

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA SOUVERAINETÉ ALIMENTAIRE

Convention collective nationale

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

Convention collective nationale

**IDCC : 7025 | ENTREPRISES DE TRAVAUX ET SERVICES AGRICOLES,
RURAUX ET FORESTIERS
(8 octobre 2020)**

Convention collective

**IDCC : 9231 | EXPLOITATIONS AGRICOLES ET ENTREPRISES DE TRAVAUX
AGRICOLES ET RURAUX
(Creuse)
(27 octobre 1993)**

Avenant n° 7 du 29 novembre 2024

NOR : AGRS2597061M

IDCC : 7024, 7025

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

Fédération départementale des syndicats des exploitants agricoles de la Creuse ;

Entrepreneurs des territoires du Limousin ;

La fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole de la Creuse,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Syndicat FGTA FO de la Creuse ;

Syndicat CFTC Agri de la Creuse ;

SNCEA CFE-CGC ;

Syndicat général agroalimentaire CFDT du Limousin,

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 collectif de prévoyance interprofessionnel du 3 décembre 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 ».

De plus, le tableau des garanties santé est mis à jour par le présent avenant conformément à la réglementation, sans changement sur le niveau des garanties.

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 partielle de l'article 4 intitulé « Dispositif frais de santé »**

L'article 4.1 « Salariés bénéficiaires » est réécrit ainsi :

« Article 4.1 | *Salariés bénéficiaires*

Les dispositions de l'accord collectif de travail relatif à la mise en place d'un régime frais de santé pour les salariés non cadres des exploitations agricoles et entreprises de travaux agricoles et ruraux de la Creuse du 3 décembre 2009 s'appliquent à tous les 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, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de 3 mois 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, cadres 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 ;
- des VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles ;
- des 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 défini à l'article 4.7 créé ci-après.

Toutefois :

- les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles représentatives au niveau d'un champ d'application territorial ou professionnel plus restreint à celui du présent accord ;
 - l'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole ;
- pourront, conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, étendre facultativement ou obligatoirement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, aux ayants droit du salarié. »

Article 2 | *Modification intégrale de l'annexe 1 intitulée « Tableau des garanties d'assurance complémentaire santé »*

L'annexe 1 à l'accord départemental initiale est annulée et remplacée. Elle figure en annexe 1 du présent avenant.

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 et au plus tard le 1^{er} 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.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de l'accord du 3 décembre 2009.

Fait à Guéret, le 29 novembre 2024.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Tableau des garanties d'assurance complémentaire 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.

(Voir page suivante.)

Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement total Régime de base + NIVEAU 1	Remboursement total Régime de base + NIVEAU 1 + NIVEAU 2
SOINS COURANTS			
•Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation) :			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	200 % BR	300 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	180 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	200 % BR	300 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	180 % 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	70 % BR	100 % BR	100 % BR
•Consultation psychologue (dispositif Mon soutien Psy) dans la limite de 12 séances/an	60 % BR	100 % BR	100 % BR
•Analyses et examens de laboratoire	60 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR
•Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	120 % BR	120 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de prévention ⁽²⁾	de 35% à 70% BR	100 % BR	100 % BR
•Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, sophrologie	-	30 €/séance /bénéficiaire limité à 1 séance/an	30 €/séance /bénéficiaire limité à 4 séances/an
•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 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 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
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	-	40 €/an/bénéficiaire
- Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	40 €/an/bénéficiaire	40 €/an/bénéficiaire

Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement total Régime de base + NIVEAU 1	Remboursement total Régime de base + NIVEAU 1 + NIVEAU 2
•Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	300 % BR	500 % BR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	60% BR ou 100% BR	300 % ou 340 % BR	500 % ou 540 % BR
HOSPITALISATION (Conventionné ou non)			
•Frais de séjour	80% BR ou 100% BR	100 % BR	100 % BR
•Honoraires :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80% BR ou 100% BR	500 % BR	500 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾⁾	80% BR ou 100% BR	200 % BR	200 % BR
•Forfait actes lourds ⁽³⁾	-	100 % FR	100 % FR
•Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR
•Forfait patient urgences ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR
•Chambre particulière y compris en ambulatoire (par bénéficiaire)	-	52 €/jour pendant 60 jours puis 25 €/jour	78 €/jour pendant 60 jours puis 25 €/jour
•Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire dans la limite de 30 jours/an)	-	52 €/jour	52 €/jour
MATERNITE (Conventionné ou non)			
•Frais de séjour	80% BR ou 100% BR	100 % BR	100 % BR
•Honoraires :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80% BR ou 100% BR	300 % BR	300 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80% BR ou 100% BR	200 % BR	200 % BR
•Forfait maternité	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS
•Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR
•Forfait patient urgences ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR
•Chambre particulière y compris en ambulatoire (par bénéficiaire)	-	52 €/jour	52 €/jour
OPTIQUE			
Equipement : 2 verres + monture		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁶⁾	
•Equipements 100% santé (Classe A) ⁽⁷⁾			
- 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 ⁽⁸⁾	60 % BR	135 €/verre	160 €/verre
- Verre complexe ⁽⁸⁾	60 % BR	220 € / verre	300 €/ verre
- Verre très complexe ⁽⁸⁾	60 % BR	270 €/ verre	350 €/ verre

• Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement total Régime de base + NIVEAU 1	Remboursement total Régime de base + NIVEAU 1 + NIVEAU 2
OPTIQUE (suite)			
• Supplément pour verre avec filtre ⁽⁷⁾	60 % BR	Frais réels	Frais réels
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	100 % BR + 350 € /an/bénéficiaire	100 % BR + 475 € /an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	-	350 €/an/bénéficiaire	475 €/an/bénéficiaire
DENTAIRE			
• Soins, actes, consultations et prothèses 100% Santé ⁽⁷⁾	60 % BR	Frais réels	Frais réels
• Soins, actes et consultations (hors 100% santé)	60 % BR	100 % BR	100 % BR
• Inlay Onlay (hors 100% santé) ⁽⁷⁾	60 % BR	210 % BR + 350 € /an/bénéficiaire	210 % BR + 475 € /an/bénéficiaire
• Prothèses (hors 100% santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés	60 % BR	270 % BR + 350 € /an/bénéficiaire	270 % BR + 475 € /an/bénéficiaire
- prothèses à honoraires libres	60 % BR		
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base ⁽⁹⁾	70 % BR		
- Inlay core à honoraires maîtrisés ou libres	60 % BR	125 % BR	125 % BR
• Orthodontie remboursée par le régime de base	60% ou 100% BR	250 % ou 280 % BR	350 % ou 380 % BR
• Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	-	100 €/an/bénéficiaire
• Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	200 €/an/bénéficiaire	400 €/an/bénéficiaire
• Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁰⁾			
• Equipements 100% Santé (Classe I) ⁽⁷⁾	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	1550 €/oreille	1700 €/oreille
CURES THERMALES			
• Frais balnéaires remboursés par le régime de base : honoraires médicaux, transport, hébergement, surveillance	65% ou 70% BR	100 % BR	100 % BR + 150 € /an/bénéficiaire
DIVERS			
• Transports urgents préhospitaliers (T.U.P.H) remboursés par le régime de base	100% BR	Frais réels	Frais réels
• Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	55 % BR	Frais réels	Frais réels