

Convention collective

IDCC : 8233 | **ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX  
(Haute-Normandie)  
(3 juillet 1970)**

(Étendue par arrêté du 2 août 1971,  
*Journal officiel* du 21 septembre 1971)

### Avenant n° 5 du 3 novembre 2020

NOR : AGRS2197042M

IDCC : 8233

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

**Union régionale des entrepreneurs des territoires de Normandie,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**Union professionnelle régionale agroalimentaire CFDT de Normandie ;**

**Fédération CFTC de l'agriculture CFTC-Agri ;**

**Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation, des  
tabacs et des activités annexes Force ouvrière FGTA FO ;**

**Union syndicale régionale agroalimentaire et forestière URSAF CGT de Nor-  
mandie ;**

**Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles SNCEA CFE-CGC,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### Préambule

Pour se mettre en conformité avec les dispositions de la réforme 100 % santé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, de l'avenant n° 6 du 17 avril 2018 à l'accord national du 10 juin 2008 concernant la protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, et avec les dispositions légales concernant les régimes collectifs de prévoyance (mise en œuvre du principe de solidarité), les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements de l'accord collectif de travail relatif à la mise en place d'un régime frais de santé pour les salariés non-cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Normandie du 10 avril 2019.

Le présent avenant intègre la mise à jour du tableau des garanties santé avec des améliorations de prestations.

Par ailleurs, en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent avenant ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet,

les entreprises de la branche sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de 50 salariés. Aussi, les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les entreprises de la branche, y compris les TPE de moins de 50 salariés, et ce afin de ne pas remettre en cause le régime social et fiscal de faveur attaché au présent régime.

## **Article 1<sup>er</sup> | Prestations santé**

L'article 4 « Les prestations » est modifiée comme suit :

« Les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :

- en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale ;
- en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

Le cumul des prestations versées aux bénéficiaires du présent dispositif (régime de base de la sécurité sociale et garanties complémentaires) ne peut excéder, pour chaque acte, les frais réels engagés par ces derniers.

Les prestations du présent accord 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 : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), 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 prestations sont versées conformément au tableau ci-dessous :

*(Voir page suivante.)*

GARANTIES	Remboursements régime de base	Remboursements complémentaires	Remboursement total régime de base inclus
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux (y compris téléconsultation) :			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM (1)	70 % BR	230 % BR	300 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM (1)	70 % BR	130 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM (1)	70 % BR	230 % BR	300 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM (1)	70 % BR	130 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Analyses, et examens de laboratoire (1)	de 60 % à 100 % BR	de 0 % à 40 % BR	100 % BR
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie (2)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention(3)	de 35 % à 70 % BR	de 65 % à 30 % BR	100 % BR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étioopathie, sophrologie, homéopathie	-	30€/consultation limitée à 4 /an /bénéficiaire	30€/consultation limitée à 4 /an /bénéficiaire
Médicaments :			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65 % BR	35 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré"	30 % BR	70 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible"	15 % BR	85 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	40€/an/famille	40€/an/famille
- Vaccins non remboursés par le régime de base	-	40€/an/famille	40€/an/famille
Matériel médical :			
- Fournitures médicales, pansements	60% BR	40 % BR	100 % BR
- gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % ou 100 % BR	405 % ou 450 % BR	465 % ou 550 % BR
HOSPITALISATION (y compris maternité et psychiatrie)			
Frais de soins et de séjour	80 % BR ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % BR
Honoraires (hors maternité)			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM (1)	80 % ou 100 % BR	420 % ou 400 % BR	500 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM (1)	80 % ou 100 % BR	120 % ou 100 % BR	200 % BR
Honoraires (maternité)			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM (1)	80 % ou 100 % BR	220 % ou 200 % BR	300 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM (1)	80 % ou 100 % BR	120 % ou 100 % BR	200 % BR
Forfait actes lourds (4)	-	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier (5)	-	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière y compris en ambulatoire (hors maternité)	-	78 € /jour limité à 60 jours puis 25 € /jour /bénéficiaire	78 € /jour limité à 60 jours puis 25 € /jour /bénéficiaire
Chambre particulière (maternité)		52 € /jour limité à 30 jours /an /bénéficiaire	52 € /jour limité à 30 jours /an /bénéficiaire
Lit d'accompagnant pour enfant de moins de 16 ans		52 € /jour limité à 30 jours /an /bénéficiaire	52 € /jour limité à 30 jours /an /bénéficiaire
Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	-	1/3 du PMSS	1/3 du PMSS
OPTIQUE			
Equipement : 2 verres + monture		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans (7)	
Equipements 100% santé (Classe A) (7) :			
- Monture	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Verre	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
Autres équipements (Classe B) :			
- Monture	60 % BR	100 €-RO	100 €
- Verre simple (9)	60 % BR	120 €-RO /verre	120 € par verre
- Verre complexe (9)	60 % BR	175 €-RO /verre	175 € par verre
- Verre très complexe (9)	60 % BR	210 €-RO /verre	210 € par verre
Prestation d'adaptation de la correction à la vue pour des verres de Classe B (7)	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
Supplément pour verre avec filtre (7)	60 % BR	4Frais réels - RO	Frais réels
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR + 175 € /an /bénéficiaire	0% ou 100 % BR
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	175 € /an /bénéficiaire	+ 175 € /an /bénéficiaire
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100% Santé (7)(9)	70 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
Soins (hors 100% Santé)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Inlay Onlay (hors 100% Santé) (10)	70 % BR	125 % BR	195 % BR
Prothèses (hors 100% Santé) :			
- inlays core à honoraires maîtrisés (10) ou libres	70 % BR	125 % BR	195 % BR
- prothèses à honoraires maîtrisés (10)	70 % BR	340 % BR + crédit de 300€ /an /bénéficiaire	410 % BR + crédit de 300€ /an /bénéficiaire
- prothèses à honoraires libres	70 % BR	340 % BR+ crédit de 300 € /an /bénéficiaire	410 % BR + crédit de 300 € /an /bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	280 % ou 250 % BR	350 % BR
Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	300 € /an /bénéficiaire	300 € /an /bénéficiaire
Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	100 € /an /bénéficiaire	100 € /an /bénéficiaire
AIDES AUDITIVES (12)			
Equipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1er janvier 2020 (7)	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels
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	60 % BR	1700€-RO /oreille	1700€ /oreille
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	190 % BR + 350 € /oreille	250 % BR + 350 € /oreille

CURE THERMALES			
Cures thermales acceptées :	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Honoraires de surveillance médicale	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Forfait thermal complémentaire	-	150 € /an	150 € /an
DIVERS			
Frais de transport remboursés par le régime de base	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Assistance	-	Oui	Oui
Réseau de soins	-	Oui	Oui

**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 les médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes.

(2) Les actes réalisés par les 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) 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.

(7) 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.

(8) Verres Classe B : Ensemble des verres appartenant à une autre classe que celles à prise en charge renforcée (dit Equipements 100% Santé), quelle que soit la nature du verre (unifocal, multifocal, progressif, sphérique ou sphéro-cylindrique) et la correction.

#### 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

(9) La mise en place du 100% Santé pour les prothèses dentaires est progressive entre 2020 et 2021. Certaines prothèses qui intégreront le panier 100% Santé au 1er janvier 2021 seront prises en charge au titre des prothèses hors 100% Santé au cours de l'année 2020.

(10) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour les soins et les 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) A compter du 1er janvier 2021, 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.

Il n'est pas dérogé aux articles et conditions de l'accord collectif de travail relatif à la mise en place d'un régime de santé pour les salariés non-cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Normandie du 10 avril 2009.

## Article 2 | Entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Les dispositions arrêtées au présent avenant ont pris effet le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

### **Article 3 | Dépôt et extension**

Le présent avenant sera établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires demandent, sans délai, l'extension du présent avenant.

*Fait à Hérouville-Saint-Clair, le 3 novembre 2020.*

(Suivent les signatures.)