

Résumé des garanties

Convention Collective Nationale des personnels des activités hippiques (IDCC 7026)

Ensemble du personnel

En vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Mutualité Sociale Agricole, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Abréviations :

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire.

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

RMSA : Remboursement Mutualité Sociale Agricole = montant remboursé et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

DPTM (Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO.

- OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée.

- OPTAM-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée - Chirurgie obstétrique.

€ : Euro

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

Nature des frais		Régime de base	Option facultative
Hospitalisation			
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité			
Frais de séjour		100 % BR	–
Forfait Patient Urgences (FPU)		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	–
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	–
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	–
Honoraires			–
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	Adhérents DPTM :	130 % BR	+ 120 % BR
	Non adhérents DPTM :	110 % BR	+ 90 % BR
Chambre particulière		1 % du PMSS par jour	+ 1 % du PMSS par jour
Transport			
Transport remboursé MSA		100 % BR	–
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Remboursés MSA			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	100 % BR	–
	Non adhérents DPTM :	100 % BR	–
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	100 % BR	+ 100 % BR
	Non adhérents DPTM :	100 % BR	+ 80 % BR
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM :	100 % BR	+ 100 % BR
	Non adhérents DPTM :	100 % BR	+ 80 % BR
Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM :	100 % BR	+ 100 % BR
	Non adhérents DPTM :	100 % BR	+ 80 % BR

Nature des frais		Régime de base	Option facultative
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM:	100 % BR	+ 100 % BR
	Non adhérents DPTM:	100 % BR	+ 80 % BR
Non remboursés MSA			
Chiropractie, ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		30 € par acte limité à 4 actes par année civile	+ 10 € par acte limité à 4 actes par année civile + 1 acte de 40 €
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés MSA)		100 % BR	–
Psychologues (actes remboursés SS)		100 % BR	–
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés MSA		100 % BR	+ 100 % BR
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	–
Médicaments			
Remboursés MSA		100 % BR	–
Pharmacie (hors médicaments)			
Remboursée MSA		100 % BR	–
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		250 % BR	+ 100 % BR
Actes de prévention			
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % de la BR	–
Santé bucco-dentaire			
Campagne d'incitation à une consultation de prévention bucco-dentaire à des âges clés.		Nature de l'action : examen bucco-dentaire de prévention à 35 ans et à 55 ans. Bénéficiaires : les personnes assurées au titre du présent régime (assuré principal et ayant droit le cas échéant). Niveau de prise en charge : selon conditions contractuelles prévues au poste dentaire du présent tableau de garantie.	–
Actions en lien avec le traitement des cancers et la prévention de leurs récives			
Aide à la décision thérapeutique, notamment opératoire, d'un cancer (la pertinence médicale de cette aide est subordonnée à l'avis des médecins en charge du patient (oncologues ; chirurgien...)).		Nature de l'action : prise en charge d'un forfait d'acte d'analyse aboutissant à la modélisation 3D des structures anatomiques et pathologiques d'un patient visibles à partir de son image médicale 3D (Scanner ou IRM) pour un patient ayant une suspicion de cancer opérable. Bénéficiaires : les personnes assurées au titre du présent régime (assuré principal et ayant droit le cas échéant). Niveau de prise en charge : à hauteur de 650 € HT/acte.	–

Nature des frais	Régime de base	Option facultative
Prévention des récidives de cancers	Nature de l'action : programme d'accompagnement progressif et personnalisé de lutte contre les récidives après un traitement de cancers à partir des interventions non médicamenteuses suivantes : activité physique adaptée, alimentation et engagement motivationnel. Accompagnement d'une durée de 3 à 12 mois selon un niveau d'intervention et de progression défini par les professionnels de santé du programme. Bénéficiaires : les personnes assurées au titre du présent régime (assuré principal et ayant droit le cas échéant). Niveau de prise en charge : prise en charge totale et directe du coût du programme.	-
Bilans de prévention		
Bilan de prévention personnel	Nature de l'action : accès à un bilan personnel de prévention en ligne permettant une analyse des habitudes de vie et des conseils personnalisés en prévention. Bénéficiaires : les personnes assurées au titre du présent régime (assuré principal et ayant droit le cas échéant). Niveau de prise en charge : prise en charge totale et directe du coût du programme.	-
Aides auditives		
Équipements 100 % Santé ⁽²⁾		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	RMSA + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la MSA, dans la limite des PLV ⁽³⁾	-
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)		
Équipements libres ⁽⁴⁾		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	250 % BR ⁽³⁾	+ 100 % BR
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	120 % BR ⁽³⁾	-
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés MSA ⁽¹⁾	100 % BR	-
Dentaire		
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽⁵⁾		
Inlay core	RMSA + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la MSA, dans la limite des HLF	-
Autres appareillages prothétiques dentaires		
Prothèses		
Panier maîtrisé ⁽⁶⁾		
Inlay, onlay ⁽⁷⁾	420 % BR dans la limite des HLF	-
Inlay core ⁽⁷⁾	420 % BR dans la limite des HLF	-

Nature des frais	Régime de base	Option facultative
Autres appareillages prothétiques dentaires ⁽⁷⁾	420 % BR dans la limite des HLF	–
Panier libre ⁽⁸⁾		
Inlay, onlay ⁽⁷⁾	420 % BR	–
Inlay core ⁽⁷⁾	420 % BR	–
Autres appareillages prothétiques dentaires ⁽⁷⁾	420 % BR	–
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention ⁽⁷⁾	420 % BR	–
Autres actes dentaires remboursés MSA		
Orthodontie remboursée Sécurité sociale ⁽⁷⁾	420 % BR	–
Actes non remboursés par la Sécurité sociale		
Implants dentaires	–	750 € par implant
Optique		
Équipements 100 % Santé ⁽⁹⁾		
Monture de classe A		
Adulte et Enfant de 16 ans et + ⁽¹⁰⁾	RMSA + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la MSA, dans la limite des PLV	–
Enfant – de 16 ans ⁽¹⁰⁾		
Verres de classe A		
Adulte et Enfant de 16 ans et + ⁽¹⁰⁾	RMSA + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la MSA, dans la limite des PLV	–
Enfant – de 16 ans ⁽¹⁰⁾		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RMSA + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la MSA, dans la limite des PLV	–
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RMSA + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la MSA, dans la limite des PLV	–
Équipements libres ⁽¹¹⁾		
Monture de classe B		
Adulte et Enfant de 16 ans et + ⁽¹⁰⁾	100 €	–
Enfant – de 16 ans ⁽¹⁰⁾	100 €	–
Verres de classe B		
Adulte et Enfant de 16 ans et + ⁽¹⁰⁾	Montants indiqués dans la « Grille optique » page 6, en fonction du type de verres	Montants indiqués dans la « Grille optique » page 6, en fonction du type de verres
Enfant – de 16 ans ⁽¹⁰⁾		
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100 % BR dans la limite des PLV	–
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	–
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	–
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	–

Nature des frais	Régime de base	Option facultative
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la MSA	100 % BR + 3 % du PMSS par année civile	100 % BR + Crédit de 2 % du PMSS par année civile
Lentilles refusées par la MSA (y compris lentilles jetables)	3 % du PMSS par année civile	100 % BR + Crédit de 2 % du PMSS par année civile
Chirurgie réfractive	–	500 € par œil
Autres frais		
Cure thermale remboursée MSA		
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	–
Télésurveillance médicale remboursée SS (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR	–

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du Code de la Sécurité sociale.

- (1) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14/11/2018.
- (2) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
- (3) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).
- (4) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement.
S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RMSA inclus au 01/01/2021).
- (5) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement : à compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.
- (6) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.
- (7) Lorsque le régime de base de la MSA effectue des remboursements au titre du risque « accident du travail » le taux de prise en charge est limité à 400 % BR.
- (8) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.
- (9) Équipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % Santé », tels que définis réglementairement.
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.
- (10) Conditions de renouvellement de l'équipement :
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale et rappelées ci-après :
 - Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
 - Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
 - Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.
Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.
 - Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :
 - variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
 - variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
 - somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
 - variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
 - variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
 - variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du Code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

 - Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.
 - Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :
 - les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ; hypertension intraoculaire isolée ; DMLA et atteintes maculaires évolutives ; rétinopathie diabétique ; opération de la cataracte datant de moins de 1 an ; cataracte évolutive à composante réfractive ; tumeurs oculaires et palpébrales ; antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ; antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ; greffe de cornée datant de moins de 1 an ; kératocône évolutif ; kératopathies évolutives ; dystrophie cornéenne ; amblyopie ; diplopie récente ou évolutive ;
 - les troubles de réfraction associés à une pathologie générale : diabète ; maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ; hypertension artérielle mal contrôlée ; sida ; affections neurologiques à composante oculaire ; cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
 - les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours : corticoïdes ; antipaludéens de synthèse ; tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

 - une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
 - une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.- (11) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement.
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Grille optique « verres de classe B »

Verres Unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RMSA inclus)			
			Régime de base		Option facultative	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant de -16 ans de 16 ans et +	Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant de -16 ans de 16 ans et +
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 *	65 €	65 €	+ 55 €	+ 55 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	140 €	140 €	+ 110 €	+ 110 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	65 €	65 €	+ 55 €	+ 55 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	65 €	65 €	+ 55 €	+ 55 €
		SPH > 0 et S > + 6	140 €	140 €	+ 110 €	+ 110 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	140 €	140 €	+ 110 €	+ 110 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	140 €	140 €	+ 110 €	+ 110 €
Multifocaux et Progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	140 €	140 €	+ 110 €	+ 110 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	350 €	350 €	-	-
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	140 €	140 €	+ 110 €	+ 110 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	140 €	140 €	+ 110 €	+ 110 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	350 €	350 €	-	-
		SPH > 0 et S > + 8	350 €	350 €	-	-
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	350 €	350 €	-	-

* Le verre neutre est compris dans cette classe.