

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA SOUVERAINETÉ ALIMENTAIRE

Convention collective nationale

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

Convention collective

IDCC : **9761** | **EXPLOITATIONS DE POLYCLTURE ET D'ÉLEVAGE**
(Seine-Maritime)
(28 février 1983)

Avenant n° 7 du 16 décembre 2024

NOR : AGRS2597093M

IDCC : 7024

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

Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles de Seine-Maritime ;
Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles de l'Orne ;
Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles de l'Eure,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Union syndicale régionale agroalimentaire et forestière CGT de Normandie ;
Union professionnelle régionale agroalimentaire CFDT ;
Fédération CFTC de l'agriculture CFTC Agri ;
Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles 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 complémentaire frais de santé du 22 septembre 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 22 septembre 2009 :

- la modification des dispositions relatives aux « Cas de dispenses d'adhésion du dispositif frais de santé » ;
- 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^{er} | Bénéficiaires

L'article 2.1 « Les salariés » est annulé et remplacé comme suit :

« Les dispositions du présent accord, au titre des garanties frais de santé s'appliquent aux salariés 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, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail à durée déterminée, au titre des activités visées à l'article 1.1.

Sont exclus du bénéfice des garanties frais de santé :

- les 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 personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco, et 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 et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

Du fait de l'application du présent accord sans condition d'ancienneté requise à tous les salariés, sauf cas de dispense dûment justifiés les salariés sont affiliés à la garantie santé dès le 1^{er} jour de leur embauche.

Les cotisations seront appelées en conséquence au *pro rata temporis* en fonction de la date d'entrée pour le mois considéré. »

Les dispositions de l'article 2.2 « Les dispenses d'affiliation » est modifié comme suit :

Les sigles « CMU-C » et « ACS » sont remplacés par le terme « complémentaire santé solidaire » (CSS).

Article 2 | *Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail*

Les dispositions du paragraphe « en cas de suspension du contrat de travail indemnisée » de l'article 7 « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail » sont annulées et réécrites comme suit :

« En cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Les garanties prévues par le contrat sont maintenues pendant la période de suspension du contrat de travail, au participant lorsque :

- le salarié est indemnisé au titre de l'incapacité temporaire et permanente de travail pour cause de maladie, accident de la vie privée, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle pris en charge par le régime de base des assurances sociales.

Dans cette situation, l'entreprise et le salarié sont exonérés du versement des cotisations pour tout mois civil entier d'arrêt de travail.

Si l'absence est inférieure à mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

- le salarié bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'entreprise, notamment : en cas d'activité partielle, d'activité partielle longue durée ou en cas de congé de reclassement ou de congé de mobilité.

Dans cette situation, le versement des cotisations doit être effectué par l'entreprise et le salarié pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée, dans les mêmes conditions que lorsque le salarié est en activité.

Dans tous les cas, le salarié demeure redevable de la cotisation correspondant à la couverture de ses ayants droit. »

Article 3 | *Tableau des garanties*

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

« Les prestations du 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" et 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 qu'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, 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.

Nature des frais	Remboursement du régime de base	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 ⁽¹⁾	70 % BR	150 % BR	220 % 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	150 % BR	220 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	130 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux 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	40 % BR	100 % BR
Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 8 séances/an	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Sages femmes	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Analyses, et examens de laboratoire⁽²⁾	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	30 % à 65 % BR	100 % BR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie	-	30€/3 fois/an/ bénéficiaire	30€/3 fois/an/ Bénéficiaire

Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus
Médicaments :			
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraires de dispensation du pharmacien)	65 % BR	35 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraires de dispensation du pharmacien)	30 % BR	70 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraires 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 11 ans et la vaccination anti grippale	de 65 % à 100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical :			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	40 % BR	100 % BR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	60 % BR ou 100 % BR	0 % ou 40 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	80 % ou 100 % BR	0 % ou 20 % BR	100 % BR
Honoraires :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	175 % ou 155 % BR	255 % 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
- Forfait patient urgences ⁽⁶⁾	-	100 % FR	100 % FR

Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus
Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)	-	25€/jour limité à 60 jours par an	25€/jour limité à 60 jours par an
Forfait maternité (dans la limite des frais engagés)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
OPTIQUE			
Equipement : 2 verres + monture	1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁷⁾		
Equipements 100% santé (Classe A) ⁽⁸⁾ :			
- 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	135€ - RO	135€
- Verre complexe ⁽⁹⁾	60% BR	180€ - RO	180€
- Verre très complexe ⁽⁹⁾	60% BR	230€ - RO	230€
Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁸⁾	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels
Supplément pour verre avec filtre ⁽⁸⁾	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	390 % BR+250€/an/ bénéficiaire	450 % BR +250€/an/ bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	250€/an/ bénéficiaire	250€/an/ bénéficiaire

Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus
DENTAIRE			
Soins, actes, consultations et prothèses 100% Santé ⁽⁸⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
Soins, actes et consultations (hors 100% Santé)	60 % BR	140 % BR	200 % BR
Inlay Only (hors 100% Santé) ⁽¹⁰⁾	60 % BR	65 % BR	125 % BR
Prothèses (hors 100% Santé) :			
- inlays core à honoraires maîtrisés ou libres ⁽¹⁰⁾	60 % BR	65 % BR	125 % BR
- prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁰⁾	60 % BR	150 % BR + crédit de 300€/an/bénéficiaire	210 % BR+crédit de 300€/an/bénéficiaire
- prothèses à honoraires libres	60 % BR	150 % BR+crédit de 300€/an/bénéficiaire	210 % BR+crédit de 300€/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	60 % ou 100 % BR	200 % BR ou 240 % BR	300 % BR
AIDES AUDITIVES ⁽¹¹⁾			
Equipements 100% Santé (Classe I) ⁽⁸⁾	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	1700€
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	170 % BR + 175€/an/bénéficiaire/oreille	230 % BR + 175€/an/bénéficiaire/oreille
CURES THERMALES			
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux ⁽¹⁾ , transport, hébergement, surveillance	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR	100 % BR
DIVERS			
Transports urgents préhospitaliers (T.U.P.H) remboursés par le régime de base	100 % BR	-	100 % BR
Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	55 % ou 100 % BR	45 % ou 0 % 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.

(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 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, neutre) 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) ≤ 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) ≤ 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

(10) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour les soins et les prothèses à honoraires maîtrisés jusqu'en 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) 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 déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

Article 4 | 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 et au plus tard le 1^{er} janvier 2025.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres points et conditions de l'accord collectif du 22 septembre 2009.

Article 5 | *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 Bois-Guillaume, le 16 décembre 2024.

(Suivent les signatures.)