bénéficiaire		0 € à 150 € / an / bénéficiaire
Actes de prévention ⁽¹²⁾	90 % BR	10 % BR				100%

- (1) Jusqu'au 31 décembre 2020 un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :
- o Le renouvellement intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
 - o L'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré (par prescription médicale dans les conditions rappelées dans l'arrêté du 14 novembre 2018) ;
 - o Pour la prise en charge, le prescripteur doit notamment attester de cette situation en précisant la raison, sur un document qui doit être transmis à la caisse d'assurance maladie.
- (2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds 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, la mutuelle prend 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.

Lm
 AD
 NJ
 94
 107

(6) 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.

(7) 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).

(8) - 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.

(9) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(10) Plafond commun

(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 frais de santé et pour chaque bénéficiaire

CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).

- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008. - Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :

- déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),

- déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).

- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.

- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires. - Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :

- cures médicales en établissements de personnes âgées,

- ateliers thérapeutiques,

- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,
- centres de rééducation professionnelle
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

Les remboursements de la mutuelle:

- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),
- sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle

Article 2 – Date d'effet – dépôt - extension

Le présent avenant prend effet à compter du 1^{er} janvier 2020.

Il est notifié et déposé dans les conditions prévues par le Code du travail.

Dans la mesure où le présent avenant a vocation à s'appliquer à des entreprises de toute taille, y compris auprès de petites entreprises, les partenaires sociaux estiment que ces dispositions leur sont particulièrement applicables et qu'ainsi ils répondent à l'obligation issue de l'article L.2261-23-1 du code du travail.

Les partenaires sociaux demandent l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 19 septembre 2019

CG PD
AD NL
CC NJ

P/ le Syndicat national des accoueurs (S.N.A.) mandaté par la FNSEA *Louis Bernault*



P/ - La Fédération Générale Agroalimentaire (F.G.A.) CFDT

Alexandre DuBois



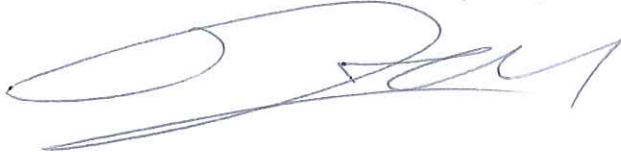
P/ La Fédération Nationale Agroalimentaire et Forestière (F.N.A.F.) CGT

Jean Nicolas



P/ La Fédération Générale des Travailleurs de l'Agriculture, de l'Alimentation et des secteurs connexes (F.G.T.A.) FO

DREYON Olivier



P/ La Fédération CFTC de l'Agriculture (C.F.T.C. Agri)

Mathieu Lemes



P/ Le Syndicat National des Cadres d'Entreprises Agricoles (S.N.C.E.A.) CFE/CGC

Guillaume GERARD



