

# MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA SOUVERAINETÉ ALIMENTAIRE

---

Convention collective

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

**(Franche-Comté)**

**(1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> novembre 1998)**

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

---

---

Convention collective

IDCC : **8435** | **COOPÉRATIVES FRUITIÈRES**  
**(Ain, Doubs et Jura)**

**(29 août 2001)**

(Étendue par arrêté du 18 février 2002,  
*Journal officiel* du 24 février 2002)

---

## Avenant n° 15 du 1<sup>er</sup> octobre 2024

NOR : AGRS2597017M

IDCC : 8433, 8434, 8435

---

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 ;  
Coopération agricole laitière,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**Fédération générale agroalimentaire CFDT ;**

**Fédération CFTC de l'agriculture ;**

**FNAF CGT ;**

**FGTA FO ;**

**SNCEA CFE-CGC,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### **Préambule**

Afin de mettre en conformité la définition du groupe assuré 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, les partenaires sociaux ont décidé de modifier les dispositions de l'accord régional du 18 février 2009, en fonction des dispositions prévues par « l'Accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance ».

Le présent avenant a également pour objet de formaliser les aménagements suivants à l'accord du 18 février 2009 :

La mise en conformité de l'accord précité avec les évolutions réglementaires intervenues ainsi que le tableau des garanties santé, conformément à la réglementation, sans changement sur le niveau des garanties :

- en 2022, à savoir les dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail, la mise en place du tiers payant généralisé ainsi que le forfait patient urgences (FPU), et le dispositif MonPsy ;
- en 2023, à savoir la possibilité pour les pharmaciens, sage-femmes et infirmiers de prescrire et d'administrer les vaccins prévus par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans, l'exonération du ticket modérateur pour les transports sanitaires urgents préhospitaliers (TUPH), le remboursement des frais de transports sanitaires non urgents et des soins dentaires.

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<sup>er</sup> | Définition des salariés bénéficiaires**

L'article 4.1 « Définition des salariés bénéficiaires » est modifié comme suit :

#### **« Définition des salariés bénéficiaires**

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés de la production agricole ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et entrant dans le champ d'application défini à l'article 1<sup>er</sup> du présent accord.

Les dispositions du présent accord s'appliquent aux salariés cadres et non-cadres des coopératives fruitières fromagères implantées sur le territoire des départements de l'Ain, du Doubs et du Jura.

Sont donc exclus du dispositif frais de santé :

- les techniciens, agents de maîtrise et cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP relevant d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois. Pour ces salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé est assurée par le dispositif versement santé tel que prévu à l'article 4.5 du présent accord. »

## Article 2 | **Tableau des garanties**

Le tableau des garanties de l'annexe 1 est modifié comme suit :

« 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.

Les remboursements garantis s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au présent tableau de garanties.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale et/ou en euros.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au présent tableau de garanties.

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

*(Voir pages suivantes.)*

NATURE DES FRAIS	Remboursement Régime de base obligatoire	Remboursement total (remboursement du régime de base et socle conventionnel)	Remboursement Option 1 (incluant le remboursement du régime de base et le socle conventionnel)
<b>SOINS COURANTS</b>			
● <b>Honoraires médicaux (y compris téléconsultation, actes techniques)</b>			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	180 % BR	300 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	130 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	180 % BR	300 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	130 % BR	200 % BR
● <b>Honoraires paramédicaux</b> y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti-grippale par les sages femmes et infirmiers	60 % BR	100 % BR	100 % BR
● <b>Consultation psychologue (dispositif MonPsy)</b> dans la limite de 12 séances/an	60 % BR	100% BR	100% BR
● <b>Analyses, et examens de laboratoire</b> <sup>(2)</sup>	de 60 % à 100 % BR	100 % BR	100 % BR
● <b>Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie</b> <sup>(2)</sup>	70 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Actes de prévention</b> <sup>(3)</sup>	de 35 % à 70 % BR	100 % BR	100 % BR
● <b>Honoraires de médecines douces</b> : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, microkinésithérapie, sophrologie	-	30 €/ consultation limité à 1/an/bénéficiaire	23 €/consultation limité à 4 /an/famille
<b>Médicaments</b>			
- 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 honoraire 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 la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti grippale	65 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	-	40 €/an / famille
- Vaccins non remboursés par le régime de base	-	-	40 €/an / famille
● <b>Matériel médical</b>			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100 % BR	500 % BR
- gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % ou 100 % BR	100 % BR	500 % BR
<b>HOSPITALISATION</b>			
● <b>Frais de séjour</b>	80 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR
● <b>Honoraires (hospitalisation médicale et chirurgicale) :</b>			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % ou 100 % BR	300 % ou 320 % BR	580 % ou 600 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % ou 100 % BR	180 % ou 200 % BR	180 % ou 200 % BR
● <b>Honoraires (hospitalisation pour maternité et psychiatrie) :</b>			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % ou 100 % BR	300 % ou 320 % BR	380 % ou 400 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % ou 100 % BR	180 % ou 200 % BR	180 % ou 200 % BR
● <b>Forfait actes lourds</b> <sup>(4)</sup>	-	100 % FR	100 % FR
● <b>Forfait journalier hospitalier</b> <sup>(5)</sup>	-	100 % FR	100 % FR
● <b>Forfait patient urgences</b> <sup>(6)</sup>	-	100 % FR	100 % FR
● <b>Chambre particulière y compris en ambulatoire (par jour/bénéficiaire/an)</b>	-	25€ par jour	78€ / jour pendant 60 jours puis 25€/jour jusqu'à 90 jours
● <b>Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire/an)</b>	-	-	52€/ jour limité à 30 jours/an
NATURE DES FRAIS	Remboursement Régime de base obligatoire	Remboursement total (remboursement du régime de base et socle conventionnel)	Remboursement Option 1 (incluant le remboursement du régime de base et le socle conventionnel)
<b>OPTIQUE : 1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans</b> <sup>(7)</sup>			
● <b>Équipements 100% santé (Classe A)</b> <sup>(8)</sup> :			
- 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
● <b>Autres équipements (Classe B)</b> <sup>(9)</sup> :			
- Monture	60 % BR	100€	100 €
- Verre simple <sup>(9)</sup>	60 % BR	115€ par verre	185€ par verre
- Verre complexe <sup>(9)</sup>	60 % BR	138€ par verre	208€ par verre
- Verre très complexe <sup>(9)</sup>	60 % BR	175€ par verre	245€ par verre

● Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B <sup>(8)</sup>	60 % BR	100 % FR	100 % FR
● Supplément pour verre avec filtre <sup>(8)</sup>	60 % BR	100 % FR	100 % FR
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
<b>DENTAIRE</b>			
● Soins, actes, consultations et prothèses 100% Santé <sup>(9)</sup>	60 % BR	Frais réels	Frais réels
● Soins, actes et consultations (hors 100% Santé)	60 % BR	100 % BR	100 % BR
● Inlay Onlay (hors 100% Santé)	60 % BR	170 % BR	170 % BR
● Prothèses et inlays core (hors 100% Santé)			
- Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés	60 % BR	210 % BR + crédit de 300€/an/bénéficiaire	370 % BR + crédit de 300€/an/bénéficiaire
- Prothèses dentaires à honoraires libres	60 % BR	210 % BR + crédit de 300€/an/bénéficiaire	370 % BR + crédit de 300€/an/bénéficiaire
● Orthodontie remboursée par le régime de base	60 % ou 100 % BR	270 % ou 300 % BR	320 % ou 350 % BR
● Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	-	200€/an/bénéficiaire
● Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	-	100€/an/bénéficiaire
<b>AIDES AUDITIVES <sup>(10)</sup></b>			
Equipements 100% Santé (Classe I) <sup>(9)</sup>	60 % BR	Frais réels	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€/oreille	1700€/oreille
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	1700€/oreille	1700€/oreille
<b>CURES THERMALES</b>			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux, transport, hébergement, surveillance <sup>(11)</sup>	65 % ou 70 % BR	-	100 % BR
Forfait thermal complémentaire	-	-	crédit de 150€/an/bénéficiaire
<b>DIVERS</b>			
Prime de naissance (sur présentation de justificatifs)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
Transports urgents préhospitaliers (T.U.P.H) remboursés par le régime de base	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	55 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR

BR : Base de remboursement ; RO : Régime Obligatoire ; FR : Frais réels ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

(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.

**(9) 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

(10) 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

(11) En cas de dépassement d'honoraires se référer au poste soins courants « honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes ».

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.

## Article 3 | *Entrée en vigueur*

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Les dispositions arrêtées au présent avenant prendront effet le premier jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension.

## Article 4 | *Dépôt et extension*

Le présent avenant est 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 l'extension du présent avenant.

*Fait à École-Valentin, le 1<sup>er</sup> octobre 2024.*

(Suivent les signatures.)