

**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.

*SL DR CB  
M6 JPL*

		PRESTATIONS
<b>HOSPITALISATION</b>		
Frais de séjour	conventionné non conventionné	100 % TM 100 % TM
Honoraires	médecin adhérent à un DPTAM médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 200 % BR 100 % TM + 100 % BR
Actes chirurgicaux	médecin adhérent à un DPTAM médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 200 % BR 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 10 Jours
Hospitalisation à l'étranger (RO français <sup>(2)</sup> )		120 % BR
<b>LE + MATERNITÉ</b>		
Indemnité de naissance, par maternité		33 % PMSS
<b>SOINS COURANTS</b>		
Honoraires médicaux	généraliste adhérent à un DPTAM généraliste non adhérent à un DPTAM spécialiste adhérent à un DPTAM spécialiste non adhérent à un DPTAM	60 % BR 40 % BR 60 % BR 40 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité	adhérent à un DPTAM non adhérent à un DPTAM	60 % BR 40 % BR
Radiologie et imagerie médicale	adhérent à un DPTAM non adhérent à un DPTAM	40 % BR 100 % TM
Honoraires paramédicaux	Sage-femmes Autres auxiliaires médicaux	60 % BR 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 Pharmacie non prise en charge par le RO Vaccins non pris en charge par le RO	100 % TM NON GARANTI NON GARANTI
Matériel médical (hors optique, dentaire et aides auditives)	Prothèses médicales et orthopédiques prises en charge par le RO Petit appareillage médical Grand appareillage médical	60 % BR 60 % BR 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
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
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
<b>OPTIQUE</b>		
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
- Verres mixtes simple-complexe		350 Euros
- Verres mixtes simple-très complexe		390 Euros
- Verres complexes		395 Euros
- Verres mixtes complexe-très complexe		410 Euros
- Verres très complexes		415 Euros
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO, par an et par personne assurée		430 Euros
		100 % TM + 150 Euros

DR ) P  
M 6 CB  
DR ) P

DENTAIRE		PRESTATIONS
Soins et prothèses 100 % santé <sup>(3)</sup>		Pris en charge dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)
Soins et prothèses hors 100 % santé :		
- 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 dans la limite par an et par personne assurée de :		450 Euros 2 implants
Parodontologie, par an et par personne assurée		300 Euros
Orthodontie	prise en charge par le RO non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée dans la limite de 3 ans	250 % BR 580 Euros
PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN		
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 plafonds 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 :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries</li> <li>- 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</li> <li>- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries</li> </ul>	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 :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries</li> <li>- 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</li> <li>- 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</li> <li>- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries</li> <li>- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries</li> <li>- 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</li> <li>- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries</li> </ul>	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 :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries</li> <li>- 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</li> <li>- 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</li> <li>- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries</li> </ul>	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.

JD P CB  
M6 DR J M

#### **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 Maitrisée) 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	Werczel Yannick	
Pour le Syndicat C.F.D.T.	Deloix Grange Pierre	
Pour la Fédération CFTC Agri	Champerjean	
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-Paul LOM	
Pour l'U.R.A.F.C.G.T Pour la Fnat CGT	BONNET Catherine	