

☐ TABLEAU DES GARANTIES FRAIS DE SANTE

● 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 AGRICAPRÉVOYANCE 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 : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), 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.

Tableau des garanties frais de santé Production agricole

| 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 |
| ● 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" | 65 % BR | 90 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| - Médicaments à service médical rendu "modéré" | 30 % BR | 80 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| - Médicaments à service médical rendu "faible" | 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 |
| ● 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 |



Tableau des garanties frais de santé Production agricole

| 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 ⁽⁶⁾ | | | | | | |
| ● Équipements 100% santé (Classe A) ⁽⁷⁾ : | | | | | | |
| - 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 ⁽⁸⁾ | 60 % BR | 90 % BR | 100 €/verre | 100 €/verre | 150 €/verre | 150 €/verre |
| - Verre complexe ⁽⁸⁾ | 60 % BR | 90 % BR | 175 €/verre | 250 €/verre | 300 €/verre | 300 €/verre |
| - Verre très complexe ⁽⁸⁾ | 60 % BR | 90 % BR | 175 €/verre | 250 €/verre | 300 €/verre | 300 €/verre |
| ● Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁷⁾ | 60 % BR | 90 % BR | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| ● Supplément pour verre avec filtre ⁽⁷⁾ | 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 | - | - | | | | |
| Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil | - | - | - | - | - | 300 € / an / œil / bénéficiaire |
| DENTAIRE | | | | | | |
| ● Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁷⁾⁽⁹⁾ | 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) ⁽¹⁰⁾ | 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 ⁽¹⁰⁾ | 70 % BR | 90 % BR | 125 % BR | 125 % BR | 125 % BR | 690 % BR + 400 € / an / bénéficiaire |
| - Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ou libres ⁽¹⁰⁾ | 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 ⁽¹¹⁾ | | | | | | |
| ● Équipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1^{er} janvier 2021 ⁽⁷⁾ | 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) 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.

(7) 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.

(8) 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 dioptrie
- 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

(9) La mise en place du 100% Santé pour les prothèses dentaires est progressive entre 2020 et 2021. Certaines prothèses qui intégreront le panier 100% Santé au 1^{er} janvier 2021 seront prises en charge au titre des prothèses hors 100% Santé au cours de l'année 2020.

(10) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour les soins et prothèses à honoraires maîtrisés entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire dès lors qu'ils ont pris effet.

(11) A compter du 1^{er} janvier 2021, 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.