

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA SOUVERAINETÉ ALIMENTAIRE

Convention collective nationale

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

Convention collective

IDCC : **9272** | **ENTREPRISES ET EXPLOITATIONS DE POLYCULTURE ET D'ÉLEVAGE, EXPLOITATIONS MARAÎCHÈRES ET CULTURES LÉGUMIÈRES DE PLEIN CHAMP ET CUMA**
(Eure)
(28 juin 1985)

Avenant n° 6 du 14 novembre 2024

NOR : *AGRS2597054M*

IDCC : 7024

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

Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles FDSEA de l'Eure,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Syndicat national des cadres des entreprises agricoles SNCEA CFE-CGC ;

Syndicat général agroalimentaire CFDT de l'Eure ;

Syndicat CFTC Agri fédération de l'agriculture section de l'Eure,

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 du 9 juillet 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 9 juillet 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 :
 - 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 déremboursement des frais de transports sanitaires non urgents et des soins dentaires.

Par conséquent, 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 de l'article 4 « Dispositif frais de santé »

L'article 4.1 « Salariés bénéficiaires » est modifié comme suit :

« Les dispositions de l'accord du 9 juillet 2009 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, relevant du champ d'application de l'accord précité et 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 des techniciens, agents de maîtrise et 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.

En outre, les salariés pourront étendre facultativement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, à leurs ayants droit.

Il est toutefois précisé que, pour les salariés dont la durée du contrat de travail ou du contrat de mission est inférieure ou égale à 3 mois et ceux dont la durée effective de travail prévue par ce contrat est inférieure ou égale à 15 heures par semaine, l'obligation de couverture prévue par le présent régime et la portabilité prévue par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale sont assurées selon les seules modalités prévues au paragraphe II de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.

Ces salariés ne seront donc pas affiliés au contrat collectif souscrit par leur employeur mais devront personnellement souscrire un contrat complémentaire "santé" présentant un caractère "solidaire" et "responsable" portant sur la période concernée.

La justification de l'existence de ce contrat leur permettra, le cas échéant, à la condition expresse qu'ils en fassent la demande à leur employeur dès la date de leur

embauche, de bénéficier d'un "versement santé" de leur employeur, dans les conditions et limites définies aux articles D. 911-6 et suivants du code de la sécurité sociale.

Il est, cependant, rappelé que ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice de la "Complémentaire santé solidaire" (C2S), d'une couverture collective et obligatoire y compris en tant qu'ayant droit ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique. »

Les dispositions des articles 4.2 et 4.3 sont modifiées comme suit :

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

Article 2 | Mise en conformité du dispositif frais de santé

Le dispositif frais de santé de l'accord précité est mis en conformité avec les évolutions réglementaires comme suit :

2.1. Modification de l'article 6.3 « Maintien des garanties 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 participant 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 participant 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 participant 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 participant pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée, dans les mêmes conditions que lorsque vous êtes en activité.

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

2.2. Modification des tableaux de garanties

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.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres points et conditions de l'accord collectif du 9 juillet 2009.

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. 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 Guichainville, le 14 novembre 2024.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Tableau des garanties

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.

(Voir page suivante.)

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	100 % BR	170 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	80 % BR	150 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	100 % BR	170 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	80 % BR	150 % 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	100 % BR	160 % BR
• Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 8 séances/an	60 % BR	40 % BR	100 % BR
• Sages femmes	70 % BR	100 % BR	170 % BR
• Analyses et examens de laboratoire ⁽²⁾	60% BR ou 100% BR	100% BR ou 60% BR	160 % BR
• Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie ⁽²⁾	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de prévention ⁽³⁾	de 35% BR à 70% BR	de 30% BR à 65% BR	100 % BR
• Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, éthiopathie, sophrologie, microkinésithérapie	-	30 €/séance limité à 2 séances/an/ bénéficiaire	30 €/séance limité à 2 séances/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 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 pharmacien remboursés par le régime 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 0% à 35 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	50 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire
- Sevrage tabagique non remboursé par le régime de base	-	50 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire
• Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100 % BR	160 % BR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	60% BR ou 100% BR	100% BR ou 60% BR	160 % BR

Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total (régime de base inclus)
HOSPITALISATION			
● Frais de séjour	80% BR ou 100% BR	0% ou 20% BR	100 % BR
● Honoraires :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80% BR ou 100% BR	200% BR ou 180% BR	280 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80% BR ou 100% BR	120% BR 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
● Chambre particulière y compris en ambulatoire (par jour/bénéficiaire)	-	50 €/jour limité à 60 jours par an puis 25€ par jour	50 €/jour limité à 60 jours par an puis 25 €/jour
● Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans	-	30 €/jour limité à 60 jours par an	30 €/jour limité à 60 jours par an
● 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 ⁽⁷⁾	
● Equipements 100% santé (Classe A) ⁽⁸⁾			
- Monture	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Verre	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels

Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total (régime de base inclus)
-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	100 € - RO/verre	100 €/verre
- Verre complexe ⁽⁹⁾	60 % BR	175 € - RO/ verre	175 €/ verre
- Verre très complexe ⁽⁹⁾	60 % BR	175 € - RO/ verre	175 €/ verre
• Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B⁽⁸⁾	60 % BR	40% BR + 10€/an/bénéficiaire	100% BR + 10€/an/bénéficiaire
• Supplément pour verre avec filtre ⁽⁸⁾	60 % BR	40% BR	100% BR
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40% BR + 100 € /an/bénéficiaire	100% BR + 100€ /an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
DENTAIRE			
• Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁸⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Soins (hors 100% Santé)	60 % BR	40 % BR	100 % BR
• Inlay Onlay (hors 100% Santé) ⁽⁸⁾	60 % BR	235 % BR	295 % BR
• Inlay Core (hors 100% Santé) ⁽⁸⁾	60 % BR	235 % BR	295 % 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
- 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% BR ou 100% BR	240 % BR ou 200% BR	300 % BR

Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total (régime de base inclus)
• Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	200 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
• Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	200 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
• Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	75 €/an/bénéficiaire	75 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁰⁾			
• 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	40% BR + 150€/oreille	100% BR + 150€/oreille
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	40% BR + 150€/oreille	100% BR + 150€/oreille
CURES THERMALES			
• Frais balnéaires remboursés par le régime de base : honoraires médicaux, transport, hébergement, surveillance	65% BR ou 70% BR	30% BR ou 35% BR	100 % BR
• Forfait thermal complémentaire	-	125€	125€
DIVERS			
• Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	55% BR	110% BR	165% BR
• Transports urgents préhospitaliers (T.U.P.H) remboursés par le régime de base	100% BR	-65% BR	165% BR
• Consultation diététique par an par bénéficiaire	-	28€	28€

(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.160-13-1 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** : 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) \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.

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.