
Convention collective

IDCC : **8433** | **ENTREPRISES D'HORTICULTURE, PÉPINIÈRES
ET MARAÎCHAGE**

(Franche-Comté)

(1^{er} avril 1986)

(Étendue par arrêté du 11 décembre 1986,
Journal officiel du 20 décembre 1986)

Convention collective

IDCC : **8434** | **EXPLOITATIONS AGRICOLES, ETAF ET CUMA
(Franche-Comté)**

(1^{er} novembre 1998)

(Étendue par arrêté du 11 juin 1999,
Journal officiel du 23 juin 1999)

Avenant n° 14 du 6 septembre 2022

NOR : AGRS2397116M

IDCC : 8433, 8434

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

Fédération régionale des syndicats d'exploitants agricoles FRSEA de Bourgogne Franche-Comté ;

Fédération régionale des coopératives d'utilisation de matériel agricole de bourgogne ;

Franche-Comté FRCUMA ;

Fédération nationale des entrepreneurs des territoires FNEDT ;

Fédération régionale des coopératives laitières du massif jurassien FRCLMJ,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Fédération générale agroalimentaire CFDT ;

FNAF CGT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Pour se mettre en conformité avec la réglementation relative aux contrats responsables à la suite des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements du tableau des garanties santé.

Le présent avenant a pour objet la modification du tableau de garantie prévu par l'avenant numéro 13 à l'accord régional du 18 février 2009 instaurant un régime d'assurance complémentaire frais de santé.

Par ailleurs, les partenaires sociaux bénéficient d'une période transitoire jusqu'au 31 décembre 2024 et s'engagent à entamer des négociations pour mettre en conformité, selon les dispositions qui seront prévues par l'accord national du 10 juin 2008, le libellé des bénéficiaires avec le décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021 relatif aux critères objectifs de définition des catégories de salariés bénéficiaires d'une couverture de protection sociale complémentaire collective.

Il est également précisé qu'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^{er} | **Modification intégrale de l'annexe 1 intitulée « Tableau des garanties »**

L'annexe 1 « Tableau des garanties » de l'accord régional est annulée et remplacée. Elle figure en annexe 1 du présent avenant.

Article 2 | **Dépôt et extension**

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Article 3 | **Date d'effet**

Le présent avenant entrera en vigueur au premier jour du trimestre civil suivant la date d'extension.

Fait à École-Valentin, le 6 septembre 2022.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Tableau des garanties santé

Les prestations du présent contrat 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, notamment : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait patient urgences, 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.

Le montant total des remboursements ne peut excéder les frais réellement engagés.

Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement total Régime de base + socle	Remboursement total Régime de base + socle + option 1
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux (y compris téléconsultation et actes techniques) :			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM (1)	70 % BR	180 % 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	180 % BR	300 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM (1)	70 % BR	130 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux	60 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 8 séances/an	60 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses, et examens de laboratoire (1)	de 60 % à 100 % BR	100 % BR	100 % BR
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie (2)	70 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de prévention (3)	de 35 % à 70 % BR	100 % BR	100 % BR

Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement total Régime de base + socle	Remboursement total Régime de base + socle + option 1
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupunc- ture, étiopathie, microkinésithérapie, sophrologie	-	30 €/consultation limité à 1/an/bénéficiaire	23 €/consultation limité à 4/an/famille
Médicaments :			
- Médicaments à service médical rendu « majeur ou important » (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	65 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu « modéré » (y compris hono- raire de dispensation du pharmacien)	30 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu « faible » (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	100 % BR	100 % BR
- Autres honoraires de pharmacien remboursés par le régime de base y compris vaccination anti-grippale	65 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non rembour- sée par le régime de base	-	-	40 €/an/famille
- Vaccins non remboursé par le régime de base	-	-	40 €/an/famille
Matériel médical :			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100 % BR	500 % BR
- Gros et petits appareillages, ortho- pédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % BR ou 100 % BR	100 % BR	500 % BR
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	80 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires (hospitalisation médicale et chirurgicale) :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM (1)	80 % ou 100 % BR	300 % ou 320 % BR	580 % ou 600 % BR
- Honoraires des médecins non adhé- rents au DPTM (1)	80 % ou 100 % BR	180 % ou 200 % BR	180 % ou 200 % BR
Honoraires (hospitalisation pour maternité et psychiatrie) :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM (1)	80 % ou 100 % BR	300 % ou 320 % BR	380 % ou 400 % BR
- Honoraires des médecins non adhé- rents au DPTM (1)	80 % ou 100 % BR	180 % ou 200 % BR	180 % ou 200 % BR
- Forfait actes lourds (4)	-	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier (5)	-	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgences (6)	-	100 % FR	100 % FR

Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement total Régime de base + socle	Remboursement total Régime de base + socle + option 1
Chambre particulière y compris en ambulatoire (par jour/bénéficiaire/an)	-	25 €/jour	78 €/jour pendant 60 jours puis 25 €/jour jusqu'à 90 jours
Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéfi- ciaire)	-	-	52 €/jour limité à 30 jours/an

Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement total Régime de base + socle	Remboursement total Régime de base + socle + option 1
OPTIQUE			
	1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans (7)		
Équipements 100 % santé (Classe A) (8) :			
- Monture	60 % BR	Frais réels	Frais réels
- Verre	60 % BR	Frais réels	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100 % Santé	60 % BR	Frais réels	Frais réels
Autres équipements (Classe B) :			
- Monture	60 % BR	100 €	100 €
- Verre simple (9)	60 % BR	115 €/verre	185 €/verre
- Verre complexe (9)	60 % BR	138 €/verre	208 €/verre
- Verre très complexe (9)	60 % BR	175 €/verre	245 €/verre
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	100 % BR + crédit de 210 €/an/bénéficiaire	100 % BR + crédit de 350 €/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire	Crédit de 240 €/an/bénéficiaire
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100 % Santé (8)	70 % BR	Frais réels	Frais réels
Soins (hors 100 % Santé)	70 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlay Onlay (hors 100 % Santé) (10)	70 % BR	170 % BR	170 % BR
Prothèses (hors 100 % Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés (10)	70 % BR	210 % BR + Crédit de 300 €/an/bénéficiaire	370 % BR + Crédit de 300 €/an/bénéficiaire
- prothèses à honoraires libres (10)	70 % BR	210 % BR + Crédit de 300 €/an / bénéficiaire	370 % BR + Crédit de 300 €/an/bénéficiaire
DENTAIRE			
Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	270 % ou 300 % BR	320 % BR ou 350 % BR
Implantologie (hors couronne implanta-portée)	-	-	200 €/an/bénéficiaire
Parodontologie non remboursée	-	-	100 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES (11)			
Équipements 100 % Santé (Classe I) (8)	60 % BR	Frais réels	Frais réels

Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement total Régime de base + socle	Remboursement total Régime de base + socle + option 1
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	1 700 € /oreille	1 700 € /oreille
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	1 700 € /oreille	1 700 € /oreille
CURESTHERMALES			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux (12), transport, hébergement, surveillance	65 % ou 70 % BR	-	100 % BR
Forfait thermal complémentaire	-	-	Crédit de 150 €/an /bénéficiaire
DIVERS			
Prime de naissance (sur présentation de justificatifs)		1/3 PMSS	1/3 PMSS
Transports remboursés par le régime de base	65 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR
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 des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes (sauf si le tableau de garantie prévoit un remboursement différent).			
(2) Les actes réalisés par des 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) Forfait patient urgences : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L. 160-13- I du code de la sécurité sociale.			
(7) 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.			
(8) 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.			

Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement total Régime de base + socle	Remboursement total Régime de base + socle + option 1
<p>(9)</p> <p>Verres simples Classe B :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) ≤ 6 dioptries - verres neutres <p>Verres complexes Classe B</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) ≤ 8 dioptries <p>Verres très complexes Classe B</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 			
<p>(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.</p>			
<p>(11) 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 1 700 €/appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.</p>			
<p>(12) En cas de dépassement d'honoraires se référer au poste soins courants « Honoraires médicaux – Honoraires des médecins spécialistes ».</p>			
<p>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 déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.</p>			