

**Convention collective nationale**

IDCC : 7517. – **INGÉNIEURS ET CADRES  
D'EXPLOITATIONS AGRICOLES**  
(2 avril 1952)

(Etendue par arrêté du 13 octobre 1953,  
*Journal officiel* 28 octobre 1953)

**AVENANT N° 37 DU 24 OCTOBRE 2006 (1)**

NOR : *AGRS0797032M*  
IDCC : 7517

Entre :

La fédération nationale de la propriété privée rurale ;  
La fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles ;  
La fédération nationale du bois ;  
Les entrepreneurs des territoires ;  
L'union nationale des entrepreneurs du paysage,

D'une part, et

Le syndicat national des cadres d'entreprises agricoles (SNCEA)  
CFE-CGC ;

La fédération de l'agriculture CFTC (CFTC-AGRI) ;  
La fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et  
des secteurs connexes (FGTA) FO ;  
La fédération générale agroalimentaire (FGA) CFDT ;  
La fédération nationale agroalimentaire et forestière (FNAF) CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Article 1<sup>er</sup>**

L'annexe II de la convention collective nationale de prévoyance des ingénieurs et cadres d'entreprises agricoles du 2 avril 1952 est modifiée comme suit :

Après le 1<sup>er</sup> alinéa de l'article 25, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ces remboursements s'inscrivent dans le respect du parcours de soins par le membre cotisant et ses ayants droit. Les pénalités financières résultant du non-respect du parcours de soins ou du refus d'accès au dossier médical personnalisé sont exclues de la garantie. »

(1) La procédure d'extension de ce texte a été engagée.

Les tableaux des remboursements de la garantie assurance maladie figurant à l'annexe II-1 de la convention collective nationale de prévoyance des ingénieurs et cadres d'entreprises agricoles du 2 avril 1952 sont remplacés par les tableaux annexés au présent avenant.

## Article 2

Ces modifications prennent effet au 1<sup>er</sup> juillet 2006, conformément aux dispositions de l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

### ANNEXE II-1

**Tableau des remboursements (hors Alsace/Moselle)  
Garantie frais de santé conventionnelle**

REMBOURSEMENTS exprimés en % de la base de remboursement (BR) (1)	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT de garantie frais de santé conventionnelle
Frais médicaux – consultation d'un médecin ou d'un spécialiste – radiographie – auxiliaire médical, analyses – soins, actes techniques (2)	70 %  70 % 60 % de 60 à 70 %	30 %  30 % 40 % de 30 à 40 % (3)
Pharmacie remboursable – médicaments remboursables	de 15 % à 65 %	de 35 à 85 % (3)
Optique (4) – Verres, monture, étui, lentilles, prise en charge acceptée	65 %	390 % + crédit de 45,73 € par an et par bénéfi- ciaire
Dentaire – prothèse dentaire	70 %	140 %
Appareillage – prothèse auditive – fourniture médicale, pansements – gros et petit appareillage, autres prothèses	65 % 65 % 65 %	390 % 35 % 35 %
Forfait actes lourds (18 €)	–	100 % du forfait

REMBOURSEMENTS exprimés en % de la base de remboursement (BR) (1)	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT de garantie frais de santé conventionnelle
Hospitalisation (secteur conventionné ou non) - frais de soins et de séjour - dépassement d'honoraires - chambre particulière  - frais d'accompagnant  - forfait hospitalier	de 80 à 100 % - - - -	de 0 à 20 % (3) 220 % 40 €/jour limité à 60 jours/bénéficiaire/an 20 €/jour limité à 30 jours/bénéficiaire/an  100 % dès le 1 <sup>er</sup> jour
Maternité (secteur conventionné ou non) - frais de soins et de séjour - dépassement d'honoraires et chambre particulière	100 % -	- crédit d'un tiers du PMSS (5)/bénéficiaire/maternité
Psychiatrie (secteur conventionné ou non) - frais de soins et de séjour - dépassement d'honoraires et chambre particulière  - forfait hospitalier	de 80 % à 100 % - -	de 0 à 20 % (3) Crédit d'un tiers du PMSS (5)/an/bénéficiaire  100 % dès le 1 <sup>er</sup> jour
Cures thermales - honoraires de surveillance médicale - frais de traitements thermaux	70 % 65 %	30 % 35 %
Transport - tout type (sauf cure thermique), prise en charge acceptée	65 %	35 %
(1) BR, base de remboursement : désigne l'ensemble des éléments tarifaires sur lequel le régime de base applique un taux (de 0 à 100 %) pour déterminer le niveau de son remboursement ; (2) Y compris actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention ; (3) Suivant la prise en charge du régime de base ; (4) Pour l'ensemble du poste optique, un seul crédit de 45,73 € peut être accordé par an et par bénéficiaire ; (5) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.		

A noter :

Le total des remboursements est limité aux frais réels ;

La garantie frais de santé conventionnelle n'intervient pas pour des soins qui ne sont pas acceptés par le régime de base.

Les remboursements complémentaires s'inscrivent dans le respect du parcours de soins institué par la loi du 13 août 2004.

Hors parcours de soins, les pénalités financières prévues par la loi restent à la charge de l'assuré.

**Tableau des remboursements (Alsace-Moselle)  
Garantie frais de santé conventionnelle**

REMBOURSEMENTS exprimés en % de la base de remboursement (BR) (1)	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT de garantie frais de santé conventionnelle
Frais médicaux – consultation d'un médecin ou d'un spécialiste – radiographie – auxiliaire médical, analyses – soins, actes techniques (2)	90 % 90 % 90 % 90 %	40 % 40 % 10 % 40 %
Pharmacie remboursable – médicaments remboursables	90 %	10 %
Optique (3) – Verres, monture, étui, lentilles, prise en charge acceptée	90 %	540 % + crédit de 26,68 € par an et par bénéfi- ciaire
Dentaire – prothèse dentaire – orthodontie	90 % 100 %	180 % 40 %
Appareillage – prothèse auditive – fourniture médicale, pansements PEC acceptée – gros et petit appareillage, autres prothèses PEC acceptée	90 % 90 % 90 %	540 % 40 % 10 %
Hospitalisation (secteur conven- tionné ou non) – frais de soins et de séjour – dépassement d'honoraires – chambre particulière  – frais d'accompagnant	100 % – –  –	– 220 % 40 €/jour limité à 60 jours/bénéficiaire/an  20 €/jour limité à 30 jours/bénéficiaire/an

REMBOURSEMENTS exprimés en % de la base de remboursement (BR) (1)	REMBOURSEMENT régime de base	REMBOURSEMENT de garantie frais de santé conventionnelle
Maternité (secteur conventionné ou non) - frais de soins et de séjour - dépassement d'honoraires et chambre particulière	100 % -	1/3 PMSS (4)/bénéficiaire/ maternité -
Psychiatrie (secteur conventionné ou non) - frais de soins et de séjour - dépassement d'honoraires et supplément pour chambre particulière	100 % -	1/3 PMSS (4)/bénéficiaire/ maternité
Cures thermales - honoraires de surveillance médicale - frais de traitements thermaux	90 % 90 %	40 % 40 %
Transport - tout type (sauf cure thermique), PEC acceptée	90 %	10 %
<p>(1) BR, base de remboursement : désigne l'ensemble des éléments tarifaires sur lequel le régime de base applique un taux (de 0 à 100 %) pour déterminer le niveau de son remboursement ;</p> <p>(2) Y compris actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention ;</p> <p>(3) Suivant la prise en charge du régime de base ;</p> <p>(4) Pour l'ensemble du poste optique, un seul crédit de 26,68 € peut être accordé par an et par bénéficiaire ;</p> <p>(5) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.</p>		

A noter :

Le total des remboursements est limité aux frais réels ;

La garantie frais de santé conventionnelle n'intervient pas pour des soins qui ne sont pas acceptés par le régime de base.

Les remboursements complémentaires s'inscrivent dans le respect du parcours de soins institué par la loi du 13 août 2004.

Hors parcours de soins, les pénalités financières prévues par la loi restent à la charge de l'assuré.

### Article 3

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 24 octobre 2006.

(Suivent les signatures.)