

## Accord National des salariés non- cadres en agriculture - Santé Évin

### □ TABLEAU DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ ET BARÈME DE COTISATIONS 2022

## Garantie du socle obligatoire conventionnel

### ● TABLEAU DES GARANTIES SANTÉ, EN VIGUEUR À COMPTER DU 1<sup>er</sup> JANVIER 2022

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.

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
<b>SOINS COURANTS</b>						
<b>Honoraires médicaux (y compris téléconsultation, actes techniques)</b>						
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	90 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR	220 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	90 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR	220 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	60 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
<b>Sages-femmes</b>	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
<b>Analyses, et examens de laboratoire <sup>(2)</sup></b>	de 60 % à 100 % BR	de 90 % à 100 % BR	100 % BR	120 % BR	180 % BR	180 % BR
<b>Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie</b>						
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	90 % BR	100 % BR	170 % BR	210 % BR	210 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	190 % BR	190 % BR
<b>Actes de prévention <sup>(3)</sup></b>	de 35 % à 70 % BR	de 35 % à 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie</b>	-	-	30 €/ 1 séance/ an / bénéficiaire	30 €/ 2 séances / an / bénéficiaire	30 €/ 4 séances / an / bénéficiaire	30 €/ 4 séances / an / bénéficiaire
<b>Médicaments</b>						
- 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
<b>Matériel médical</b>						
- 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)
<b>HOSPITALISATION</b>						
<b>Frais de séjour</b>	80 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Honoraires :</b>						
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % ou 100 % BR	100 % BR	255 % BR	255 % BR	350 % BR	350 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % ou 100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
<b>Forfait actes lourds <sup>(4)</sup></b>	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
<b>Forfait journalier hospitalier <sup>(5)</sup></b>	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
<b>Forfait patient urgences <sup>(6)</sup></b>	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
<b>Chambre particulière y compris en ambulatoire (par jour/bénéficiaire)</b>						
- 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
<b>Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire)</b>	-	-	-	25 € / jour	35 € / jour	50 € / jour pendant 10 jours maximum/an puis 30 € / jour
<b>Forfait maternité (dans la limite des frais engagés)</b>	-	-	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
<b>OPTIQUE : 1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans <sup>(7)</sup></b>						
<b>Equipements 100% santé (Classe A) <sup>(8)</sup> :</b>						
- 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
<b>Autres équipements (Classe B) :</b>						
- Monture	60 % BR	90 % BR	ADULTE : 15 € ENFANT : 100 €	100 €	100 €	100 €
- Verre simple <sup>(9)</sup>	60 % BR	90 % BR	100 €/verre	100 €/verre	150 €/verre	150 €/verre
- Verre complexe <sup>(9)</sup>	60 % BR	90 % BR	175 €/verre	250 €/verre	300 €/verre	300 €/verre
- Verre très complexe <sup>(9)</sup>	60 % BR	90 % BR	175 €/verre	250 €/verre	300 €/verre	300 €/verre
<b>Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B <sup>(8)</sup></b>	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Supplément pour verre avec filtre <sup>(8)</sup></b>	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
<b>DENTAIRE</b>						
<b>Soins et prothèses 100% Santé <sup>(8)</sup></b>	70 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Soins (hors 100% Santé)</b>	70 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Inlay Onlay (hors 100% Santé) <sup>(10)</sup></b>	70 % BR	90 % BR	125 % BR	200 % BR	225 % BR	250 % BR
<b>Prothèses et inlays core (hors 100% Santé)</b>						
- Inlays core à honoraires maîtrisés ou libres <sup>(10)</sup>	70 % BR	90 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR	690 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
- Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ou libres <sup>(10)</sup>	70 % BR	90 % BR	210 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 360 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 450 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 450 € / 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
<b>Orthodontie remboursée par le régime de base</b>	70 % ou 100 % BR	90 % ou 100 % BR	160 % BR	160 % BR	230 % BR	300 % BR
<b>Orthodontie non remboursée par le régime de base</b>	-	-	-	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire
<b>Parodontologie non remboursée par le régime de base</b>	-	-	-	80 € / an / bénéficiaire	90 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
<b>AIDES AUDITIVES <sup>(11)</sup></b>						
<b>Equipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 <sup>(8)</sup></b>	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>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</b>	60 % BR	90 % BR	100 % BR	1700 € / oreille	1700 € / oreille	1700 € / oreille
<b>Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans</b>	60 % BR	90 % BR	100 % BR	1700 € / oreille	1700 € / oreille	1700 € / oreille
<b>CURES THERMALES</b>						
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
<b>DIVERS</b>						
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.

(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.160-13-1 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) 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) 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.

Les tarifs indiqués ci-dessous sont exprimés **mensuellement**, en **euros TTC**. La structure tarifaire proposée est **adulte/ enfant** uniquement.

		HORS ALSACE-MOSELLE			ALSACE-MOSELLE				
		Socle conventionnel	Socle + Option			Socle conventionnel	Socle + Option		
			Option 1	Option 2	Option 3		Option 1	Option 2	Option 3
Adulte		34,70 €	47,20 €	56,70 €	63,70 €	22,40 €	34,70 €	43,70 €	49,10 €
Enfant		19,60 €	24,40 €	28,80 €	33,00 €	8,80 €	13,80 €	18,20 €	21,50 €

**Information :**

Dans le cadre de la loi Évin, vous bénéficiez d'un tarif préférentiel la première année de souscription. Il est identique au tarif global appliqué aux salariés actifs de votre ancienne entreprise (y compris part patronale). Au-delà, il augmente progressivement dans les limites fixées par la réglementation.

- **La deuxième année, votre tarif augmente de 25 %** par rapport au tarif global appliqué aux salariés actifs.
- **La troisième année, votre tarif augmente de 50 %** par rapport au tarif global appliqué aux salariés actifs.
- **Au-delà de la troisième année, votre tarif peut être révisé** conformément aux dispositions figurant dans les Conditions Générales valant Notice d'information de votre contrat.

**Chaque année, vous recevez un courrier vous informant de votre nouvelle cotisation.**