

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DE L'AGRO-ALIMENTAIRE 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 : **8733** | **ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES ET RURAUX
ET CUMA**
(Tarn et Haute-Garonne)
(11 décembre 1987)
(Étendue par arrêté du 15 mars 1988,
Journal officiel du 24 mars 1988)

Convention collective départementale

IDCC : **9811** | **EXPLOITATIONS AGRICOLES**
(Tarn)
(6 mai 2002)
(Étendue par arrêté du 18 décembre 2002,
Journal officiel du 17 janvier 2003)

(Voir page suivante.)

Accord du 4 juillet 2025

relatif aux frais de santé

NOR : AGRS2697036M

IDCC : 7024, 7025, 8733, 9811

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

Fédération départementale des syndicats d'exploitants agricoles du Tarn (FDSEA 81) ;

Syndicat départemental des entrepreneurs des territoires du Tarn ;

Syndicat départemental des entrepreneurs des territoires de Haute-Garonne ;

Fédération départementale des coopératives d'utilisation de matériel agricole du Tarn et de la Haute-Garonne,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Union professionnelle régionale agro-alimentaire CFDT Occitanie ;

Fédération nationale agroalimentaire et forestière CGT ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture FO ;

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

Fédération CFTC de l'agriculture,

d'autre part,

il a été convenu de ce qui suit :

Les organisations conviennent que les dispositions suivantes qui constituent le présent avenant de révision, qu'ils renomment « Tarn (ex-IDCC 9811 et ex-IDCC 8733) – Accord frais de santé du 4 juillet 2025 de la production agricole du Tarn et des ETAR CUMA du Tarn et de la Haute-Garonne », se substituent à l'ensemble des stipulations des accords collectifs territoriaux étendus relatifs au dispositif de complémentaire frais de santé.

Préambule

Les partenaires sociaux réaffirment leur volonté commune de garantir à l'ensemble des salariés une couverture complémentaire santé de qualité, adaptée aux spécificités économiques et sociales du secteur, notamment aux très petites entreprises (TPE) qui composent une part significative du tissu professionnel.

Conscients de l'importance d'un accès équitable à la protection sociale complémentaire, ils ont souhaité proposer un régime mutualisé de frais de santé, plus compétitif que celui prévu par l'accord national du 10 juin 2008, tant en termes de garanties que de tarifs. Ce régime vise à offrir aux entreprises relevant du présent accord une solution optimisée, tout en respectant une meilleure lisibilité des obligations légales et conventionnelles qui leur sont applicables.

Toutefois, en l'absence d'un organisme assureur référencé par le présent accord et d'un niveau de garanties et de tarifs plus avantageux que ceux proposés par l'accord national précité, il est rappelé que l'accord national continuera de s'appliquer de plein droit.

Les entreprises relevant du présent accord peuvent choisir d'adhérer à un autre dispositif frais de santé mutualisé, dès lors qu'il leur permet de proposer à leurs salariés une couverture plus favorable que le socle minimal applicable.

Afin de garantir la transparence et l'opposabilité du régime, les informations relatives à l'organisme référencé, aux garanties proposées et aux modalités d'adhésion seront publiées sur un site officiel, et communiquées aux salariés par tout moyen approprié.

Enfin, les partenaires sociaux tiennent à souligner le rôle du fonds social, qui a notamment permis de financer le permis de conduire des apprentis, contribuant ainsi à lever un frein majeur à l'insertion professionnelle et à répondre aux besoins de mobilité en territoire rural, enjeu central pour l'avenir de la branche agricole sur ce territoire.

Article 1^{er} | Champ d'application

Le présent accord est applicable :

- sur le département du Tarn : aux exploitations de la production agricole, aux CUMA et aux entreprises qui relèvent respectivement de la convention collective nationale production agricole/CUMA du 15 septembre 2020 (IDCC 7024) et de la convention collective nationale des entreprises de travaux et services agricoles, ruraux et forestiers (ETARF) du 8 octobre 2020 (IDCC 7025) ;
- sur le département de la Haute-Garonne : aux entreprises qui relèvent de la convention collective nationale des entreprises de travaux et services agricoles, ruraux et forestiers (ETARF) du 8 octobre 2020 (IDCC 7025), ainsi qu'aux CUMA qui relèvent de la convention collective nationale production agricole/CUMA du 15 septembre 2020 (IDCC 7024).

Le présent accord exclut :

Les entreprises et les exploitations qui dépendent d'un accord du même objet couvrant un champ plus large et notamment les exploitations d'horticulture et de pépinières (IDCC 8734), des exploitations forestières et de travaux forestiers (IDCC 8721).

Article 2 | Modalités d'application

Les employeurs de ces exploitations et entreprises agricoles (ci-après dénommés « les employeurs ») appliquent de façon obligatoire le socle minimum de garanties collectives frais de santé instauré par l'accord national du 10 juin 2008 sur le régime frais de santé en agriculture.

Toutefois, dès lors que chaque condition de couverture positionne le présent accord sur un niveau de couverture plus favorable que l'accord national du 10 juin 2008, les employeurs sont alors tenus de l'appliquer. À titre indicatif, ces conditions cumulatives sont notamment les suivantes :

- un niveau de couverture supérieur ou égal sur chaque prestation ;
- un montant de cotisation inférieur.

Pour les modalités du dispositif frais de santé non stipulées dans le présent accord, les dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 sont et restent applicables, et notamment concernant le contrat « solidaire » et « responsable », la « portabilité ». Toutefois, le dispositif frais de santé défini par le présent accord ne se cumule pas avec tout autre système de garanties collectives ayant la même cause ou le même objet applicable dans l'entreprise.

Article 3 | *Entrée en vigueur, durée et réexamen*

Le présent accord révisé et remplace intégralement les dispositions relatives aux dispositifs frais de santé complémentaire qui figurent dans les accords qui lui préexistent issues de :

- l'accord collectif du 3 juillet 2009 portant sur le régime complémentaire frais de santé au profit des salariés agricoles non cadres du Tarn et de l'accord départemental du 6 mai 2002 (ex-IDCC 9811) ;
- l'accord collectif du 3 juillet 2009 portant sur le régime complémentaire frais de santé au profit des salariés des CUMA et des ETAR non-cadres du Tarn et de la Haute-Garonne et de l'accord départemental du 11 décembre 1987 concernant les entreprises de travaux agricoles et ruraux et CUMA du Tarn et de la Haute-Garonne (ex-IDCC 8733).

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Il entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026, et s'applique à tous au plus tard le 1^{er} jour du mois civil qui suit la publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel*.

Les commissions paritaires ou mixtes paritaires se réuniront au moins 1 fois par an pour suivre l'application du présent accord et négocier les éventuelles évolutions nécessaires et assureront le rôle de comité de pilotage paritaire.

Article 4 | *Révision et dénonciation*

Le présent accord pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2222-5, L. 2222-6 et L. 2261-7 à L. 2261-13 du code du travail.

Conformément à l'article L. 2261-7 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires. L'ensemble des organisations représentatives syndicales de salariés et professionnelles agricoles se réunira alors dans un délai d'un (1) mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

Conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de trois (3) mois.

La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail.

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles se réunit alors dans un délai d'un (1) mois à compter de la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de trois (3) mois.

L'accord dénoncé continue donc à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un (1) an à compter de l'expiration du préavis de trois (3) mois.

Article 5.1 | Salariés concernés

Les dispositions du présent accord s'appliquent au salarié non cadre relevant du champ d'application dudit accord, 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.

Par salarié non cadre, il est fait exception des techniciens et des agents de maîtrise qui relèvent de la convention collective du 2 avril 1952 et bénéficient à ce titre du régime de prévoyance et frais de santé.

Article 5.2 | Salariés exclus

Sont donc exclus du dispositif 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 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 et frais de santé 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.

Article 5.3 | Dispositif du versement santé

Pour les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à trois (3) mois, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé peut être assurée par le dispositif versement santé tel que défini dans l'article 4.8 de l'accord national du 10 juin 2008 et selon ses modalités.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié est embauché.

De manière facultative, le versement santé peut être étendu aux ayants droit du salarié.

Article 5.4 | Les ayants droit

De manière facultative, le salarié peut demander le bénéfice de cet accord pour son ou ses ayant(s) droit, tels qu'ils sont définis dans l'accord national du 10 juin 2008 à l'article 4.2, soit :

- le conjoint : personne liée au bénéficiaire par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le cocontractant d'un Pacs (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec le bénéficiaire un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec le bénéficiaire en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs ;

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés, certifiant que le concubinage est notoire, et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

- les enfants à charge du bénéficiaire, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
 - âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d’alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu’ils justifient de ne bénéficier d’aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - quel que soit leur âge, s’ils sont atteints d’une infirmité telle qu’ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l’allocation pour adulte handicapé – AAH – (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d’attribution de l’allocation précitée mais auxquels celle-ci n’est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;
- les enfants du bénéficiaire nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes du bénéficiaire à condition d’être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l’organisme assureur.

Article 6 | *Cas de dispense*

Dans les cas prévus par l’article 4.3 de l’accord national du 10 juin 2008, le salarié peut bénéficier d’une dispense d’adhésion au dispositif frais de santé, quelle que soit sa date d’embauche, sans que cela ne remette en cause le caractère obligatoire du dispositif.

Elle résulte d’une demande écrite du salarié auprès de l’employeur, traduisant un consentement libre et éclairé et faisant référence à la nature des garanties en cause auxquelles il renonce. Elle précise le motif de dispense invoqué et est accompagnée des justificatifs nécessaires. Cette demande comporte la mention selon laquelle ledit salarié a été préalablement informé par l’employeur des conséquences de son choix.

Dans tous les cas, l’employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense du salarié concerné.

Le salarié dispensé informe l’employeur de tout changement de situation.

À titre indicatif, les cas de dispenses prévus par l’article 4.3 de l’accord national sont notamment les suivants :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d’un contrat à durée déterminée ou d’un contrat de mission d’une durée au moins égale à douze (12) mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d’une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d’un contrat à durée déterminée ou d’un contrat de mission d’une durée inférieure à douze (12) mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d’une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l’adhésion au système de garanties les conduirait à s’acquitter d’une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d’une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;

- les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de garantie frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (voir arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :
 - dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
 - régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
 - régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'État, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
 - régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
 - contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » ;
 - régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
 - caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Article 7 | Niveau de garanties

Les garanties fixées par le présent accord sont fixées en annexe I.

Article 8 | Financement du dispositif

Article 8.1 | Montant de la cotisation

Le financement du contrat collectif frais d'assurance souscrit par l'employeur afin de couvrir les garanties applicables en matière de frais de santé, au titre du seul salarié, est assuré par une cotisation répartie de la façon suivante :

- 50 % minimum à la charge de l'employeur ;
- 50 % maximum à la charge du salarié.

Article 8.2 | Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

L'accord national du 10 juin 2008 définit les modalités applicables en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à une indemnisation ou non.

a) En cas de suspension du contrat de travail non indemnisée, l'article 6.3.2 prévoit notamment les dispositions suivantes :

L'adhésion des salariés – y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant – à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les

trois (3) premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- le congé sans solde ;
- le congé sabbatique ;
- le congé parental d'éducation à plein temps ;
- le congé pour création d'entreprise ;
- le congé de solidarité internationale ;
- le congé de solidarité familiale ;
- le congé de formation ;
- le congé d'enseignement ou de recherche.

Après cette période, lesdits salariés peuvent, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont ils relèvent à titre individuel à continuer de bénéficier de la garantie complémentaire santé sous réserve qu'ils s'acquittent seuls de l'intégralité de la cotisation au titre du contrat collectif concerné, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur.

b) En cas de suspension du contrat de travail indemnisée, l'article 6.3.3 prévoit notamment les dispositions suivantes :

L'adhésion des salariés – y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant – à la couverture frais de santé et prévoyance est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le dispositif de protection sociale complémentaire.

Si l'absence est inférieure à un (1) mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement, et la cotisation pour le dispositif prévoyance est calculée sur le salaire et/ou complément de salaire versé par l'employeur.

Article 8.3 | Cas des ayants droit et autres cas particuliers

En tout état de cause, si le salarié souhaite étendre facultativement la couverture frais de santé à ses ayants droit ou s'il souhaite souscrire des garanties facultatives optionnelles en complément de celles du socle, il devra en assurer la totalité du financement.

En revanche, si l'employeur, dans le cadre des dispositions de l'acte juridique (défini à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale) instituant ou modifiant les garanties collectives applicables à ses salariés, choisit :

- d'étendre obligatoirement la couverture complémentaire frais de santé aux ayants droit de ces derniers ou ;
- de mettre en place obligatoirement des garanties supérieures à celles du socle obligatoire.

Ledit employeur devra prendre en charge au minimum 50 % de la cotisation globale appelée à ce titre (part salariale et part patronale).

L'accord national du 10 juin 2008 définit les modalités applicables au présent accord pour les autres cas particuliers notamment concernant les salariés à employeurs multiples et les salariés en couple travaillant dans la même entreprise.

Article 9 | Mutualisation du fonds social

En tout état de cause, 1 % de la cotisation hors taxes de la couverture frais de santé attachée au présent accord sera affectée au financement de mesures collectives ou individuelles de

prévention et d'action sociale telles que listées dans l'accord national du 10 juin 2008 et selon les actions arbitrées et leurs modalités de mise en œuvre par le comité de pilotage paritaire du présent accord.

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le salarié ou ses ayants droit le cas échéant, auprès de l'organisme chargé de la gestion de ces mesures.

Article 10 | *Maintien de la couverture*

L'accord national du 10 juin 2008 définit les modalités applicables au présent accord en matière de portabilité, de maintien de garanties et de formalités à accomplir.

Concernant la portabilité, l'article 4.7 prévoit notamment les dispositions ci-après :

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « loi Évin », et sous condition d'avoir bénéficié effectivement du dispositif frais de santé du présent accord, l'organisme assureur maintient cette couverture à titre individuel avec des garanties identiques à celles des salariés actifs, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six (6) mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties à titre gratuit (maintien prévu à l'article 6.5 ci-après) ;
- des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze (12) mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois suivant le décès.

En tout état de cause, conformément aux dispositions de l'article 1^{er} du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables aux personnes visées aux alinéas précédents ne peuvent pas être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux correspondant à la part finançant la couverture du salarié actif.

Cette adhésion est purement facultative. Elle est à la charge du seul bénéficiaire et n'emporte aucune obligation pour l'employeur en matière de cotisations ou de prestations.

Article 11 | *Comité de pilotage paritaire*

Le comité de pilotage paritaire a pour mission :

- le suivi de la mise en œuvre de l'accord : il veille à la correcte application des dispositions de l'accord collectif sur le champ d'application de l'accord ;
- l'analyse des données de gestion : il examine les rapports fournis par l'organisme assureur (statistiques d'adhésion, consommation des garanties, équilibre financier du régime, etc.) ;
- l'évaluation de l'efficacité du régime : il mesure la pertinence des garanties proposées, leur adéquation avec les besoins des salariés et leur impact sur la santé au travail et les objectifs fixés par le présent accord ;
- la formulation de propositions d'amélioration : il peut formuler des recommandations pour faire évoluer les garanties, les modalités de financement ou les actions de prévention ;
- le suivi des actions de prévention relevant du fonds social : il donne un avis ou propose des actions de prévention santé à mettre en œuvre par l'organisme assureur.

Il se réunira au moins 1 fois par an en vue d'examiner, notamment, les aménagements à apporter aux dispositions du présent accord qui s'avèreraient nécessaires.

La partie la plus diligente assurera le secrétariat lié à la convocation des membres et toutes formalités résultant des travaux dudit comité. Le comité de pilotage définira son fonctionnement dans le cadre d'un règlement intérieur le cas échéant.

Article 12 | Extension

Le présent accord est conclu par les organisations syndicales d'employeurs et de salariés représentatives qui composent les commissions paritaires dans le champ d'application considéré, essentiellement constitué de très petites entreprises.

Ce champ d'application relève de la convention collective nationale de la production agricole et CUMA du 15 septembre 2020 (IDCC 7024) et de la convention collective des entreprises de travaux et services agricoles ruraux et forestiers du 8 octobre 2020 (IDCC 7025). Les organisations qui composent la commission paritaire demandent à la partie la plus diligente de notifier le texte à l'ensemble des organisations représentatives à l'issue de la procédure de signature, et demandent l'extension du présent accord à l'expiration du délai d'opposition.

Fait à Albi, le 4 juillet 2025.

(Suivent les signatures.)

Annexe I Prestations frais de santé

ANNEXE I – PRESTATIONS FRAIS DE SANTE

GRILLE DE GARANTIES (Partie 1/2)			
Nature des prestations		PRESTATIONS SOCLE (incluant les remboursements du régime général MSA)	PRESTATIONS OPTIONNELLES (incluant les remboursements du régime général MSA)
SOINS COURANTS	HONORAIRES MEDICAUX		
	CONSULTATIONS, VISITES GENERALISTES		
	Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (optam)	100% BR	220% BR
	non Adhérents optam	100% BR	200% BR
	CONSULTATIONS, VISITES SPECIALISTES		
	Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (optam)	100% BR	220% BR
	non Adhérents optam	100% BR	200% BR
	ACTES TECHNIQUES MEDICAUX ET D'ECHOGRAPHIE		
	Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	210% BR
	Autres praticiens (1)	100% BR	190% BR
	ACTES D'IMAGERIE DONT OSTEODENSITOMETRIE ACCEPTEE		
	Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	210% BR
	Autres praticiens (1)	100% BR	190% BR
	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES		
	Analyses et examens de laboratoires	100% BR	180% BR
	HONORAIRES PARAMEDICAUX		
	Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	100% BR	200% BR
	MEDICAMENTS REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE	100% BR	100% BR
	MEDICAMENTS NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE	3% PMSS/an/bénéficiaire (Environ 100€)	3% PMSS/an/bénéficiaire (Environ 100€)
AIDES AUDITIVES	MATERIEL MEDICAL		
	Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	100% BR	Fournitures médicales : 100% BR Prothèses et petit appareillage : 200% BR Gros appareillage : 285% BR + 200€/an (fauteuil roulant)
	TRANSPORT SANITAIRE		
	Ambulances, véhicule sanitaire léger	100% BR	100% BR
	AIDES AUDITIVES		
	Prothèse auditive remboursable		
	Équipement 100% santé (Classe 1 - tel que défini réglementairement)	Frais réels	Frais réels
	Équipement à tarifs libres (Classe 2)	100% BR + forfait de 500€ (dans la limite de 1700€)	1700 €/oreille
	Accessoires et Fournitures (piles,...)	-	-
	CURE THERMALE		
CURE THERMALE	ACCEPTEE PAR L'AMO		
	Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal)	100% BR	100% BR
HOSPITALISATION	COMPLEMENTAIRE		
	Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal)	-	150 €/an/bénéficiaire
	HOSPITALISATION		
	MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE		
	Frais de séjour	100% BR	100% BR
	Forfait acte lourd	100% des Frais Réels	100% des Frais Réels
	Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)		
	Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (optam)	255% BR	350% BR
	non adhérents optam	200% BR	200% BR
	Ambulances, véhicules sanitaires légers	100% BR ? (cf Divers : transport)	100% BR ? (cf Divers : transport)
HOSPITALISATION	Forfait journalier hospitalier	Frais Réels	Frais Réels
	Chambre particulière	40€/jour	75€/jour jusqu'à 60jrs/an, puis 25 €/jr Maternité : 80€/jr : maternité Psychiatrie 75€/jour jusqu'à 45 jrs
	Chambre particulière en ambulatoire	35€/jour	75€/jour jusqu'à 60jrs/an, puis 25 €/jr Maternité : 80€/jr : maternité Psychiatrie 75€/jour jusqu'à 45 jrs
	Frais accompagnant enfant	-	50€/jr jusqu'à 10 jrs/an, puis 30€/jr
	Prime Maternité	1/3 PMSS	2/5 PMSS

GRILLE DE GARANTIES (Partie 2/2)			
Nature des prestations		PRESTATIONS SOCLE (incluant les remboursements du régime général MSA)	PRESTATIONS OPTIONNELLES (incluant les remboursements du régime général MSA)
OPTIQUE	OPTIQUE		
	Équipement 100% santé (Classe A - tel que défini réglementairement)		
	→ Monture + verres	Frais réels	Frais réels
	Équipement à tarifs libres (Classe B) :		
	→ Monture seule (enfant)	100 €	100 €
	→ Monture seule (adulte)	40 €	100 €
	Verre simple	100 €/verre	100 €/verre
	Verre complexe	175 €/verre	300€/verre
	Verre très complexe	175 €/verre	300€/verre
	Adaptation de la correction visuelle	Frais réels	Frais réels
	Verres avec filtres	Frais réels	Frais réels
	Autres suppléments (prisme, système antistop, verres isocroniques)	Frais réels ?	Frais réels ?
DENTAIRE	Lentilles (Acceptées et/ou Refusées par le régime de base)	(A) 100% BR + 100€/ an/bénéficiaire, ou (R) Néant	(A) 100% BR + 200€/ an/bénéficiaire, ou (R) Néant
	Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	-	300€ /an/an/bénéficiaire
	DENTAIRE		
	Soins et prothèses dentaires 100% santé	Frais réels	Frais réels
	Soins et prothèses dentaires tarifs libres remboursés msa		
	Prothèses fixes, ἰνδὴν-χρὸς, προτεῖν/σας τοξωντοίπας, □	210% BR + 300€/an/bénéficiaire (45€ d'écart)	600% BR + 400€/an/bénéficiaire
	Soins, parodontologie...	100% BR	100% BR
	Inlay-onlay	125% BR	600% BR + 400€/an/bénéficiaire
	Prothèses dentaires tarifs libres non remboursés msa		
	Prothèses couronnées, piliers...	-	300€ /an/bénéficiaire
	Orthodontie		
	Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	250% BR	300% BR
AUTRES	Orthodontie refusée par le régime obligatoire	-	200€ /an /bénéficiaire
	Implantologie (2 implant/an)	-	300€ /an /bénéficiaire
	Parodontologie non Remboursée	-	100€ /an /bénéficiaire
	AUTRES		
	Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie	50€ /séance limitée à 3 séances /an /bénéficiaire	50€ /séance limitée à 3 séances /an /bénéficiaire
	Sevrage tabagique Substituts nicotiniques (Hors et sur prescriptions médicales)	-	150€ /an /bénéficiaire
	Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire	-	50€ / an
	Vaccins non remboursés par MSA	-	40€ /an /bénéficiaire
	Actes de prévention	100% BR	100% BR
	Assistance	inclus	inclus

BR : Base de Remboursement. CAS : Contrat d'Accès aux Soins. PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. FR : Frais Réels, dans la limite des frais réellement engagés. Le remboursement diffère selon que le médecin est signataire ou non d'un Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire. Pour l'optique la prise en charge s'entend tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles.