

# MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA SOUVERAINETÉ ALIMENTAIRE

---

Convention collective nationale

IDCC : **7024** | **PRODUCTION AGRICOLE ET CUMA**  
**(15 septembre 2020)**

---

---

Convention collective

IDCC : **9141** | **PRODUCTION AGRICOLE**  
**(Calvados)**  
**(1<sup>er</sup> juin 2004)**

---

---

Convention collective

IDCC : **9142** | **EXPLOITATIONS ET ENTREPRISES AGRICOLES**  
**DE L'HORTICULTURE, PÉPINIÈRES, ARBORICULTURE, PRODUCTION**  
**DE FRUITS ET DE CHAMPIGNONS**  
**(Calvados)**  
**(17 janvier 1991)**

---

## Avenant n° 7 du 28 novembre 2024

NOR : AGRS2597060M

IDCC : 7024

---

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

**Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles du Calvados**  
**FDSEA ;**

**Fédération départementale des CUMA du Calvados,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**Syndicat général agroalimentaire du Calvados SGA-CFDT ;**

**Fédération CFTC Agri ;**

**Union départementale des syndicats Force ouvrière du Calvados FO ;**

**Union syndicale régionale agroalimentaire et forestière CGT de Normandie ;**

**Syndicat SNCEA CFE-CGC,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

## Préambule

Le présent avenant a pour objet de mettre en conformité le libellé des bénéficiaires de l'accord du 18 juin 2009 aux dispositions du code de la sécurité sociale, en application du 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, selon les dispositions prévues l'accord national par 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 d'aménager l'accord précité à l'aune de la mise en place du régime unifié Agirc-Arrco via l'article 155 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 17 novembre 2017, qui annule et remplace dans toutes leurs stipulations à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et l'accord national interprofessionnel de retraite complémentaire (ARRCO) du 8 décembre 1961.

En outre, l'entrée en vigueur d'un certain nombre d'évolutions réglementaires inhérentes aux remboursements des frais de santé a également rendu nécessaire la mise en conformité dudit régime.

Enfin, il est précisé qu'en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent accord ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de cinquante salariés. En effet, les entreprises de la branche sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de cinquante salariés. Aussi, les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les entreprises de la branche, y compris les TPE de moins de cinquante 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> | Modification de l'accord de protection sociale complémentaire frais de santé du 18 juin 2009**

Les dispositions de l'article 3 « Salariés bénéficiaires » de l'accord précité sont modifiées comme suit :

« Les dispositions du présent accord s'appliquent :

- à tout salarié ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, sans condition d'ancienneté ;
- et relevant du champ d'application du présent accord.

À l'exclusion :

- des salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et techniciens, agents de maîtrise et cadres ressortissants de la convention collective du 2 avril 1952 et relevant du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- des VRP et bûcherons-tâcherons ressortissants d'autres dispositions conventionnelles ;
- des salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 définis ci-dessus bénéficiant d'un régime plus favorable que le présent accord institué dans leur entreprise, conformément aux dispositions légales et dans les conditions pré-

vues à l'article 12 "Antériorité des régimes d'entreprise" de l'accord départemental du 25 septembre 2009, par accord collectif d'entreprise, décision unilatérale ou référendum. »

L'ensemble des autres dispositions de l'article 3 du présent accord demeurent inchangées.

## **Article 2 | Mise en conformité des garanties**

Le tableau des garanties figurant en annexe 1 de l'accord est remplacé par le tableau ci-après.

### **« Annexe 1 Garanties complémentaires santé**

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, 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'optique 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 (CCAM), 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.

*(Voir page suivante.)*

Nature des frais	Remboursement du régime de base Hors Alsace-Moselle	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus
SOINS COURANTS			
• Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation) :			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	230 % 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	230 % BR	300 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	130 % BR	200 % BR
• Honoraires paramédicaux y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 1 ans et la vaccination antigrippale par les sage-femmes et infirmiers	60 % BR	40 % BR	100 % BR
• Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 8 séances/an	60 % BR	40 % BR	100 % BR
• Analyses et examens de laboratoire <sup>(2)</sup>	de 60 % à 100 % BR	de 0 % à 40 % BR	100 % BR
• Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie <sup>(2)</sup>	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention <sup>(3)</sup>	de 35 % à 70 % BR	de 30 % à 65 % BR	100 % BR
• Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étioopathie, sophrologie, micro kinésithérapie	-	30€/ 1 séance/an/bénéficiaire	30€/ 1 séance/an/bénéficiaire
• Médicaments			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	65 % BR	35 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	30 % BR	70 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	85 % BR	100 % BR
- Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 1 ans et la vaccination antigrippale	65 % ou 100 % BR	35 % ou 0 % BR	100 % BR
• Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	40 % BR	100 % BR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % BR ou 100 % BR	0 % ou 40 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION			
• Frais de séjour	80 % BR ou 100 % BR	0 % ou 20 % BR	100 % BR
• wHonoraires :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % BR ou 100 % BR	220 % ou 200 % BR	300 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % BR ou 100 % BR	120 % ou 100 % BR	200 % BR
- Forfait actes lourds <sup>(4)</sup>	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait journalier hospitalier <sup>(5)</sup>	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait patient urgences <sup>(6)</sup>	-	100 % FR	100 % FR
• Chambre particulière y compris en ambulatoire (par jour/bénéficiaire/an)	-	40€/jour limité à 60 jours/an puis 25€ par jour	40€/jour limité à 60 jours/an puis 25€ par jour
• Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
OPTIQUE			
Equipement : 2 verres + monture		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans <sup>(7)</sup>	
• Equipements 100 % santé (Classe A) <sup>(8)</sup>			
- 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 <sup>(9)</sup>	60 % BR	130€ - RO / verre	130€ / verre
- Verre complexe <sup>(9)</sup>	60 % BR	180€ - RO / verre	180€ / verre
- Verre très complexe <sup>(9)</sup>	60 % BR	230€ - RO / verre	230€ / verre
• Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B <sup>(8)</sup>	60 % BR	40 % BR + 10€/an/bénéficiaire	100 % BR + 10€/an/bénéficiaire
• Supplément pour verre avec filtre <sup>(8)</sup>	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR + 220€/an/bénéficiaire	100 % BR + 220€/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	100€/an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire
DENTAIRE			
• Soins, actes, consultations et prothèses (100 % Santé) <sup>(9)</sup>			
• Soins, actes et consultations (hors 100 % Santé)	60 % BR	40 % BR	100 % BR
• Inlay Onlay (hors 100 % Santé)	60 % BR	65 % BR	125 % BR
• Inlay Core (hors 100 % Santé)	60 % BR	65 % BR	125 % BR
• Prothèses (hors 100 % Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés	60 % BR	170 % BR + 300€/an/bénéficiaire	230 % BR + 300€/an/bénéficiaire
- prothèses à honoraires libres	60 % BR	170 % BR + 300€/an/bénéficiaire	230 % BR + 300€/an/bénéficiaire
• Orthodontie remboursée par le régime de base	60 % ou 100 % BR	240 % ou 200 % BR	300 % BR
AIDES AUDITIVES <sup>(10)</sup>			
• Equipements 100 % Santé (Classe I) <sup>(9)</sup>			
• Aides auditives Classe I 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	40 % BR + 250€/oreille	100 % BR + 250€/oreille
• Aides auditives Classe I prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	40 % BR + 250€/oreille	100 % BR + 250€/oreille
CURES THERMALES			
• Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux <sup>(11)</sup> , transport, hébergement, surveillance	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR	100 % BR
DIVERS			
• Transports urgents préhospitaliers (TUPH) remboursés par le régime de base	65 % ou 100 % BR	35 % ou 0 % BR	100 % BR
• Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	55 %	45 %	100 % BR

BR : Base de remboursement	FR : Frais réels	RO : Régime Obligatoire	PMS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
<p>(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.</p> <p>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.</p> <p>(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"</p> <p>(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf. liste annexée ci-dessous à la date du 18.1.2014) : 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, poliomélie, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).</p> <p>(4) <b>Forfait actes lourds</b> : 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).</p> <p>(5) <b>Forfait journalier hospitalier</b> : sont exclus les établissements médico-sociaux.</p> <p>(6) <b>Forfait patient urgences</b> : 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.</p> <p>(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.</p> <p>(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.</p> <p>(9) <b>Verres Classe B</b> : Ensemble des verres appartenant à une autre classe que celles à prise en charge renforcée (dit Equipements 100 % Santé).</p> <p><b>verres simples Classe B :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et +6 dioptries</li> <li>- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries</li> <li>- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive ETS (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries</li> <li>- verres neutres</li> </ul> <p><b>verres complexes Classe B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 à +6 dioptries</li> <li>- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre &gt; +4 dioptries</li> <li>- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère &lt; -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie</li> <li>- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive ETS (sphère + cylindre) &gt; 6 dioptries</li> <li>- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries</li> <li>- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries</li> <li>- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive ETS (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries</li> </ul> <p><b>verres très complexes Classe B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries</li> <li>- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre &gt; +4 dioptries</li> <li>- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère &lt; -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie</li> <li>- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive ETS &gt; 8 dioptries</li> </ul> <p>(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 I, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.</p> <p><b>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.</b></p>			

## Article 3 | Entrée en vigueur

Les dispositions du présent avenant prennent effet le premier jour du trimestre civil suivant la date de publication au *Journal officiel* de l'arrêté d'extension et au plus tard, le 1<sup>er</sup> janvier 2025.

## Article 4 | Dépôt et extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

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.

*Fait à Caen, le 28 novembre 2024.*

(Suivent les signatures.)