

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)

Avenant n° 1 du 29 octobre 2025 relatif au régime frais de santé pour les salariés non cadres

NOR : AGRS2697064M

IDCC : 7024, 7025

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 ce qui suit :

Préambule

Le présent avenant s'inscrit dans le prolongement de l'accord collectif agricole interdépartemental relatif au régime frais de santé pour les salariés non cadres de la production agricole du Tarn et des ETAR CUMA du Tarn et de la Haute-Garonne, signé le 4 juillet 2025.

Afin de renforcer la lisibilité du dispositif et d'en préciser certaines modalités d'application, les partenaires sociaux ont convenu d'apporter des ajustements à l'accord initial. Ces modifications portent notamment sur :

- la clarification du caractère uniforme de la cotisation obligatoire couvrant le salarié et ses ayants droit ;
- le régime optionnel est automatiquement ouvert à titre facultatif pour le salarié dès lors qu'il n'a pas été souscrit à titre obligatoire par l'entreprise ;
- l'actualisation du tableau des garanties santé figurant en annexe.

Le présent avenant vise donc à formaliser ces évolutions, dans le respect des dispositions légales et réglementaires en vigueur, et dans un souci de protection renforcée des salariés concernés.

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^{er} | Le dispositif du versement santé

L'article 5.3 « Dispositif du versement santé » est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« 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 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.

Le versement santé est étendu obligatoirement aux ayants droit du salarié, la cotisation est "uniforme" ; il s'agit d'une cotisation unique obligatoire couvrant le participant et l'ensemble de ses ayants droit, quelle que soit la situation familiale du salarié. »

Article 2 | Les ayants droit

Le premier paragraphe de l'article 5.4 « Les ayants droit » est modifié comme suit :

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

Les autres dispositions de cet article demeurent inchangées.

Article 3 | Le montant de la cotisation

L'article 8.1 « Montant de la cotisation » est modifié comme suit :

« Le financement du contrat collectif frais de santé souscrit par l'employeur afin de couvrir les garanties applicables en matière de frais de santé, est assuré par une cotisation de type "uniforme", il s'agit d'une cotisation unique obligatoire couvrant le

participant et l'ensemble de ses ayants droit, quelle que soit la situation familiale du salarié, et est répartie de la manière suivante :

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

Article 4 | Le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

La première phrase du paragraphe « a) En cas de suspension du contrat de travail non indemnisé, l'article 6.3.2 prévoit les dispositions suivantes » de l'article 8.2 « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail » est modifiée comme suit :

« L'adhésion des salariés – y compris les ayants droit couverts obligatoirement – 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 : (...) ».

Les autres dispositions de paragraphe a. de l'article 8.2 demeurent inchangées.

La première phrase du paragraphe « b) En cas de suspension du contrat de travail indemnisé, l'article 6.3.3 prévoit notamment les dispositions suivantes » de l'article 8.2 « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail » est modifiée comme suit :

« L'adhésion des salariés – y compris les ayants droit couverts obligatoirement – 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 (...) ».

Les autres dispositions de paragraphe b. de l'article 8.2 demeurent inchangées.

Article 5 | Les cas des ayants droit et autres cas particuliers

L'article 8.3 « Cas des ayants droit et autres cas particuliers » est modifié comme suit :

« En tout état de cause, si le salarié souhaite souscrire la garantie facultative optionnelle en complément de celle 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 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 6 | Les prestations frais de santé

Le tableau de garanties de l'annexe 1 « Prestations frais de santé » est modifié comme suit :

Nature des frais	Remboursement du régime de base (hors Alsace-Moselle)	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus	Remboursement option 1	Remboursement total Régime de base + Socle + Option 1
Soins courants					
Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation)					
– honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM (1)	70 % BR	30 % BR	100 % BR	120 % BR	220 % BR
– honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM (1)	70 % BR	30 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR
– honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM (1)	70 % BR	30 % BR	100 % BR	120 % BR	220 % BR
– honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM (1)	70 % BR	30 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Actes de spécialités et actes techniques					
– praticiens adhérents au DPTM (1)	70 % BR	30 % BR	100 % BR	110 % BR	210 % BR
– praticiens non adhérents au DPTM (1)	70 % BR	30 % BR	100 % BR	90 % BR	190 % 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 – grippe par les sages femmes et infirmiers	60 % BR	40 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Sage-femme	70 % BR	30 % BR	100 % BR	–	100 % BR
Consultation psychologue (dispositif Mon soutien Psy) dans la limite de 12 séances/an	60 % BR	40 % BR	100 % BR	–	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire (2)	De 60 % à 100 % BR	40 % BR ou 0 % BR	100 % BR	80 % BR	180 % BR
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie (2)					
– praticiens adhérents au DPTM (1)	70 % BR	30 % BR	100 % BR	110 % BR	210 % BR
– praticiens non adhérents au DPTM (1)	70 % BR	30 % BR	100 % BR	90 % BR	190 % BR
Actes de prévention (3)	De 35 % à 70 % BR	65 % BR ou 30 % BR	100 % BR	–	100 % BR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie	–	50 €/séance limité à 3 séances/an/bénéficiaire	50 €/séance limité à 3 séances/an/bénéficiaire	–	50 €/séance limité à 3 séances/an/bénéficiaire

Nature des frais	Remboursement du régime de base (hors Alsace-Moselle)	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus	Remboursement option 1	Remboursement total Régime de base + Socle + Option 1
Médicaments					
– médicaments à service médical rendu «majeur ou important» (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	65 % BR	35 % BR	100 % BR	–	100 % BR
– médicaments à service médical rendu «modéré» (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	30 % BR	70 % BR	100 % BR	–	100 % BR
– médicaments à service médical rendu «faible» (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	85 % BR	100 % BR	–	100 % BR
– autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination antigrippale	De 65 % BR à 100 % BR	35 % BR ou 0 % BR	100 % BR	–	100 % BR
– pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	–	3 % PMSS/an/bénéficiaire	3 % PMSS/an/bénéficiaire	–	3 % PMSS/an/bénéficiaire
– vaccins non remboursés par le régime de base		–	–	40 €/an/bénéficiaire	40 €/an/bénéficiaire
– pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire		–	–	50 €/an	50 €/an
– Sevrage tabagique – substituts nicotiniques (hors et sur prescriptions médicales) non remboursés par le régime de base	–	–	–	150 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire
Matériel médical					
– fournitures médicales, pansements	60 % BR	40 % BR	100 % BR	–	100 % BR
– gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (autres que dentaires et auditives), piles et accessoires pour les aides auditives	60 % BR ou 100 % BR	40 % BR ou 0 % BR	100 % BR	Prothèse et appareillage : 100 % BR	Prothèse et appareillage : 200 % BR
				Gros appareillage : 185 % BR + 200 €/an (fauteuil roulant)	Gros appareillage : 285 % BR + 200 €/an (fauteuil roulant)
Hospitalisation y compris maternité					
Frais de séjour	80 % BR ou 100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR	–	100 % BR
Honoraires					

Nature des frais	Remboursement du régime de base (hors Alsace-Moselle)	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus	Remboursement option 1	Remboursement total Régime de base + Socle + Option 1
– honoraires des médecins adhérents au DPTM (1)	80 % BR ou 100 % BR	175 % BR ou 155 % BR	255 % BR	95 % BR	350 % BR
– honoraires des médecins non adhérents au DPTM (1)	80 % BR ou 100 % BR	120 % BR ou 100 % BR	200 % BR	–	200 % BR
Forfait actes lourds (4)	–	100 % FR	100 % FR	–	100 % FR
Forfait journalier hospitalier (5)	–	100 % FR	100 % FR	–	100 % FR
Forfait patient urgences (6)	–	100 % FR	100 % FR	–	100 % FR
Chambre particulière en ambulatoire (7)	–	25 €/jour	25 €/jour	50 €/jour jusqu'à 60 jours puis 25 €/jour	75 €/jour jusqu'à 60 jours puis 25 €/jour
				Maternité : 55 €/jour	Maternité : 80 €/jour
				Psychiatrie : 50 €/jour jusqu'à 45 jours	Psychiatrie : 75 €/jour jusqu'à 45 jours
Chambre particulière (7)	–	40 €/jour	40 €/jour	50 €/jour jusqu'à 60 jours puis 25 €/jour	75 €/jour jusqu'à 60 jours puis 25 €/jour
				Maternité : 55 €/jour	Maternité : 80 € / jour
				Psychiatrie : 50 €/jour jusqu'à 45 jours	Psychiatrie : 75 €/jour jusqu'à 45 jours
Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans	–	–	–	50 €/jour pendant 10 jours/an puis 30 €/jour	50 €/jour pendant 10 jours/an puis 30 €/jour

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), 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-ACC) ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des plannings et plafonds pour les frais d'optiques 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.

Nature des frais	Remboursement du régime de base (hors Alsace-Moselle)	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus	Remboursement option 1	Remboursement total Régime de base + Socle + Option 1
Optique					
Monture et verres : expression des garanties par élément					
Équipement : 2 verres + monture			1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans (8)	1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans (8)	
Équipements 100 % santé (classe A) (9)					
– monture	60 % BR	Frais réels – RO	Frais réels	–	Frais réels
– verre	60 % BR	Frais réels – RO	Frais réels	–	Frais réels
– suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100 % santé	60 % BR	Frais réels – RO	Frais réels	–	Frais réels
Autres équipements (classe B)					
– monture adulte	60 % BR	40 € – RO	40 €	60 €	100 €
– monture enfant	60 % BR	100 € – RO	100 €	–	100 €
– verre simple (10)	60 % BR	100 €/verre – RO	100 €/verre	60 €/verre	160 €/verre
– verre complexe (10)	60 % BR	175 €/verre – RO	175 €/verre	125 €/verre	300 €/verre
– verre très complexe (10)	60 % BR	175 €/verre – RO	175 €/verre	125 €/verre	300 €/verre
Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de classe B (9)	60 % BR	Frais réels – RO	Frais réels	–	Frais réels
Supplément pour verre avec filtre (9)	60 % BR	Frais réels – RO	Frais réels	–	Frais réels
Autres suppléments (prisme, système antisépis, verres iséioniques) (9)	60 % BR	40 % BR	100 % BR	–	100 % BR
Lentilles remboursées et/ou non remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR + 100 €/an/bénéficiaire	100 % BR + 100 €/an/bénéficiaire	+ 100 €/an/bénéficiaire	100 % BR + 200 €/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	–	–	–	300 €/an/œil/bénéficiaire	300 €/an/œil/bénéficiaire
Dentaire					
Soins, actes, consultations et prothèses 100 % santé (9)	60 % BR	Frais réels – RO	Frais réels	–	Frais réels
Soins, actes et consultations (hors 100 % Santé)	60 % BR	40 % BR	100 % BR	–	100 % BR

Nature des frais	Remboursement du régime de base (hors Alsace-Moselle)	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus	Remboursement option 1	Remboursement total Régime de base + Soble + Option 1
Inlay onlay (hors 100 % santé)	60 % BR	65 % BR	125 % BR	565 % BR + 400 €/an/ bénéficiaire	690 % BR + 400 €/an/ bénéficiaire
Prothèses (hors 100 % santé) :					
– prothèses à honoraires maîtrisés	60 % BR	150 % BR + 300 €/an/ bénéficiaire	210 % BR + 300 €/an/ bénéficiaire	480 % BR + 100 €/an/ bénéficiaire	690 % BR + 400 €/an/ bénéficiaire
– prothèses à honoraires libres	60 % BR	150 % BR + 300 €/an/ bénéficiaire	210 % BR + 300 €/an/ bénéficiaire	480 % BR + 100 €/an/ bénéficiaire	690 % BR + 400 €/an/ bénéficiaire
– inlay core à honoraires maîtrisés	60 % BR	150 % BR + 300 €/an/ bénéficiaire	210 % BR + 300 €/an/ bénéficiaire	480 % BR + 100 €/an/ bénéficiaire	690 % BR + 400 €/an/ bénéficiaire
– inlay core à honoraires libres	60 % BR	150 % BR + 300 €/an/ bénéficiaire	210 % BR + 300 €/an/ bénéficiaire	480 % BR + 100 €/an/ bénéficiaire	690 % BR + 400 €/an/ bénéficiaire
– prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	–	–	–	300 €/an/bénéficiaire	300 €/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	60 % ou 100 % BR	190 % BR ou 150 % BR	250 % BR	50 % BR	300 % BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	–	–	–	200 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
Implantologie (hors couronne implanto-portée) dans la limite de 2 implants/an	–	–	–	300 €/an/bénéficiaire	300 €/an/bénéficiaire
Parodontologie non remboursée par le régime de base	–	–	–	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
Aides auditives (11)					
Équipements 100 % santé (classe I) (9)	60 % BR	Frais réels – RO	Frais réels	–	Frais réels
Aides auditives classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à moins de 20 ans ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	40 % BR + 500 €/oreille	100 % BR + 500 €/oreille (dans la limite de 1 700 €)	1 200 €/oreille – 100 % BR	1 700 €/oreille
Aides auditives classe II prises en charge par le ré- gime de base à partir de 20 ans et plus	60 % BR	40 % BR + 500 €/oreille	100 % BR + 500 €/oreille (dans la limite de 1 700 €)	1200 €/oreille – 100 % BR	1 700 €/oreille

Nature des frais	Remboursement du régime de base (hors Alsace-Moselle)	Remboursement complémentaire SOCLE	Remboursement total Régime de base inclus	Remboursement option 1	Remboursement total Régime de base + Socle + Option 1
Cures thermales					
Forfait de surveillance médicale, pratiques médicales et complémentaires, forfait thermal (12)	65 % ou 70 % BR	35 % BR ou 30 % BR	100 % BR	–	100 % BR
Transport et hébergement pris en charge par le régime de base	65 % ou 100 % BR	35 % BR à 0 % BR	100 % BR	–	100 % BR
Complément tarifaire au forfait thermal, transport et hébergement non pris en charge par le régime de base	–	–	–	150 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire
Divers					
Prime de naissance ou d'adoption (sur présentation de justificatifs)	–	1/3 PMSS	1/3 PMSS	1/15 PMSS	2/5 PMSS
Transports urgents préhospitaliers (TUPH) remboursés par le régime de base	100 % BR	–	Frais réels	–	Frais réels
Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	55 % BR	45 % BR	100 % BR	–	100 % BR
Assistance	–	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Réseau de soins	–	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

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.

(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 novembre 2014) : dépistage 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) Chambre particulière : limitée à 90 jours/an/bénéficiaire pour toute hospitalisation en soins de suite et de réadaptation et psychiatrie si aucune limite n'est prévue dans le tableau de garanties.

(8) 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.

(9) 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.

(10) 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.

(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 1 700 €/appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

(12) En cas de dépassement d'honoraires se référer au poste soins courants « honoraires médicaux – Honoraires des médecins spécialistes ».

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.

Article 7 | Durée et entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Les dispositions du présent avenant prendront effet à compter du 1^{er} jour du trimestre civil qui suit la parution de l'arrêté d'extension et au plus tôt le 1^{er} janvier 2026.

Article 8 | Formalités de dépôt

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions légales.

Son extension est demandée par les parties signataires.

Fait à Albi, le 29 octobre 2025.

(Suivent les signatures.)