

Convention collective départementale

IDCC : **9811** | **EXPLOITATIONS AGRICOLES**  
**(Tarn)**

**(6 mai 2002)**

(Étendue par arrêté du 18 décembre 2002,  
*Journal officiel* du 17 janvier 2003)

## Avenant n° 49 du 14 janvier 2020

NOR : AGRS2097188M

IDCC : 9811

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

**Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles,**  
d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**Syndicat général des salariés de l'agroalimentaire CFDT ;**  
**Fédération générale agroalimentaire et forestière CGT Tarn ;**  
**Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles CFE-CGC ;**  
**Fédération CFTC Agri,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### Préambule

Ayant pris acte de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale, les organisations professionnelles d'employeurs et de salariés sont convenues d'adapter les montants des prestations complémentaires santé concernées du régime conventionnel obligatoire et ses garanties de complémentaire santé instaurées par l'accord du 3 juillet 2009.

*(Voir page suivante.)*

## Article 1<sup>er</sup>

Les dispositions du tableau de garanties intégré au sein de l'annexe 5 de la convention collective du 6 mai 2002 sont modifiées comme suit :

		REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE (incluant le remboursement du régime de base)
		Socle conventionnel (incluant les remboursements du régime général MSA)
SOINS COURANTS	<b>SOINS COURANTS</b>	
	<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>	
	Consultations, visites généralistes	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR
	- Autres praticiens (1)	100% BR
	Consultations, visites spécialistes	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR
	- Autres praticiens (1)	100% BR
	Actes techniques médicaux et d'échographie	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR
	- Autres praticiens (1)	100% BR
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR
	- Autres praticiens (1)	100% BR
	Actes de sages-femmes	100% BR
	<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>	
	Analyses et examens de laboratoire	100% BR
	<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b>	
	Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	100% BR
	<b>MEDICAMENTS REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE</b>	100% BR
	<b>MATERIEL MEDICAL</b>	
	Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	100% BR
	Achat véhicule pour personne handicapée physique	100% BR
	<b>TRANSPORT SANITAIRE</b>	
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100% BR
AIDES AUDITIVES	<b>AIDES AUDITIVES</b>	
	Prothèse auditive remboursable	
	- Equipement 100% santé (Classe I - <i>tel que défini réglementairement</i> ) <sup>(2)(3)</sup>	100 % santé
	- Equipement à tarifs Libres (Classe II) <sup>(2)(3)</sup>	100% BR + forfait de 500 € (dans la limite de 1700€ au 01/01/2021)
	Piles	100% BR

CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR L'AMO	<b>CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR L'AMO</b>	
	Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	100% BR
HOSPITALISATION	<b>HOSPITALISATION</b>	
	<b>MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE</b>	
	Frais de séjour	100% BR
	Forfait acte lourd	Frais réels
	Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)	
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	255% BR
	- Autres praticiens (1)	200% BR
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100% BR
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels
	Chambre particulière <sup>(4)</sup>	40 € / jour
OPTIQUE	Chambre particulière en ambulatoire <sup>(5)</sup>	25 €/jour
	Maternité	1/3 PMSS
	<b>OPTIQUE</b>	
	Equipement 100% santé (Classe A - <i>tel que défini réglementairement</i> ) <sup>(6)(7)(8)</sup>	
	Monture + verres	100 % santé
	Equipement à tarifs libres (Classe B) (6) (7) (8) (9)	
	Monture seule (enfant)	100 €
	Monture seule (adulte)	40 €
	Verre simple	60% BR + 100 €/verre
	Verre complexe	60% BR + 175€/verre
	Verre très complexe	60% BR + 175€/verre
	Adaptation de la correction visuelle	100% FR
	Verres avec filtre	100% FR
	Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	100% BR
	Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	100 % BR + 100 € / an / bénéficiaire
DENTAIRE	<b>DENTAIRE</b>	
	<b>SOINS</b>	
	Soins	100% BR
	Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (10)	100 % santé
	Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (10)	
	- Prothèses fixes (11)	210% BR + 10,5% PMSS / an / bénéficiaire
	- Inlay-Core	125%
	- Prothèses transitoires (11)	210% BR + 10,5% PMSS / an / bénéficiaire
	- Inlay onlay	125%
	- Prothèses amovibles (11)	210% BR + 10,5% PMSS / an / bénéficiaire
	Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres	
	- Prothèses fixes (11)	210% BR + 10,5% PMSS / an / bénéficiaire

	- Inlay-core	125%
	- Prothèses transitoires (11)	210% BR + 10,5% PMSS / an / bénéficiaire
	- Inlay onlay	125%
	- Prothèses amovibles (11)	210% BR + 10,5% PMSS / an / bénéficiaire
	Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	250% BR
AUTRES	<b>AUTRES</b>	
	Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie (12)	30 € / séance limité à 1 séance par an
	SUBSTITUTS NICOTINIQUES (hors et sur prescriptions médicales)	Forfait de 150 € (y compris le remboursement SS)
	Actes de prévention (13)	100% BR
	Assistance	Oui

FR : Frais réels

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale (reconstitué pour actes non acceptés)

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Le PMSS est revalorisé au 1er janvier de chaque année par arrêté ministériel et son montant est disponible sous <http://www.pmss.fr/>

(1) dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : désigne les médecins de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions médicales mentionnées à l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès au soins (CAS), les Options Tarifaires Maîtrisées (OPTAM-OPTAMCO)

(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation.

(3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.

Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

Jusqu'au 31 décembre 2020 un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

o Le renouvellement intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;

o L'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré (par prescription médicale dans les conditions rappelées dans l'arrêté du 14 novembre 2018) ;

o Pour la prise en charge, le prescripteur doit notamment attester de cette situation en précisant la raison, sur un document qui doit être transmis à la caisse d'assurance maladie.

(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

(6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

(8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(8) Comprend également les prestations d'appairage et le supplément pour les verres avec filtre.

(9) - 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 égale 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 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 est supérieure à 8.00 dioptries.

(10) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(11) Plafond commun

(12) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINISS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.

(13) Tous les actes de prévention (cf. Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire.

## **Article 2**

Le présent avenant s'applique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

## **Article 3**

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

## **Article 4**

Un exemplaire du présent avenant sera remis à chaque partie signataire, et 2 exemplaires seront déposés à l'unité départementale du Tarn de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Occitanie.

*Fait à Albi, le 14 janvier 2020.*

(Suivent les signatures.)