

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA SOUVERAINETÉ ALIMENTAIRE

Convention collective nationale

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

Convention collective

IDCC : **8233** | **ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX (Haute-Normandie)**
(3 juillet 1970)

Avenant n° 6 du 5 décembre 2024

NOR : AGRS2597052M

IDCC : 7025

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

Union régionale des entrepreneurs des territoires de Normandie,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Union professionnelle régionale agroalimentaire CFDT de Normandie ;

Fédération CFTC de l'agriculture CFTC Agri ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation, des tabacs et des activités annexes Force ouvrière FGTA FO ;

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 collectif de prévoyance interprofessionnel du 17 juin 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 de l'article bénéficiaires

L'alinéa 1 « Les salariés » de l'article 2 « Les bénéficiaires » de l'accord collectif de travail relatif à la mise en place d'un régime frais de santé pour les salariés non cadres des entreprises de travaux agricoles et ruraux de Normandie du 10 avril 2009 est annulé et remplacé comme suit :

« 1. Les salariés

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 entreprises de travaux agricoles et ruraux de Normandie du 10 avril 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, 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.

Le bénéfice de la garantie frais de santé prend effet le 1^{er} jour du mois civil au cours duquel le salarié atteint l'ancienneté de 6 mois tel que défini ci-dessus. »

Article 2 | Tableau des garanties

L'article 4 « Les prestations » est annulé et remplacé comme suit :

« 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. »

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	230 % BR	300 % 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	230 % BR	300 % 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 prévues 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
● Analyses et examens de laboratoire ⁽²⁾	de 60 % ou 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	de 30 % à 65 % BR	100 % BR

Nature des frais	Remboursementdu régime de base	Remboursementcomp lémentaire 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 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	de 0 % à 35 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	40 €/an/famille	40 €/an/famille
- Vaccins non remboursés par le régime de base	-	40 €/an/famille	40 €/an/famille
● Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	405 % BR	465 % BR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % BR ou 100 % BR	405 % ou 450 % BR	465 % ou 550 % 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 % à 20 % BR	100 % BR
● Honoraires (hors maternité) :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80% BR ou 100% BR	420 % ou 400 % BR	500 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80% BR ou 100% BR	120 % ou 100 % BR	200 % BR
● Honoraires (maternité) :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80% BR ou 100% BR	220 % ou 200 % BR	300 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80% BR 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
● Chambre particulière y compris en ambulatoire (hors maternité)	-	78 €/jour limité à 60 jours puis 25 €/jour/bénéficiaire	78 €/jour limité à 60 jours puis 25 €/jour/bénéficiaire
● Chambre particulière (maternité)		52 €/jour/bénéficiaire	52 €/jour/bénéficiaire
● Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans	-	52 €/jour limité à 30 jours /an/bénéficiaire	52 €/jour limité à 30 jours /an/bénéficiaire
● Forfait maternité (dans la limite des frais engagés)	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS

Nature des frais	Remboursementdu régime de base	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus
OPTIQUE			
Équipement : 2 verres + monture		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁷⁾	
● Équipements 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/verre	100 €/verre
- Verre simple ⁽⁹⁾	60 % BR	120 € - RO/verre	120 €/verre
- Verre complexe ⁽⁹⁾	60 % BR	175 € - RO/verre	175 €/ verre
- Verre très complexe ⁽⁹⁾	60 % BR	210 € - RO/verre	210 €/ verre
● 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	40 % BR + 175€/an/bénéficiaire	0 % ou 100 % BR + 175€/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	175€/an/bénéficiaire	

Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement Complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus
DENTAIRE			
● Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
● Soins (hors 100% santé)	60 % BR	40 % BR	100 % BR
● Inlay Onlay (hors 100% santé) ⁽¹⁰⁾	60 % BR	135 % BR	195 % BR
● Prothèses (hors 100% santé) :			
- Inlays core à honoraires maîtrisés ⁽¹⁰⁾ ou libres	60 % BR	135 % BR	195 % BR
- prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹⁰⁾	60 % BR	350 % BR + 300 €/an/bénéficiaire	410 % BR + 300 €/an/bénéficiaire
- prothèses à honoraires libres	60 % BR	350 % BR + 300 €/an/bénéficiaire	410 % BR + 300 €/an/bénéficiaire
● Orthodontie remboursée par le régime de base	60% ou 100% BR	250 % ou 290 % BR	350 % BR
● Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	300 €/an/bénéficiaire	300 €/an/bénéficiaire
● Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
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	1 700 €
● Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	190% BR + 350 €/oreille	250% BR + 350 €/oreille

Nature des frais	Remboursement du régime de base	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus
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
● Forfait thermal complémentaire		150 €/an	150 €/an
DIVERS			
● Transports urgents préhospitaliers (T.U.P.H) remboursés par le régime de base	100% BR	-	Frais réels
● Transports remboursés par le régime de base	55%	Frais réels - RO	Frais réels

BR : Base de remboursement **FR**: Frais réels **RO**: Régime Obligatoire **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.

(2) 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.

(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
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S > 8 dioptries

(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.

(Voir page suivante.)

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.

Fait à Caen, le 5 décembre 2024.

(Suivent les signatures.)