

AVENANT N°6 du 25 septembre 2019

**à l'accord collectif du 1^{er} avril 2015 relatif au régime
remboursement de frais de santé**

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DES PERSONNELS FAMILLE RURALES**

Entre :

D'une part,

ENTRE LES SOUSSIGNES :

Les organisations syndicales (CGT, CFDT, FO) siégeant à la Commission paritaire nationale et représentant l'ensemble du personnel salarié travaillant dans le cadre des associations et fédérations FAMILLES RURALES

Et d'autre part,

Les associations FAMILLES RURALES, les fédérations régionales, départementales, la fédération nationale, représentées par le collège employeur siégeant au sein de la Commission paritaire nationale

PREAMBULE

Le présent avenant a pour objet :

- de modifier la notion d'ayants droit des salariés bénéficiaires du régime conventionnel afin de l'adapter à la législation relative à la protection universelle maladie (PUMa),
- de reconduire le taux d'appel fixé à 80% de l'ensemble des cotisations à l'exception des conjoints à compter du 01.01.2020 jusqu'au 31.12.2020 ;
- de modifier les garanties de remboursement complémentaires de frais de soins de santé pour mettre en œuvre la réforme du « 100% santé » instaurée par la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, le **décret n°2019-65 du 31 janvier 2019** adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L.911-7 du code de la Sécurité Sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé et le **décret n°2019-21 du 11 janvier 2019** visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et à adapter le contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales (cahier des charges « Contrat responsable »)

ARTICLE 1 : DEFINITION DES AYANTS DROIT

A compter de la date d'effet du présent avenant, les dispositions qui suivent remplacent celles contenues à l'article 3.2 « Ayants droit » de l'accord collectif du 1^{er} avril 2015 :

« L'adhésion du salarié entraîne la couverture à titre obligatoire de ses ayants droit ci-dessous définis

- Enfant légitime, naturel, reconnu ou adoptif à charge de l'assuré au sens de la Sécurité sociale, ou à la charge de son conjoint non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, de son concubin ou partenaire de PACS.
- Le nouveau-né ou l'enfant adopté est garanti dès le jour de la naissance ou de l'adoption, sous réserve que la demande soit adressée à l'organisme assureur gestionnaire dans les trente jours qui suivent l'événement. Les enfants jusqu'au jour de leur 28^{ème} anniversaire satisfaisant au moins une des conditions suivantes :
 - o étudiants percevant une rémunération au plus trois mois dans l'année ou, à défaut, n'excédant pas 60% du SMIC
 - o en situation de handicap et percevant une allocation prévue par la loi du 30 juin 1975
 - o à la recherche d'un 1^{er} emploi et inscrits en tant que tels à Pôle Emploi.

Par ailleurs, la notion de conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale disparaissant, le périmètre des bénéficiaires ayant accès au régime a été étendu : le conjoint, concubin ou partenaire de PACS du salarié peut adhérer à titre facultatif au présent régime, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante. »

ARTICLE 2 : RECONDUCTION DU TAUX D'APPEL

A l'article 7.3 de l'accord collectif du 1^{er} avril 2015, les dispositions afférentes au taux d'appel sont remplacées comme suit :

« Il est fixé un taux d'appel à 80%. Celui-ci s'applique à l'ensemble des cotisations à l'exception des conjoints, à compter du 01 janvier 2020 jusqu'au 31 décembre 2020. Ce taux d'appel est reconductible en fonction des résultats du régime frais de santé et du niveau de la réserve.

Ainsi les taux appelés au 1^{er} janvier 2020 sont les suivants :

	<i>Cotisation 2020 (taux d'appel 80%)</i>
<i>Régime général (y compris régime agricole)</i>	<i>2,52% du PMSS</i>
<i>Régime Alsace-Moselle (y compris régime agricole)</i>	<i>1,77% du PMSS</i>

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

»

ARTICLE 3 : MODIFICATION DES GARANTIES

A compter de la date d'effet du présent avenant, le tableau des garanties figurant en annexe de l'accord collectif du 1^{er} avril 2015, tel que modifié par l'avenant n°3 du 21 novembre 2017 est modifié comme suit :

		Remboursement Sécurité sociale Régime Général et MSA	Garanties conventionnelles Familles Rurales	Total remboursement Sécurité sociale + Base conventionnelle Familles Rurales
Hospitalisation	Secteur conventionné			
	Frais de séjour	80% / 100% BR	300% BR	380% BR / 400% BR
	Honoraires Optam / Optam-Co*	80% / 100% BR	300% BR	380% BR / 400% BR
	Honoraires non Optam*	80% / 100% BR	100% BR	180% BR / 200% BR
	Forfait hospitalisation	Néant	100% FR	100% FR
	Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds > 120 €	Néant	prise en charge intégrale du forfait	prise en charge intégrale du forfait
	Chambre particulière	Néant	70€ / jour	
	Lit accompagnement enfants	Néant	70€ / jour	
	Transport	65% BR	35% BR	100% BR
	Secteur non conventionné			
Honoraires	80% TA	TM	100% TA	
Frais de séjour	Néant	TM	TM	
Soins courants	Consultations - visites généralistes - OPTAM/OPTAM CO	70% BR	70% BR	140% BR
	Consultations - visites généralistes - non OPTAM/non OPTAM CO	70% BR	50% BR	120% BR
	Consultations - visites spécialistes - OPTAM/OPTAM CO	70% BR	100% BR	170% BR
	Consultations - visites spécialistes - non OPTAM/non OPTAM CO	70% BR	80% BR	150% BR
	Analyses et examens de biologie	60% BR	40% BR ⁽¹⁾	100% BR
	Radiologie - OPTAM	70% BR	80% BR	150% BR
	Radiologie - non OPTAM	70% BR	60% BR	130% BR
	Auxiliaires médicaux	60% BR	40% BR ⁽¹⁾	100% BR
	Actes techniques médicaux - OPTAM/OPTAM CO	70% BR	80% BR	150% BR
	Actes techniques médicaux - non OPTAM/non OPTAM CO	70% BR	60% BR	130% BR
Pharmacie	Pharmacie à 65%	65% BR	35% BR ⁽¹⁾	100% BR
	Pharmacie à 30%	30% BR	70% BR ⁽¹⁾	100% BR
	Pharmacie à 15%	15% BR	85% BR ⁽¹⁾	100% BR

Périodicité de prise en charge d'un équipement optique⁽²⁾ : une fois tous les 2 ans pour les enfants et adultes de 16 ans et plus, une fois par an pour les enfants âgés de moins de 16 ans ou une fois tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'évolution de la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur

Monture

Classe A (100% Santé)

60% BR

100% PLV – 60% BR

100% PLV

Classe B

60% BR

100 € - 60 % BR

100 €

Verres

Classe A (100% Santé)

60% BR

100% PLV – 60% BR

100% PLV

Classe B

60% BR

Verre simple : 95 € - 60% BR
Verre complexe : 260 € - 60% BR
Verre très complexe : 325 € - 60% BR

Verre simple : 95 €
Verre complexe : 260 €
Verre très complexe : 325 €

Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A et B

60% BR

100% BR dans la limite des PLV

Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)

60% BR

40% BR

100% BR

Lentilles

60% BR / Néant

200 €

200€ - TM / 100% BR

Chirurgie réfractive

Néant

600€ par œil / an / bénéficiaire

Soins dentaires

70% BR

30% BR⁽¹⁾

100% BR

Soins et Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale :

100% Santé

70% BR

100% PLV – 70 % BR

100% PLV

Panier Reste à charge maîtrisé

Prothèses dentaires (y compris Inlay-Onlay)

70% BR

400% BR dans la limite de 100% PLV – 70% BR

470% BR dans la limite de 100% PLV

Panier libre

Prothèses dentaires (y compris Inlay-Onlay)

70% BR

400% BR

470% BR

Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale

100% BR

400% BR

500% BR

Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale

Parodontologie

Implants

Néant

Crédit annuel 1 000€ par bénéficiaire

Optique

Dentaire

	Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale			
Autres prothèses	Autres prothèses remboursées par la Sécurité sociale	60% BR	300% BR	360% BR
	Aide auditive remboursée par la SS			
	Périodicité de prise en charge : 1 fois tous les 4 ans par oreille à compter du 1er janvier 2021			
	Classe I (100% Santé)			
	A compter du 01.01.2020 : Adulte	60% BR	37% PMSS - 60% BR / oreille	37% PMSS / oreille
	Enfant	60% BR	150% PMSS - 60% BR / oreille	150% PMSS / oreille
	A compter du 01.01.2021 : Sans distinction adulte / enfant	60% BR	100% PLV – 60% BR	100% PLV
	Classe II			
	A compter du 01.01.2020 : Adulte	60% BR	37% PMSS - 60% BR / oreille	37% PMSS / oreille
	Enfant	60% BR	150% PMSS - 60% BR / oreille	150% PMSS / oreille
Divers	A compter du 01.01.2021 : Adulte	60% BR	37% PMSS - 60% BR / oreille dans la limite de 1700€ / oreille	37% PMSS / oreille dans la limite de 1700€ / oreille
	Enfant	60% BR	50% PMSS - 60% BR / oreille dans la limite de 1700€ / oreille	50% PMSS / oreille dans la limite de 1700€ / oreille
	Piles remboursées par la SS	60% BR	30% BR	100% BR
	Cure thermale acceptée SS	65% BR	35% BR + 500€	100% BR + 500€
	Forfait maternité	Néant	500€ / enfant	
	Spécialités non remboursées par la Sécurité sociale (ostéopathes, chiropracteurs, podologues, acupuncteurs, diététiciens, psychologues, psychomotricien)	Néant	Forfait de 25€ / acte, plafonné à 100€ / an / bénéficiaire	
	Frais de prévention réglementaire	Néant	Prise en charge des actes de prévention dans la limite de 100% TM	

		Remboursement Sécurité sociale Régime Local d'Alsace Moselle	Garanties conventionnelles Familles Rurales	Total remboursement Sécurité sociale + Base conventionnelle Familles Rurales
fHospitalisation	Secteur conventionné			
	Frais de séjour	100% BR	300% BR	400% BR
	Honoraires Optam / Optam-Co*	100% BR	300% BR	400% BR
	Honoraires non Optam*	100% BR	100% BR	200% BR
	Forfait hospitalisation	100% BR	100% FR	100% FR
	Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds > 120 €	Néant	prise en charge intégrale du forfait	prise en charge intégrale du forfait
	Chambre particulière	Néant	70€ / jour	
	Lit accompagnement enfants	Néant	70€ / jour	

	Transport	90% BR	10% BR	100% BR
	Secteur non conventionné			
	Honoraires	80% TA	TM	100% TA
	Frais de séjour	Néant	TM	
Soins courants	Consultations - visites généralistes - OPTAM/OPTAM CO	90% BR	50% BR	140% BR
	Consultations - visites généralistes - non OPTAM/non OPTAM CO	90% BR	30% BR	120% BR
	Consultations - visites spécialistes - OPTAM/OPTAM CO	90% BR	80% BR	170% BR
	Consultations - visites spécialistes - non OPTAM/non OPTAM CO	90% BR	60% BR	150% BR
	Analyses et examens de biologie	90% BR	10% BR ⁽¹⁾	100% BR
	Radiologie - OPTAM	90% BR	60% BR	150% BR
	Radiologie - non OPTAM	90% BR	40% BR	130% BR
	Auxiliaires médicaux	90% BR	10% BR ⁽¹⁾	100% BR
	Actes techniques médicaux - OPTAM/OPTAM CO	90% BR	60% BR	150% BR
	Actes techniques médicaux - non OPTAM/non OPTAM CO	90% BR	40% BR	130% BR
Pharmacie	Pharmacie à 90%	90% BR	10% BR ⁽¹⁾	100% BR
	Pharmacie à 80%	80% BR	20% BR ⁽¹⁾	100% BR
	Pharmacie à 15%	15% BR	85% BR ⁽¹⁾	100% BR
Optique	Périodicité de prise en charge d'un équipement optique ⁽²⁾ : une fois tous les 2 ans pour les enfants et adultes de 16 ans et plus, une fois par an pour les enfants âgés de moins de 16 ans ou une fois tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'évolution de la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur			
	Monture			
	Classe A (100% Santé)	90% BR	100% PLV – 90% BR	100% PLV
	Classe B	90% BR	100€ - 90% BR	100 €
	Verres			
	Classe A (100% Santé)	90% BR	100% PLV – 90% BR	100% PLV
	Classe B	90% BR	Verre simple : 95 € - 90% BR Verre complexe : 260 € - 90% BR Verre très complexe : 325 € - 90% BR	Verre simple : 95 € Verre complexe : 260 € Verre très complexe : 325 €
	Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A et B	90%	100% BR dans la limite des PLV	

	Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	90%	10% BR	100% BR
	Lentilles	90% BR / Néant	200 €	100% BR / Néant + 200€ - TM
	Chirurgie réfractive	Néant	600€ par œil / an / bénéficiaire	
	Soins dentaires	90% BR	10% BR ⁽¹⁾	100% BR
Dentaire	Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale :			
	100% Santé	90% BR	100% PLV – 90% BR	100% PLV
	Panier Reste à charge maîtrisé Prothèses dentaires (y compris Inlay / Onlay)	90% BR	380% BR dans la limite de 100% PLV – 90% BR	470% BR dans la limite de 100% PLV
	Panier libre Prothèses dentaires (y compris Inlay / Onlay)	90% BR	380% BR	470% BR
	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100% BR	400% BR	500% BR
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	Néant	Crédit annuel 1 000€ par bénéficiaire	
	Parodontologie			
	Implants			
	Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale			
	Autres prothèses	Autres prothèses remboursées par la Sécurité sociale	90% BR	270% BR
Aide auditive remboursée par la SS				
Périodicité de prise en charge : 1 fois tous les 4 ans par oreille à compter du 1er janvier 2021				
Classe I (100% Santé)				
A compter du 01.01.2020 : Adulte		90% BR	37% PMSS - 90% BR / oreille	37% PMSS / oreille
Enfant		90% BR	150% PMSS - 90% BR / oreille	150% PMSS / oreille
A compter du 01.01.2021 : Sans distinction adulte / enfant		90% BR	100% PLV – 90% BR	100% PLV
Classe II				
A compter du 01.01.2020 : Adulte		90% BR	37% PMSS - 90% BR / oreille	37% PMSS / oreille
Enfant		90% BR	150% PMSS - 90% BR / oreille	150% PMSS / oreille
A compter du 01.01.2021 : Adulte	90% BR	37% PMSS - 90% BR / oreille dans la limite de 1700€ / oreille	37% PMSS / oreille dans la limite de 1700€ / oreille	
Enfant	90% BR	50% PMSS - 90% BR / oreille dans la limite de 1700€ / oreille	50% PMSS / oreille dans la limite de 1700€ / oreille	
Piles remboursées par la SS	90% BR	10% BR	100% BR	
Divers	Cure thermale acceptée SS	90% BR	10% BR + 500€	100% BR + 500€

	Forfait maternité	Néant	500€ / enfant
	Spécialités non remboursées par la Sécurité sociale (ostéopathes, chiropracteurs, podologues, acupuncteurs, diététiciens, psychologues, psychomotricien)	Néant	Forfait de 25€ / acte, plafonné à 100€ / an / bénéficiaire
	Frais de prévention réglementaire	Néant	Prise en charge des actes de prévention dans la limite de 100% TM

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

TM : Ticket modérateur

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

TA : tarif d'autorité

Optam / Optam-Co : Option Pratique

Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique

Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie

Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1er janvier 2017 le Contrat d'Accès aux Soins.

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 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 (sphère + cylindre) 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 (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.

Verres très complexes :

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 0.00 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 (sphère + cylindre) est supérieure à 8.00 dioptries.

⁽¹⁾ équivaut à 100% du TM

⁽²⁾ **périodicité réduite en cas de dégradation des performances oculaires :**

- une fois par an pour les adultes et enfants de 16 ans et plus pour la monture et les verres (avec justificatif d'une nouvelle prescription médicale ou prescription médicale adaptée par l'opticien)

- aucun délai pour les enfants de moins de 16 ans pour les verres (avec justificatif d'une nouvelle prescription médicale) ;

périodicité réduite en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales

particulières (liste établie) : aucun délai pour les verres (sous condition de nouvelle prescription médicale mentionnant la situation médicale particulière)

ARTICLE 4 : APPLICATION DE L'AVENANT AUX ENTREPRISES DE MOINS DE 50 SALARIÉS

Compte-tenu de la nature et de l'objet du présent avenant, les partenaires sociaux confirment ne pas avoir entendu prendre de stipulations spécifiques à l'égard des entreprises de moins de 50 salariés, dès lors que le présent avenant vise à modifier le régime conventionnel de remboursement de frais de soins de santé dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective, et ce quelle que soit la taille de leur entreprise.

Le présent avenant s'applique donc à l'ensemble des entreprises visées dans son champ d'application quel que soit leur effectif.

ARTICLE 5 : DATE D'EFFET

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Il pourra être modifié ou dénoncé conformément aux dispositions du code du travail.

ARTICLE 6 : DEPÔT

Le présent avenant sera déposé en deux exemplaires (une version sur support papier signé des parties et une version sur support électronique) auprès des services centraux du ministère chargé du travail dans les conditions prévues aux articles L.2231-6 et D.2231-2 et suivants du code du travail.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Fait en 11 exemplaires originaux,

A Paris, le 25 septembre 2019

Pour le collège patronal : (membres élus en Assemblée Générale de la Fédération nationale)

Michel PILLON

Sylvain BRELOT

Marie-Agnès BESNARD

Daniel FONTAINE

Bernard GAZON

Monique ROUSSEAU

Pour le collège syndical

FGA-CFDT :

FNAS-FO :

CGT :