

# MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA SOUVERAINETÉ ALIMENTAIRE

Convention collective nationale

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

Convention collective régionale

IDCC : 8113 | **EXPLOITATIONS DE MARAÎCHAGE, ARBORICULTURE, HORTICULTURE, PÉPINIÈRES ET CRESSICULTURE (Île-de-France)**  
**(8 septembre 2006)**

## Avenant n° 15 du 12 septembre 2024

NOR : AGRS2597073M

IDCC : 7024

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

**Fédération régionale des syndicats d'exploitants agricoles FRSEA d'Île-de-France,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**Fédération CFTC de l'agriculture CFTC Agri ;**

**Syndicat francilien de la transformation agroalimentaire CFDT,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### Préambule

Par le présent avenant, et 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 organisations syndicales salariales et patronales, représentatives au plan régional, décident de modifier les dispositions de l'accord collectif de prévoyance pour les salariés non cadres des exploitations d'arboriculture, de maraîchage, d'horticulture, de pépinières et de cressiculture de la région Île-de-France du 30 janvier 2008, 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.

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 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>

En conséquence, l'accord collectif de prévoyance du 30 janvier 2008 est modifié comme suit :

L'article 1<sup>er</sup> « Champ d'application » est abrogé et réécrit comme suit :

### « Article 1<sup>er</sup> | *Champ d'application*

Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les 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, et qui relèvent de la convention collective des exploitations d'arboriculture, de maraîchage, d'horticulture, de pépinières et de cressiculture du 8 septembre 2006 (départements 75, 77, 78, 91, 92, 93, 94, 95), 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 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 ;
- des VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles. »

La partie B « Prestations santé » de l'article 7 est annulée et remplacée comme suit :

### « B. Prestations santé

Les garanties frais de santé du présent accord sont exprimées :

- en % de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale dont relève le salarié visé à l'article A du présent accord ou du ticket modérateur (TM) ;
- en % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ou forfaitairement.

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'optiques et du plafond pour les aides auditives.

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

Les prestations sont versées conformément au tableau ci-dessous :

Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement complémentaire Socle obligatoire conventionnel	Remboursement total socle conventionnel	Remboursement Option 1 (incluant le socle conventionnel)	Remboursement Option 2 (incluant le socle conventionnel)
<b>SOINS COURANTS</b>					
<b>Honoraires médicaux (y compris téléconsultation) :</b>					
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	250 % BR	<b>320 % BR</b>	420 % BR	520 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	130 % BR	<b>200 % BR</b>	200 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	250 % BR	<b>320 % BR</b>	420 % BR	520 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	130 % BR	<b>200 % BR</b>	200 % BR	200 % BR
<b>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</b>	60 % BR	40 % BR	<b>100 % BR</b>	100 % BR	100 % BR
<b>Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 8 séances par an</b>	60 % BR	40 % BR	<b>100 % BR</b>	100 % BR	100 % BR
<b>Analyses, et examens de laboratoire <sup>(1)</sup></b>	de 60 % à 100 % BR	de 0 % à 40 % BR	<b>100 % BR</b>	100 % BR	100 % BR
<b>Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie <sup>(2)</sup></b>	70 % BR	30 % BR	<b>100 % BR</b>	100 % BR	100 % BR
<b>Actes de prévention <sup>(3)</sup></b>	de 35 % à 70 % BR	de 65 % à 30 %	<b>100 % BR</b>	100 % BR	100 % BR
<b>Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étioopathie, sophrologie</b>	-	30€ /1 séance /an /bénéficiaire	<b>30€ /1 séance /an /bénéficiaire</b>	30€ /1 séance /an /bénéficiaire	30€ /4 séances /an /bénéficiaire
<b>Médicaments</b>					
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	65 % BR	35 % BR	<b>100 % BR</b>	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	30 % BR	70 % BR	<b>100 % BR</b>	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	85 % BR	<b>100 % BR</b>	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 % BR à 100 % BR	de 35 % à 0 % BR	<b>100 % BR</b>	100 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-				40€ /an /bénéficiaire
- Vaccins remboursés par le régime de base	65 % BR ou 100 % BR			65 % BR ou 100 % BR +40€ /an /bénéficiaire	65 % BR ou 100 % BR +40€ /an /bénéficiaire
<b>Matériel médical</b>					
- Fournitures médicales, pansements	60% BR	40 % BR	<b>100 % BR</b>	200 % BR	400 % BR
- gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % BR ou 100 % BR	40 % ou 0 % BR	<b>100 % BR</b>	100 % BR	100 % BR
<b>HOSPITALISATION</b>					
<b>Frais de séjour</b>	80 % ou 100 % BR	20 % ou 0 % BR	<b>100 % BR</b>	100 % BR	100 % BR
<b>Honoraires :</b>					
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % ou 100 % BR	240 % ou 220 % BR	<b>320 % BR</b>	420 % BR	520 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % ou 100 % BR	120 % ou 100 % BR	<b>200 % BR</b>	200 % BR	200 % BR
- Forfait actes lourds <sup>(4)</sup>	-	100 % FR	<b>100 % FR</b>	100% FR	100% FR
<b>Forfait journalier hospitalier <sup>(5)</sup></b>	-	100 % FR	<b>100 % FR</b>	100% FR	100%FR
<b>Forfait patient urgences <sup>(6)</sup></b>	-	100 % FR	<b>100 % FR</b>	100% FR	100% FR

Chambre particulière y compris en ambulatoire (par jour/bénéficiaire/an)	-	25€ par jour	25€ par jour	Hors maternité : 30 € /jour Maternité : 55 € /jour Psychiatrie : 30 € /jour	Hors maternité : 40 € /jour Maternité : 80 € /jour Psychiatrie : 40 € /jour
Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire /an)	-	60€ par jour limité à 60 jours	60€ par jour limité à 60 jours	86€ par jour limité à 60 jour puis 60€ limité à 60 jours	86€ par jour limité à 60 jour puis 60€ limité à 60 jours
Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS	1/3 PMSS	2/5 PMSS
Confort hospitalier	-	-	-	-	26€ /an /bénéficiaire
Prestations de service en cas d'hospitalisation à domicile prises en charge par le régime de base	-	-	-	Crédit de 52€/jour limité à 60 jours/an	Crédit de 52€ /jour limité à 60 jours /an + crédit limité à 400€ /an /bénéficiaire
<b>OPTIQUE</b>					
		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	Frais réels	Frais réels
- Verre	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	Frais réels	Frais réels
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Autres équipements (Classe B)					
- Monture	60 % BR	100€-RO	100€	100 €	100 €
- Verre simple <sup>(9)</sup>	60 % BR	110€-RO /verre	110€ /verre	141€ /verre	160€ /verre
- Verre complexe <sup>(9)</sup>	60 % BR	175€-RO /verre	175€ /verre	250€ / verre	300€ /verre
- Verre très complexe <sup>(9)</sup>	60 % BR	175€-RO /verre	175€ /verre	250€ /verre	300€ /verre
Prestation d'adaptation de la correction à la vue pour des verres de Classe B <sup>(8)</sup>	60 % BR	40 % +10€ /an /bénéficiaire	100 % BR +10€ /an /bénéficiaire	100 % BR +10€ /an /bénéficiaire	100 % BR +10€ /an /bénéficiaire
Supplément pour verre avec filtre <sup>(8)</sup>	60 % BR	40% BR	100 % BR	100 BR	100 BR
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	315€ /an /bénéficiaire	60 % BR + 315€ /an /bénéficiaire	60 % BR + 315€ + crédit 110€ / 2 ans /bénéficiaire	60 % BR + 315€ + crédit de 170€ /2 ans /bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	crédit 200€ /an /bénéficiaire	crédit 200€ /an /bénéficiaire	crédit 200€ /an /bénéficiaire + crédit de 110€ /2 ans /bénéficiaire	crédit 200€ /an /bénéficiaire + crédit de 170€ /2 ans /bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b>					
Soins, actes, consultations et prothèses 100% Santé <sup>(8)</sup>	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins, actes et consultations (hors 100% Santé)	60 % BR	40 % BR+FR <sup>(11)</sup>	100 % BR+FR <sup>(11)</sup>	100 % BR+FR <sup>(11)</sup>	100 % BR+FR <sup>(11)</sup>
Inlay Onlay (hors 100% Santé)	60 % BR	65 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Inlay core (hors 100% Santé)	60 % BR	65 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Prothèses (hors 100% Santé) :					
- prothèses à honoraires maîtrisés	60 % BR	150 % BR+ crédit de 300€ /an /bénéficiaire	210 % BR + crédit de 300€ /an /bénéficiaire	280 % BR + crédit de 300€ /an /bénéficiaire	410 % 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	280 % BR + crédit de 300€ /an /bénéficiaire	410 % BR + crédit de 300€ /an /bénéficiaire
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	-	crédit de 215€ /an /bénéficiaire	crédit de 215€ /an /bénéficiaire	crédit de 215€ /an /bénéficiaire	crédit de 215€ /an /bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	60 % ou 100 % BR	240 % ou 200 % BR	300 % BR	450 % BR	550 % BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	crédit de 400€ /an /bénéficiaire	crédit de 400€ /an /bénéficiaire	crédit de 400€ /an /bénéficiaire	crédit de 400€ /an /bénéficiaire
Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	-	-	150€ /an /bénéficiaire	300€ /an /bénéficiaire
Parodontologie non remboursée	-	-	-	-	crédit de 100€ / an /bénéficiaire
<b>AIDES AUDITIVES <sup>(10)</sup></b>					
Equipements 100% Santé (Classe I) <sup>(8)</sup>	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels	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€-RO/oreille	1700€/oreille	1700€/oreille	1700€/oreille
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	200 % BR/oreille	260 % BR/oreille	400 % BR/oreille	400 % BR/oreille
<b>CURES THERMALES</b>					
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux <sup>(1)</sup> , transport, hébergement, surveillance	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

DIVERS					
Transports urgents préhospitaliers (T.U.P.H.) remboursés par le régime de base	100 % BR	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	55 % BR	45 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Assistance	-	oui	oui		
Réseau de soins	-	oui	oui	oui	oui

BR : base de remboursement ; RO : régime obligatoire ; PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale ; 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 les médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes.

(2) Les actes réalisés par les 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.160-13-1 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 :

**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) Frais réels : si secteur conventionné, le remboursement comprend la part obligatoire + la part complémentaire. Si secteur non conventionné, le remboursement est égal à 90% des frais réels (part obligatoire + part complémentaire) limité à 300% de la BR du secteur conventionné.

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 2 | Entrée en vigueur

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

## Article 3 | Dépôt et extension

Le présent avenant est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

*Fait à Paris, le 12 septembre 2024.*

(Suivent les signatures.)