

**Avenant n°6 à l'Accord régional du 2 juillet 2009 sur le régime d'assurance Complémentaire santé  
au bénéfice des salariés agricoles non cadres  
des entreprises des travaux agricoles et ruraux du Nord Pas de Calais**

Entre,

- les Entrepreneurs des Territoires du Nord Pas de Calais

d'une part,

et,

- le Syndicat C.F.D.T.

- la Fédération CFTC Agri

- l'Union Régionale du Syndicat FO Nord Pas de Calais

- le Syndicat National des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC

- l'URAF C.G.T

d'autre part,

À LA SUITE DE NÉGOCIATION ET D'ACCORD ENTRE LES PARTIES, IL A ÉTÉ CONVENU CE QUI SUIT :

**PRÉAMBULE**

Les partenaires sociaux ont souhaité améliorer certaines garanties prévues par le régime d'assurance Complémentaire santé instauré par l'Accord du 2 juillet 2009 et révisé par ses avenants n° 1 du 21 septembre 2012, n° 2 du 30 juin 2014, n° 3 du 7 septembre 2016, n° 4 du 1<sup>er</sup> octobre 2018 et n° 5 du 25 octobre 2019.

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

**ARTICLE 1**

L'Annexe n° 1 à l'article 1<sup>er</sup> – **TABLEAU DES GARANTIES**, figurant à l'avenant n° 5 du 25 octobre 2019 à l'Accord du 2 juillet 2009 sur le régime d'assurance Complémentaire santé au bénéfice des salariés agricoles non cadres des entreprises des travaux agricoles et ruraux du Nord Pas de Calais est abrogé et remplacé, à effet du 1<sup>er</sup> avril 2024, par le texte suivant :

**ANNEXE 1 - TABLEAU DES GARANTIES**

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-après s'appliquent sur le montant servant de base (BR) au régime obligatoire de protection sociale français (RO) sauf mention contraire.

Le cumul des remboursements du régime obligatoire de protection sociale et de l'organisme assureur ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR).

Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (article L.160-13 du code de la Sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement.

Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime obligatoire de protection sociale non comprise.

HOSPITALISATION		PRESTATIONS
Frais de séjour	conventionné	100 % TM
	non conventionné	100 % TM
Honoraires	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 200 % BR
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR
Actes chirurgicaux	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 200 % BR
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR
Forfait journalier hospitalier <sup>(1)</sup>		100 % FR
Participation forfaitaire « actes lourds »		100 % TM
Chambre Particulière y compris Maternité, y compris ambulatoire, par jour		60 Euros
Frais d'accompagnement tout ayant droit inscrit au contrat, par jour dans la limite par an et par personne assurée de :		50 Euros
Hospitalisation à l'étranger (RO français <sup>(2)</sup> )		10 Jours
		120 % BR
LE + MATERNITÉ		
Indemnité de naissance, par maternité		33 % PMSS
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux	généraliste adhérent à un DPTAM	60 % BR
	généraliste non adhérent à un DPTAM	40 % BR
	spécialiste adhérent à un DPTAM	60 % BR
	spécialiste non adhérent à un DPTAM	40 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité	adhérent à un DPTAM	60 % BR
	non adhérent à un DPTAM	40 % BR
Radiologie et imagerie médicale	adhérent à un DPTAM	40 % BR
	non adhérent à un DPTAM	100 % TM
Honoraires paramédicaux	Sage-femmes	60 % BR
	Autres auxiliaires médicaux	100 % TM
Analyses et examens de laboratoire		100 % TM
Participation forfaitaire « actes lourds »		100 % TM
Forfait patient urgence		100 % TM
Médicaments, sur prescription	Pharmacie prise en charge par le RO	100 % TM
	Pharmacie non prise en charge par le RO	NON GARANTI
	Vaccins non pris en charge par le RO	NON GARANTI
Matériel médical (hors optique, dentaire et aides auditives)	Prothèses médicales et orthopédiques prises en charge par le RO	60 % BR
	Petit appareillage médical	60 % BR
	Grand appareillage médical	60 % BR
Consultation de psychologue prise en charge par le RO		100 % TM
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire (y compris hospitalisation)		150 % BR
Médecine Douce : Ostéopathie, Chiropraxie, Acupuncture et Sophrologie, par séance dans la limite par an et par personne assurée de :		40 Euros
		4 séances
Cures thermales prises en charge par le RO (y compris hospitalisation) :		
- Frais d'hospitalisation et actes médicaux	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM
- Frais supplémentaires hébergement et transport, par an et par personne assurée		NON GARANTI
AIDES AUDITIVES		
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans		
Équipements 100 % santé <sup>(3)</sup>		Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
Équipements hors 100 % santé		
Prothèses auditives prises en charge par le RO dans la limite par oreille de :		40 % BR 1 700 Euros
OPTIQUE		
Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai) <sup>(4)</sup>		
Équipement 100 % santé <sup>(3)</sup>		Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
Équipements hors 100 % santé (dont maximum 100 € pour la monture) :		
Équipement optique : 1 monture et 2 verres		
- Verres simples	Adulte	350 Euros
- Verres mixtes simple-complexe	Adulte	390 Euros
- Verres mixtes simple-très complexe	Adulte	395 Euros
- Verres complexes	Adulte	410 Euros
- Verres mixtes complexe-très complexe	Adulte	415 Euros
- Verres très complexes	Adulte	430 Euros
	Enfant	350 Euros
	Enfant	400 Euros
	Enfant	400 Euros
	Enfant	480 Euros
	Enfant	480 Euros
	Enfant	480 Euros
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO, par an et par personne assurée		100 % TM + 150 Euros

DENTAIRE		PRESTATIONS
<b>Soins et prothèses 100 % santé <sup>(3)</sup></b>		Pris en charge dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)
<b>Soins et prothèses hors 100 % santé :</b>		
- Soins		100 % TM
- Inlays / Onlays		100 % TM + 150 % BR
- Prothèses et inlay-cores pris en charge par le RO		550 % BR
Implantologie dentaire, par implant		450 Euros
dans la limite par an et par personne assurée de :		2 implants
Parodontologie, par an et par personne assurée		300 Euros
Orthodontie	prise en charge par le RO	250 % BR
	non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée dans la limite de 3 ans	580 Euros
<b>PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN</b>		
Actes et prestations de prévention pris en charge par le RO		INCLUS

- 1 Cette prestation concerne uniquement le forfait hospitalier facturé par les établissements de santé, et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux
- 2 En cas d'hospitalisation dans un pays étranger (autre qu'un état membre de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre-échange), la prise en charge des frais de séjour par l'assureur sera en tout état de cause limitée aux bases indiquées.
- 3 Tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale
- 4 Conformément aux planchers et plafonds prévus aux articles D.911-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale récemment modifiés et figurant ci-après

a) équipement à : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	Minimum : 100 € Maximum : 420 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>
b) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)	Minimum : 150 € - Maximum : 560 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>
c) équipement à : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	Minimum : 200 € Maximum : 700 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>
d) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)	Minimum : 150 € - Maximum : 610 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>
e) équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)	Minimum : 200 € - Maximum : 750 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>
f) équipement à : - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	Minimum : 200 € Maximum : 800 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>

## Commentaires annexes

### Limitations liées à l'optique

**Lunettes :** Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux (2) ans pour les adultes et enfants de seize (16) ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai). Prise en charge d'un équipement par période d'un (1) an pour les enfants de moins de seize (16) ans et par période de six (6) mois pour les enfants jusqu'à six (6) ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur ; et sans délai pour les enfants de moins de seize (16) ans en cas d'évolution de la vue ou situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés. Les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu, notamment en cas d'évolution de la vue, figurent dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Ille PD CB  
m6  
JR 1/1

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

**Verres simples** : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

**Verres complexes** : Verres unifocaux qui ne font pas partie des verres simples ; verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

**Verres très complexes** : Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques qui ne font pas partie des verres complexes.

### Définitions des abréviations

**BR** : Base de remboursement du RO.

**DPTAM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée qui comprennent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie et Obstétrique).

**FR** : Frais réellement engagés par la personne assurée sous déduction du remboursement du RO.

**TM** : Ticket modérateur

**RO** : Régime obligatoire de protection sociale

**PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 864 € pour l'année 2024.

## ARTICLE 2





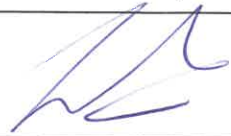
### Entrée en vigueur - Extension

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

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

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

Ont signé :

Organisation	Nom	Signature
Pour les Entrepreneurs des Territoires du Nord Pas de Calais	Mereuil Gerard	
Pour le Syndicat C.F.D.T.	Deloysange Cécile	
Pour la Fédération CFTC Agri	CHUMET Jean	
Pour l'Union Régionale du Syndicat FO Nord Pas de Calais	DAHMANI Rabah	
Pour le Syndicat National des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC	Jean Pierre Lotu	
Pour l'URAF C.G.T. Pour la Fnao CGT	BOUVET Cécilie	