

Brochure n° 3117

Convention collective nationale

IDCC : 843. – **BOULANGERIE-PÂTISSERIE**
(Entreprises artisanales)
(20^e édition. – Mars 2004)

AVENANT N° 83 DU 24 AVRIL 2006
RELATIF À LA MISE EN PLACE D'UN RÉGIME DE REMBOURSEMENT
COMPLÉMENTAIRE DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

NOR : *ASET0650611M*
IDCC : *843*

Entre :

La confédération nationale de la boulangerie et boulangerie-pâtisserie française,

D'une part, et

La fédération nationale agroalimentaire et forestière, CGT ;

La fédération générale agroalimentaire, CFDT ;

La fédération des syndicats commerce, services et force de vente (CSFV), CFTC ;

La fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes, FO ;

La fédération nationale agroalimentaire, CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Les dispositions suivantes constituent l'avenant n° 83 à la convention collective nationale du 19 mars 1976, ci-après désignée « convention collective ».

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour objet de mettre en place un régime conventionnel relatif à des prestations complémentaires au régime obligatoire de sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

Ce régime répond aux deux objectifs suivants :

- la mutualisation des risques au niveau professionnel qui, d'une part, permet de pallier les difficultés rencontrées par certaines entreprises de la profession, généralement de petite taille, lors de la mise en place d'une protection sociale complémentaire, et, d'autre part, garantit l'accès aux garanties collectives, sans considération, notamment d'âge ou d'état de santé ;
- la gestion des prestations, effectuée par les centres de gestion régionaux de l'organisme assureur dont les entreprises dépendent géographiquement.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent avenant est applicable aux entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des entreprises artisanales de la boulangerie et boulangerie-pâtisserie.

Article 2

Adhésion. – Affiliation

A compter de la date d'effet du présent avenant, les entreprises doivent affilier leurs salariés auprès de l'organisme assureur par la signature d'un bulletin d'affiliation spécifique.

Conformément à la loi n° 94-678 du 8 août 1994, une notice d'information sera remise par l'employeur à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime.

Pendant toute la durée de l'avenant, aucun salarié ne peut démissionner du régime à titre individuel et de son propre fait.

Article 3

Bénéficiaires

Le présent avenant institue un régime « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » obligatoire au profit de l'ensemble des salariés relevant des entreprises visées à l'article 1^{er} du présent avenant, ayant 1 mois d'ancienneté dans une même entreprise.

Lorsque le salarié aura atteint l'ancienneté requise, il pourra bénéficier du régime rétroactivement à compter de sa date d'entrée dans l'entreprise.

Le régime peut dispenser d'affiliation les salariés pour la durée de leur prise en charge au titre de la couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (couverture maladie universelle).

Article 4

Garanties

Les garanties du présent régime sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles sont revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

Sont couverts, tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de la sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail / maladies professionnelles » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans le tableau des garanties figurant en annexe.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge du salarié, après intervention du régime de base et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

En cas de maternité / adoption, l'organisme assureur désigné, visé à l'article 13 du présent avenant, verse, en cas de naissance d'un enfant du salarié (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement.

Le forfait maternité du salarié est également versé, en cas d'adoption d'un enfant mineur.

Un seul forfait peut être octroyé par période de 300 jours, à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption.

Les dates prises en compte, pour le versement du forfait maternité et pour le calcul de la période de 300 jours, sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

En tout état de cause, les garanties cessent dès que le salarié n'entre plus dans le champ d'application prévu à l'article 1^{er} du présent avenant.

Article 5

Cotisation et répartition

La cotisation du régime « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Pour l'année 2007, le pourcentage retenu du PMSS équivaut à une cotisation de 40 euros par salarié et par mois pour le régime général et de 32 euros pour le régime Alsace Moselle.

Ce même pourcentage sera maintenu pour l'année 2008.

Au-delà de la deuxième année d'application du régime, la cotisation sera réexaminée par les parties signataires, en fonction des résultats du régime et de l'évolution des dépenses de santé et des législations et réglementations fiscales, sociales et de l'assurance maladie.

En tout état de cause, à compter du 1^{er} janvier 2009, au 1^{er} janvier de chaque année, la cotisation sera indexée au minimum sur le dernier indice connu de l'évolution des dépenses de santé communiqué par les caisses nationales d'assurance maladie sauf si les résultats du régime compensent l'évolution de cet indice.

La cotisation est répartie à raison de 50 % à la charge de l'employeur et 50 % à la charge du salarié.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme assureur désigné à l'article 13 du présent avenant dans le premier mois de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé.

La première cotisation mensuelle sera calculée au prorata de la date d'entrée du salarié dans l'entreprise.

L'organisme assureur en application de l'article L. 932-4 du code de la sécurité sociale procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non paiement dans les délais.

La commission paritaire se réunit au moins une fois par an pour examiner les résultats du régime ainsi que toutes statistiques ou éléments concernant ce régime dont elle pourrait avoir besoin.

L'organisme assureur a l'obligation de présenter le compte de résultat tous les ans devant la commission paritaire.

Article 6

Règlement des prestations

L'organisme assureur procède aux versements des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature, ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les caisses primaires d'assurance maladie, ou le cas échéant encore sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans le contrat d'adhésion de l'entreprise et la notice d'information remise aux salariés.

Article 7

Tiers-payant

Après l'enregistrement de l'affiliation du salarié auprès de l'organisme assureur, il lui est remis une carte santé permettant la pratique du tiers-payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires.

Cette carte santé reste la propriété de l'organisme assureur.

L'entreprise adhérente s'engage, si la carte santé est en cours de validité, à en assurer la restitution dans le délai de quinze jours suivant le départ du salarié (démission, licenciement, retraite...).

Article 8

Limite des garanties. – Exclusions

Ne donnent pas lieu à remboursement :

– les frais de soins :

- engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la sécurité sociale ;
- déclarés après un délai de 2 ans suivant la date des soins pratiqués ;

- engagés hors de France. Si la caisse de sécurité sociale à laquelle le salarié est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'organisme assureur sur la base de remboursement utilisée par la sécurité sociale et selon les garanties prévues en annexe du présent avenant ;
- non remboursés par les régimes de base de la sécurité sociale ;
- ne figurant pas à la nomenclature générale des actes professionnels ou à la classification commune des actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base ;
- au titre de la législation sur les pensions militaires ;
- au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements foyers ou des hospices ;
- qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique ;
- la contribution forfaitaire restant à la charge du salarié prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Pour les frais conséquents à des actes soumis à entente préalable de la sécurité sociale, en l'absence de notification de refus à ces ententes préalables par les services de sécurité sociale, les règlements éventuels de l'organisme assureur seront effectués après avis des praticiens-conseils de l'organisme assureur.

Pour les frais conséquents à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la nomenclature générale des actes professionnels ou à la classification commune des actes médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais conséquents à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisé par la sécurité sociale.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'organisme assureur se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

Pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toutes autres indemnisation de la part de l'organisme assureur.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé au salarié de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produits spontanément par le salarié, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'organisme assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas de figure, les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisé par le régime de sécurité sociale.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, le salarié doit transmettre à l'organisme assureur une facture détaillée établie par son médecin ; à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

Article 9

Plafond des remboursements

En cas d'intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

La participation de l'organisme assureur ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à charge du salarié après participation de la sécurité sociale et, éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire.

Article 10

Cessation des garanties

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise adhérente. A titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittés, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail.

En cas de cessation des garanties, le salarié a la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à son intention dont les conditions en vigueur peuvent être communiquées sur simple demande.

Sous réserve que la demande d'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de 6 mois à compter de la radiation au présent régime, il ne sera pas fait application de période probatoire et ne sera pas exigé de formalités médicales.

Article 11

Suspension des garanties

Les garanties du présent avenant sont suspendues pour le salarié pendant la période de suspension de son contrat de travail, sauf lorsque le salarié est en congé maladié, accident du travail - accident de trajet, maladies professionnelles et maternité-adoption.

Les périodes de suspension du contrat de travail sont les périodes de congés sans solde légaux visées par le code du travail ou conventionnelles.

Cependant, le salarié pourra demander le bénéfice des garanties moyennant le paiement de l'intégralité de la cotisation par ses soins.

Article 12

Prescription des actions

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées au présent avenant sont prescrites dans le délai de 2 ans, à compter de l'événement qui y donne naissance.

Article 13

Désignation de l'organisme assureur

AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale et relevant de l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles sise 54, rue de Châteaudun, 75009 Paris, membre du Gie AG2R, 35, boulevard Brune, 75680 Paris Cedex 14, est désigné comme organisme assureur du présent régime « remboursement complémentaire de frais de soins de santé ».

Les modalités d'organisation de la mutualisation du régime seront réexaminées par la commission nationale paritaire de la branche au cours d'une réunion et ce, dans un délai de 5 ans à compter de la date d'effet du présent avenant.

Les partenaires sociaux de la branche demandent à AG2R Prévoyance, en sa qualité d'organisme assureur désigné, de contracter un partenariat financier avec deux organismes reconnus par la branche, à savoir, ISICA Prévoyance et la mutuelle « Les risques civils de la boulangerie et de la boulangerie-pâtisserie française » dans le cadre de conventions de réassurance.

Cette demande repose sur une volonté des partenaires sociaux de créer une solidarité financière forte dans la gestion du régime « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » grâce à des partenaires financiers le permettant.

Article 14

Clause de migration

L'adhésion de toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale des entreprises artisanales de la boulangerie et boulangerie-pâtisserie au régime « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » et l'affiliation des salariés de ces entreprises auprès de l'organisme assureur désigné ont un caractère obligatoire à compter de la date d'effet précisée à l'article 16 du présent avenant.

A cette fin, les entreprises concernées recevront un contrat d'adhésion et des bulletins d'affiliation.

Ces dispositions s'appliquent y compris pour les entreprises ayant un contrat de complémentaire santé auprès d'un autre organisme assureur avec des garanties identiques ou supérieures à celles définies par le présent avenant.

Article 15

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement des prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

Article 16

Date d'effet

Le présent avenant ne prendra effet que le 1^{er} jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel* et au plus tôt le 1^{er} janvier 2007.

Article 17

Modalités de dénonciation

Le présent avenant pourra être dénoncé par lettre recommandée avec accusé de réception, par l'une ou l'autre des parties signataires en respectant un délai de préavis de 6 mois.

En cas de dénonciation, l'avenant continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'avenant qui lui sera substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an conformément à l'article L. 132-8 du code du travail.

Article 18

Dépôt et extension

Le présent avenant établi en vertu des articles L. 132-1 et suivants du code du travail est fait en un nombre suffisant d'exemplaires pour remise à chacune des organisations signataires et dépôt dans les conditions prévues à l'article L. 132-10 du code du travail.

Les parties signataires conviennent de demander au ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 24 avril 2006.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE

Sont couverts selon les conditions du régime conventionnel, tous les actes et frais de soins, ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individuel sécurité sociale, relevant des postes de garantie détaillées ci-dessous.

POSTE	PRESTATION COMPLÉMENTAIRE À LA SS	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale et chirurgicale		
Frais de séjour, salle d'opération	Ticket modérateur limité à 20 % de la BR + 50 % de la BR sur les dépassements	Ticket modérateur reconstitué sur le PU limité à 20 % du PU + 50 % du PU sur les dépassements
Honoraires : actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	Ticket modérateur limité à 20 % de la BR + 50 % de la BR sur les dépassements	Ticket modérateur reconstitué sur le PU limité à 20 % du PU + 50 % du PU sur les dépassements
Chambre particulière (1)*	45 € par jour	Néant
Forfait hospitalier engagé*	100 % des frais réels dans la limite de la législation en vigueur à la date d'effet du contrat	
Frais d'accompagnement (enfant à charge < 16 ans sur présentation d'un justificatif) (2)*	25,00 € par jour	
Transport (accepté SS)	Ticket modérateur limité à 35 % du TR	
Actes médicaux		
Généralistes	Ticket modérateur limité à 30 % du TC + 15 % du TC sur les dépassements	Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 30 % du TC + 15 % du TC sur les dépassements

POSTE	PRESTATION COMPLÉMENTAIRE À LA SS	
	Conventionné	Non conventionné
Spécialistes	Ticket modérateur limité à 30 % du TC + 15 % du TC sur les dépassements	Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 30 % du TC + 15 % du TC sur les dépassements
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques (ATM)	Ticket modérateur limité à 30 % de la BR + 15 % de la BR sur les dépassements	Ticket modérateur reconstitué sur le PU limité à 30 % du PU + 15 % du PU sur les dépassements
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	Ticket modérateur limité à 30 % de la BR	Ticket modérateur reconstitué sur le PU limité à 30 % du PU
Auxiliaires médicaux	Ticket modérateur limité à 40 % du TC	Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 40 % du TC
Analyses	Ticket modérateur limité à 40 % du TC	Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 40 % du TC
Pharmacie (acceptée SS)	Vignette blanche : ticket modérateur limité à 35 % TFR Vignette bleue : ticket modérateur limité à 65 % TFR Vignette orange : ticket modérateur limité à 85 % TFR	
Dentaire		
Soins dentaires (à l'exception des inlay simple, onlay)	Ticket modérateur limité à 30 % du TC	Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 30 % du TC

POSTE	PRESTATION COMPLÉMENTAIRE À LA SS	
	Conventionné	Non conventionné
Inlay simple, onlay	Ticket modérateur limité à 30 % du TC + 100 % du TC sur les dépassements	Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 30 % du TC + 100 % du TC sur les dépassements
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	Ticket modérateur limité à 30 % du TC + 100 % sur les dépassements	Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 30 % du TC + 100 % du TC sur les dépassements
Inlay core et inlay à clavettes	Ticket modérateur limité à 30 % du TC + 50 % du TC sur les dépassements	Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 30 % du TC + 50 % du TC sur les dépassements
Prothèses dentaires non remboursées par la SS* Orthodontie acceptée par la SS*	150 % du tarif de convention 150 % du tarif de convention	
Orthodontie refusée par la SS*	150 % du tarif de convention	
Prothèses non dentaires (acceptées SS)	Crédit annuel de 400,00 € par bénéficiaire	
Prothèses auditives		
Orthopédie et autres prothèses		

POSTE	PRESTATION COMPLÉMENTAIRE À LA SS	
	Conventionné	Non conventionné
Optique	Limité à un équipement par an et par bénéficiaire	
Monture + verres adultes		
Monture :		
Verres codes LPP : 22 03240, 22 87916, 22 59966 et 22 26412	Forfait de 37 € par verre	
Verres codes LPP : 22 90396, 22 91183, 22 27038 et 22 99180	Forfait de 54,50 € par verre	
Verres codes LPP : 22 82793, 22 63459, 22 80660, 22 65330, 22 35776, 22 95896, 22 84527, 22 54868, 22 12976, 22 52668, 22 88519 et 22 99523	Forfait de 53,50 € par verre	

POSTE	PRESTATION COMPLÉMENTAIRE À LA SS	
	Conventionné	Non conventionné
Verres codes LPP : 22 45384, 22 95198, 22 02239 et 22 52042	Forfait de 79 € par verre	
Monture + verres enfants	Limité à un équipement par an et par bénéficiaire	
Monture :	Forfait de 30 €	
Verres :	Forfait de 25,50 € par verre	
Lentilles acceptées par la SS	Crédit annuel de 150 € par bénéficiaire	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit annuel de 150 € par bénéficiaire	
Cure thermique (acceptés SS)		
Frais de traitement et honoraires	Ticket modérateur limité à 35 % du TR	

POSTE	PRESTATION COMPLÉMENTAIRE À LA SS	
	Conventionné	Non conventionné
Frais de voyage et hébergement*	Forfait de 200 €	
Maternité*		
Chambre particulière (6 jours maximum)*	45 € par jour	Néant
Forfait par enfant déclaré	Forfait de 200 €	
Acte de prévention	Attente parution des textes officiels	
<div>BR : base de remboursement, PU : prix unitaire ; TC : tarif de convention SS ; TMC : ticket modérateur conventionnel (reconstitué en secteur non conventionné) ; RSS : remboursement SS ; PMSS : plafond mensuel SS ; * remboursé selon conditions définies nonobstant toutes interventions de la sécurité sociale.</div> <div>(1) Limités à 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale et à 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.</div> <div>(2) Sur présentation d'un justificatif.</div>		