

CartoAgri, dossier départemental

Tarn (81)

Accords territoriaux en vigueur : production agricole, CUMA, travaux agricoles et forestiers, prévoyance et frais de santé

Département	Tarn (81)
Textes territoriaux	5
Conventions concernées	Production agricole et CUMA, Entreprises de travaux et services agricoles, ruraux et forestiers (ETARF)
Sur la carte	https://www.cartoagri.fr/#dep=81

Version consolidée au 28 octobre 2026. Document de travail établi automatiquement par DIS21 (CartoAgri) à partir de la base officielle KALI de la DILA, mise à jour du 22 octobre 2026, sous licence ouverte : les articles en vigueur à cette date y sont reproduits dans l'ordre du texte. Seul le texte publié au Bulletin officiel et sur Légifrance fait foi ; ce document ne constitue pas un conseil juridique. Carte et mises à jour : <https://www.cartoagri.fr/>

Sommaire

Production agricole et CUMA (IDCC 7024) 3 textes

Entreprises de travaux et services agricoles, ruraux et forestiers (ETARF) (IDCC 7025) 2 textes

Mutuelle et prévoyance : documents des organismes 15 documents

Ces accords complètent les conventions nationales, à lire avec elles. Pour chaque convention, CartoAgri propose aussi un PDF réunissant le texte national et les accords de ce département.

Production agricole et CUMA (IDCC 7024)

Convention nationale avec ces accords, en un seul PDF

Tarn et Haute-Garonne (ex-IDCC 8733 et 9811) Accord du 4 juillet 2025 relatif aux frais de santé

4 juillet 2025, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2026 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2026-17](#)

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* (1) 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* (1). 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. (1)

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.

(1) Au préambule de l'accord, les mots « mutualisé », « plus compétitif que celui prévu par l'accord national du 10 juin 2008, tant en termes de garanties que de tarifs » et la phrase « 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 » sont exclus de l'extension en tant qu'ils contreviennent aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

(Arrêté du 12 juin 2026 - art. 1)

Article 1er 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 1er janvier 2026, et s'applique à tous au plus tard le 1er 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.

(1) L'article 3 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-20 du code du travail qui fixe les procédures de mise en place des commissions mixtes paritaires.

(Arrêté du 12 juin 2026 - art. 1)

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 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 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 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 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 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois.

(1) L'article 4 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-4 du code du travail qui fixe les droits des organisations adhérentes à la totalité des clauses d'une convention de branche ou d'un accord professionnel ou interprofessionnel.

(Arrêté du 12 juin 2026 - art. 1)

Article 5 Bénéficiaires

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 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 1er 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 5.4 Les ayants droit

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 :

- 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'apprentissage 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 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 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 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 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 les ayants droit couverts obligatoirement, à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 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 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.

Si l'absence est inférieure à un 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 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 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 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 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 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

En tout état de cause, conformément aux dispositions de l'article 1er 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.

(1) L'article 10 est étendu sous réserve du respect des dispositions du décret n° 90-769 du 30 août 1990, tel que modifié par le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017, qui prévoit un encadrement des tarifs progressif sur les trois premières années.

(Arrêté du 12 juin 2026 - art. 1)

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'avéreraient 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.

Annexe

Annexe I

Prestations frais de santé

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-grippale 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
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					
- 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-ACO) 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. 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 antisptosis, verres iséiconiques) (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
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 régime 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
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 maitrisée (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) : 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) 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.

Tarn et Haute-Garonne (ex-IDCC 8733 et 9811) Accord du 4 juillet 2025

4 juillet 2025, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 18 juillet 2026 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2026-17](#)

Préambule

Les partenaires sociaux réaffirment leur engagement commun en faveur du développement de l'attractivité des métiers agricoles, enjeu stratégique pour l'avenir des territoires ruraux et la pérennité des exploitations, et plus globalement des entreprises agricoles.

Conscients des défis liés au renouvellement des générations, à la fidélisation des salariés et à la valorisation des parcours professionnels, ils entendent donner aux entreprises et aux salariés les moyens concrets d'agir, en s'appuyant sur des outils collectifs et des dispositifs mutualisés.

Dans cette dynamique, les partenaires sociaux s'appuient sur l'action de l'ANEFA du département visé par le présent accord, qui œuvre au quotidien sur les territoires pour :

- promouvoir les métiers agricoles auprès de tous les publics ;
- soutenir la formation et l'insertion professionnelle ;
- et renforcer la visibilité et l'image du secteur.

L'accord qui suit s'inscrit pleinement dans cette ambition : il vise à renforcer l'attractivité de la branche en territoire en proposant des dispositifs concrets, accessibles et adaptés aux réalités du terrain, dans une logique de solidarité, de proximité et d'efficacité.

Article 1er Champ d'application

Le présent accord est applicable :

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

Article 2 Modalités d'application

Les employeurs de ces exploitations et entreprises agricoles (ci-après dénommés « les employeurs ») appliquent de façon obligatoire le présent accord.

Toutefois, les dispositions de ce présent accord ne se cumulent pas avec les dispositions de même objet en vigueur dans le champ visé par le présent accord et qu'il vient alors compléter.

Article 3 Entrée en vigueur, durée et réexamen

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Il entre en vigueur le 18e jour du mois civil qui suit la publication de son arrêté d'extension.

La commission paritaire ou mixte paritaire se réunira au moins 1 fois par an pour suivre l'application du présent accord et négocier les éventuelles évolutions nécessaires qui assure également le rôle de comité de suivi.

(1) Article étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-20 du code du travail qui fixe les procédures de mise en place des commissions mixtes paritaires.

(Arrêté du 12 juin 2026 - art. 1)

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 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 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 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 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 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois.

(1) Article étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-4 du code du travail qui fixe les droits des organisations adhérentes à la totalité des clauses d'une convention de branche ou d'un accord professionnel ou interprofessionnel.

(Arrêté du 12 juin 2026 - art. 1)

Article 5 Appui à l'action de l'ANEFA territoriale

Pour permettre à l'ANEFA territoriale relevant du champ d'application du présent accord de mener à bien sa mission sur le territoire, les partenaires sociaux la dotent d'une ressource financière exclusivement dédiée à sa mission.

Ce financement est assuré par une cotisation patronale de 0,05 % et une cotisation salariale de 0,05 % assise sur l'ensemble des salaires entrant dans le champ d'application du présent accord.

Le recouvrement de cette cotisation est confié à la mutualité sociale agricole en charge sur le territoire visé.

Pour le département du Tarn, les cotisations seront reversées à l'ANEFA du Tarn, située 96, rue des Agriculteurs, 81011 Albi Cedex 9.

Pour le département de la Haute-Garonne, les cotisations seront reversées à l'ANEFA de la Haute-Garonne.

À défaut d'ANEFA sur le département, les cotisations seront reversées à l'ANEFA Occitanie afin de mener des actions en faveur du département cotisant.

Article 6 Comité paritaire de suivi

Il est institué un comité paritaire de suivi qui a pour mission de suivre les actions déployées sur l'année par l'ANEFA départementale en lien avec l'article 5 du présent accord et se réunit au moins 1 fois par an.

Il peut formuler un avis et des préconisations à la commission paritaire régionale emploi en Occitanie (CPRE) qui fixe les orientations spécifiques applicables aux ANEFA départementales de la région.

Article 7 Extension

Le présent accord est conclu par les organisations syndicales d'employeurs et de salariés représentatives qui composent la commission paritaire 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).

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.

Tarn et Haute-Garonne Avenant n° 1 du 29 octobre 2025 relatif au régime frais de santé pour les salariés non cadres

29 octobre 2025, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er octobre 2026 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2026-29](#)

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 1er 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 1er 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 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-grippale 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

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					
- 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-ACO) 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. 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 antisptosis, verres iséiconiques) (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
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 régime 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
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) : 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) 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 >= 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 <= + 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 >= 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 1er jour du trimestre civil qui suit la parution de l'arrêté d'extension et au plus tôt le 1er janvier 2026.

Article 8 Formalités de dépôt

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions légales.

Son extension est demandée par les parties signataires.

Entreprises de travaux et services agricoles, ruraux et forestiers (ETARF) (IDCC 7025)

Convention nationale avec ces accords, en un seul PDF

Tarn et Haute-Garonne (ex-IDCC 8733 et 9811) Accord du 4 juillet 2025 relatif aux frais de santé

4 juillet 2025, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er janvier 2026 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2026-17](#)

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* (1) 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* (1). 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. (1)

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.

(1) Au préambule de l'accord, les mots « mutualisé », « plus compétitif que celui prévu par l'accord national du 10 juin 2008, tant en termes de garanties que de tarifs » et la phrase « 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 » sont exclus de l'extension en tant qu'ils contreviennent aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

(Arrêté du 12 juin 2026 - art. 1)

Article 1er 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 1er janvier 2026, et s'applique à tous au plus tard le 1er 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.

(1) L'article 3 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-20 du code du travail qui fixe les procédures de mise en place des commissions mixtes paritaires.

(Arrêté du 12 juin 2026 - art. 1)

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 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 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 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 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 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois.

(1) L'article 4 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-4 du code du travail qui fixe les droits des organisations adhérentes à la totalité des clauses d'une convention de branche ou d'un accord professionnel ou interprofessionnel.

(Arrêté du 12 juin 2026 - art. 1)

Article 5 Bénéficiaires

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 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 1er 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 5.4 Les ayants droit

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 :

- 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'apprentissage 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 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 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 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 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 les ayants droit couverts obligatoirement, à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les 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 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.

Si l'absence est inférieure à un 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 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 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 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 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 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

En tout état de cause, conformément aux dispositions de l'article 1er 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.

(1) L'article 10 est étendu sous réserve du respect des dispositions du décret n° 90-769 du 30 août 1990, tel que modifié par le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017, qui prévoit un encadrement des tarifs progressif sur les trois premières années.

(Arrêté du 12 juin 2026 - art. 1)

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'avéreraient 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.

Annexe

Annexe I

Prestations frais de santé

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, grippale 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
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					
- 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-ACO) 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. 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 antisptosis, verres iséiconiques) (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
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 régime 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
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 maitrisée (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) : 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) 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) $\leq$ 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.

(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.

Tarn et Haute-Garonne Avenant n° 1 du 29 octobre 2025 relatif au régime frais de santé pour les salariés non cadres

29 octobre 2025, En vigueur, étendu, en vigueur depuis le 1er octobre 2026 [Légifrance](#) [PDF officiel du BO n°2026-29](#)

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 1er 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 1er 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 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-grippale 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
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					
- 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-ACO) 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. 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 antisptosis, verres iséiconiques) (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
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 régime 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
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 maitrisée (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) : 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) 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 1er jour du trimestre civil qui suit la parution de l'arrêté d'extension et au plus tôt le 1er janvier 2026.

Article 8 Formalités de dépôt

Le présent accord est déposé conformément aux dispositions légales.

Son extension est demandée par les parties signataires.

Mutuelle et prévoyance : documents des organismes

Documents publiés par les organismes assureurs (notices d'information, garanties, conditions générales, taux). Ils sont ouverts et contrôlés par CartoAgri, mais seul le document à jour remis par l'organisme fait foi.

Salariés non cadres

Conditions générales : Midi-Pyrénées : conditions générales prévoyance des salariés non cadres des pépinières et de l'horticulture

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), prévoyance, édition février 2010 [Ouvrir le document](#)

Conditions générales : Tarn : conditions générales prévoyance des salariés non cadres (convention du 6 mai 2002)

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), prévoyance, édition janvier 2013 [Ouvrir le document](#)

Notice d'information : Notice d'information prévoyance de l'accord national production agricole (version Groupama, réf. 82492)

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), gamme Groupama ; OCIRP pour les rentes, prévoyance, édition 2021 [Ouvrir le document](#)

Notice d'information : Notice d'information frais de santé de l'accord national production agricole (version Groupama, réf. 82437)

Agri Prévoyance (assureur) ; caisse régionale Groupama (paiement des prestations), frais de santé, édition janvier 2022 [Ouvrir le document](#)

Conditions générales : Conditions générales frais de santé de l'accord national production agricole (version Groupama, réf. 82433)

Agri Prévoyance (assureur) ; caisse régionale d'assurances mutuelles agricoles Groupama (paiement des prestations), frais de santé, édition janvier 2022 [Ouvrir le document](#)

Bulletin d'adhésion : Bulletin d'adhésion prévoyance de l'accord national des non cadres en agriculture (version Groupama, réf. 82376)

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), gamme Groupama, prévoyance, édition janvier 2021 [Ouvrir le document](#)

Tableau de garanties : Annexe aux conditions générales prévoyance du régime national des non cadres en agriculture (Groupama, 2015)

Groupama (caisse régionale d'assurances mutuelles agricoles) et Agri Prévoyance ; OCIRP, prévoyance, édition novembre 2015, version ancienne [Ouvrir le document](#)

Tableau de garanties : Annexe aux conditions générales frais de santé du régime national des non cadres en agriculture (Groupama, 2015)

Groupama (caisse régionale d'assurances mutuelles agricoles) et Agri Prévoyance, frais de santé, édition octobre 2015, version ancienne [Ouvrir le document](#)

Bulletin d'adhésion : Harmonie Mutuelle : bulletin d'affiliation entreprise, frais de santé des salariés non cadres du Tarn et de la Haute-Garonne

Harmonie Mutuelle, frais de santé, édition janvier 2017 [Ouvrir le document](#)

Conditions générales : Conditions générales du régime de prévoyance de la production agricole (accord national des salariés non cadres)

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), OCIRP, prévoyance, édition janvier 2022 [Ouvrir le document](#)

Fiche d'information (IPID) : Document d'information sur le produit d'assurance (IPID) : prévoyance de l'accord national des salariés non cadres en agriculture

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), OCIRP, prévoyance, édition janvier 2022 [Ouvrir le document](#)

Taux de cotisations : Barème des cotisations prévoyance entreprises de l'accord national des salariés non cadres en agriculture au 1er juillet 2024

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), OCIRP, prévoyance, édition 1er juillet 2024 [Ouvrir le document](#)

Taux de cotisations : Barème des cotisations frais de santé de l'accord national des salariés non cadres en agriculture au 1er juillet 2024

Agri Prévoyance (groupe AGRICA), frais de santé, édition 1er juillet 2024 [Ouvrir le document](#)

Guide employeur : Fiche pratique tiers-déclarant : mise en gestion du PER CPCEA en points des non-cadres (accords nationaux production agricole, CUMA, ETARF)

AGRICA (Agrica Prévoyance), CPCEA Retraite Supplémentaire, retraite supplémentaire, édition décembre 2021 [Ouvrir le document](#)

Tous les salariés

Taux de cotisations : MSA Midi-Pyrénées Nord : taux de cotisations sur salaires au 1er avril 2026

MSA Midi-Pyrénées Nord, santé et prévoyance, édition 1er avril 2026 [Ouvrir le document](#)