

Accord National des salariés non-cadres en agriculture

□ TABLEAU DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Garantie du socle obligatoire conventionnel

● Votre complémentaire santé

Les complémentaires santé interviennent au-delà des remboursements du régime de base de la Sécurité sociale pour permettre aux assurés de faire face aux dépenses qui restent à leur charge, que celles-ci soient liées à une maladie, un accident ou une maternité, car le régime obligatoire d'assurance maladie ne rembourse pas les dépenses de santé dans leur intégralité (sauf situation particulière). Le total des sommes remboursées par AGRI PRÉVOYANCE et par le régime de base ne peut excéder le montant des frais réellement engagés.

Le tableau des garanties santé présenté au verso du présent document vous indique le niveau de remboursement dont vous bénéficierez grâce aux remboursements du régime de base d'une part et du régime complémentaire santé d'autre part. **Le ticket modérateur est remboursé par la complémentaire santé pour tous les actes pris en charge par le régime de base, qu'ils figurent ou non dans le tableau en page 2.**

Les montants remboursés sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR) du régime de base c'est-à-dire du tarif qui sert de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Pour certaines garanties, les remboursements sont exprimés en euros.

Dans ce cas, ils s'entendent par an et par bénéficiaire (sauf exception prévues par la réglementation pour les équipements optiques et audiologie et cas particuliers prévus au tableau de garanties). Cette complémentaire santé vous permet également de bénéficier de tarifs négociés en optique pour réduire votre reste à charge (hors panier 100% santé) et, le cas échéant celui de vos bénéficiaires, d'accéder à des équipements de qualité, en vous ouvrant l'accès au réseau de soins optique. Le contrat santé choisi par vos partenaires sociaux dans le cadre de l'avenant n°4 du 15 septembre 2015 modifié à l'Accord National du 10 juin 2008 vous propose 4 niveaux de couverture possibles :

- la garantie « **socle obligatoire conventionnel** » est la garantie obligatoire conventionnelle minimale qui doit être mise en place par votre entreprise ;
- **l'Option 1** apporte en sus du socle des améliorations sur les postes sensibles comme la pharmacie, le dentaire, l'optique et sur la prise en charge des dépenses liées à l'hospitalisation ;
- **les Options 2 et 3** assurent une couverture plus élevée sur les principaux actes médicaux pris en charge par le régime de base et des remboursements spécifiques sur certains actes non pris en charge en optique et en dentaire.

● Un contrat conforme aux exigences de l'ANI

Selon la loi de sécurisation de l'emploi qui retranscrit l'ANI (accord national interprofessionnel) signé le 11 janvier 2013 par les partenaires sociaux, tous les salariés doivent bénéficier d'une couverture complémentaire santé collective et obligatoire.

Cette couverture santé doit proposer un niveau minimal de garanties d'assurance complémentaire santé obligatoire, appelé panier de soins, et prendre en charge le remboursement de :

- l'intégralité du ticket modérateur à la charge des assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire à l'exclusion des cures thermales et des médicaments remboursés à hauteur de 35 % ou 15 % par l'assurance maladie ;
- le forfait journalier hospitalier ;
- l'intégralité des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements des paniers de soins 100% santé en optique, en audiologie et en dentaire ;
- les dépenses de frais dentaires (soins prothétiques et d'orthopédie dento-faciale) à hauteur de 25 % en plus des tarifs de responsabilité ;
- les dépenses de frais d'optique, de manière forfaitaire par période de 2 ans (sauf exceptions réglementaires en cas d'évolution de la vue, pour les enfants de moins de 16 ans, pour les enfants jusqu'à 6 ans et en cas de situations particulières fixées par arrêté).



Le contrat santé choisi par vos partenaires sociaux respecte ces obligations pour chacun des niveaux proposés.

Un contrat solidaire et responsable

Les prestations du présent 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 et médicaments homéopathiques), du forfait patient urgences, du forfait « actes lourds », 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-CO) ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optiques 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, **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.

Tableau des garanties santé

NATURE DES FRAIS	Remboursement Régime de base obligatoire		Remboursement total (y compris régime de base)	Remboursement total (y compris régime de base et socle)		
	Hors Alsace Moselle	Alsace Moselle	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux (y compris téléconsultation, actes techniques)						
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR	220 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR	220 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux	60 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 8 séances/an	60 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Sages-femmes	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Analyses, et examens de laboratoire ⁽²⁾	de 60 % à 100 % BR	de 90 % à 100 % BR	100 % BR	120 % BR	180 % BR	180 % BR
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie						
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	170 % BR	210 % BR	210 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	190 % BR	190 % BR
Actes de prévention ⁽³⁾	de 35 % à 70 % BR	de 35 % à 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie	-	-	30 €/ 1 séance / an / bénéficiaire	30 €/ 2 séances / an / bénéficiaire	30 €/ 4 séances / an / bénéficiaire	30 €/ 4 séances / an / bénéficiaire
Médicaments						
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	65 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	30 % BR	80 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	-	-	20 €/ an / bénéficiaire	30 €/ an / bénéficiaire	40 €/ an / bénéficiaire
- Sevrage tabagique non remboursé par le régime de base (hors et sur prescription médicale)	-	-	-	30 €/ an / bénéficiaire	50 €/ an / bénéficiaire	50 €/ an / bénéficiaire
- Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	-	-	20 €/ an / bénéficiaire	30 €/ an / bénéficiaire	40 €/ an / bénéficiaire
Matériel médical						
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Prothèses et petits appareillages, orthopédie, (sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
- Gros appareillages (sauf prothèses auditives et dentaires)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200% BR	200 % BR	285 % BR + 200 €/an (fauteuil roulant)
HOSPITALISATION						
Frais de séjour	80 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires :						
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	100 % BR	255 % BR	255 % BR	350 % BR	350 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait actes lourds ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgences ⁽⁶⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière y compris en ambulatoire (par jour/bénéficiaire)						
- Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	-	-	25 €/ jour	30 €/ jour	40 €/ jour	75 € / jour pendant 60 jours max/an puis 25 € / jour
- Maternité	-	-	25 €/ jour	55 €/ jour	80 €/ jour	80 €/ jour
- Psychiatrie	-	-	25 €/ jour	30 €/jour	40 €/ jour	75 € / jour pendant 45 jours maxi
Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire)	-	-	-	25 € / jour	35 € / jour	50 € /jour pendant 10 jours maximum/an puis 30 € / jour
Forfait maternité (dans la limite des frais engagés)	-	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS	2/5 PMSS	2/5 PMSS

NATURE DES FRAIS	Remboursement Régime de base obligatoire		Remboursement total (y compris régime de base)	Remboursement total (y compris régime de base et socle)		
	Hors Alsace Moselle	Alsace Moselle	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
OPTIQUE : 1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁷⁾						
Équipements 100% santé (Classe A) ⁽⁸⁾ :						
- Monture	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Verre	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Autres équipements (Classe B) :						
- Monture	60 % BR	90 % BR	ADULTE : 15 € ENFANT : 100 €	100 €	100 €	100 €
- Verre simple ⁽⁹⁾	60 % BR	90 % BR	100 €/verre	100 €/verre	150 €/verre	150 €/verre
- Verre complexe ⁽⁹⁾	60 % BR	90 % BR	175 €/verre	250 €/verre	300 €/verre	300 €/verre
- Verre très complexe ⁽⁹⁾	60 % BR	90 % BR	175 €/verre	250 €/verre	300 €/verre	300 €/verre
Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁸⁾	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Supplément pour verre avec filtre ⁽⁸⁾	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	90 % BR	0 % ou 100 % BR + 100 € / an / bénéficiaire	0 % ou 100 % BR + 150 € / an / bénéficiaire	0 % ou 100 % BR + 200 € / an / bénéficiaire	0 % ou 100 % BR + 200 € / an / bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	-	-	-	-	300 € / an / œil / bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	-	-	-	-	-	300 € / an / œil / bénéficiaire
DENTAIRE						
Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁸⁾	70 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins (hors 100% Santé)	70 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlay Onlay (hors 100% Santé)	70 % BR	90 % BR	125 % BR	200 % BR	225 % BR	250 % BR
Prothèses et inlays core (hors 100% Santé)						
- Inlays core à honoraires maîtrisés ou libres	70 % BR	90 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR	690 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
- Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ou libres	70 % BR	90 % BR	210 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 360 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 450 € / an / bénéficiaire	690 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
- Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base, et Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	-	-	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	90 % ou 100 % BR	160 % BR	160 % BR	230 % BR	300 % BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	-	-	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire
Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	-	-	80 € / an / bénéficiaire	90 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁰⁾						
Équipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1^{er} janvier 2021 ⁽⁸⁾	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	90 % BR	100 % BR	1700 € / oreille	1700 € / oreille	1700 € / oreille
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	90 % BR	100 % BR	1700 € / oreille	1700 € / oreille	1700 € / oreille
CURES THERMALES						
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux, transport, hébergement, surveillance	65 % ou 70 % BR	65 % ou 90 % BR	65 % ou 70 % BR ou 65 % ou 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait thermal complémentaire	-	-	-	-	-	150 € / an / bénéficiaire
DIVERS						
Transports remboursés par le régime de base	65 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Assistance	-	-	inclus	inclus	inclus	inclus
Réseau de soins	-	-	inclus	inclus	inclus	inclus

BR : base de remboursement ; RO : régime obligatoire ; FR : frais réels ; 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 actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

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

(6) Forfait patient urgences : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13- I du code de la sécurité sociale.

(7) 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.

(8) 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.

(9) 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

(10) 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.

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 réduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.