

Brochure n° 3215

Convention collective nationale

IDCC : 1267. – **PÂTISSERIE**

AVENANT N° 67 DU 27 OCTOBRE 2009

RELATIF AU REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NOR : *ASET0951200M*

IDCC : 1267

Article 1^{er}

Objet de l'avenant

Le présent avenant a pour objet de mettre en place un régime conventionnel relatif au remboursement de frais de soins de santé en complément du régime de base de la sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

Les représentants professionnels et les organisations syndicales représentatives signataires ont souhaité donner une dimension de solidarité sociale et professionnelle accrue au présent régime par la prise en charge des cotisations et le maintien des garanties au bénéfice de personnes touchées par certains événements.

Ce régime répond aux objectifs suivants :

- mutualiser les risques au niveau de la profession afin de :
 - remédier aux difficultés rencontrées par certains employeurs pour la mise en place d'une protection sociale complémentaire ;
 - garantir l'accès de tous les salariés de la branche aux garanties collectives, sans considération, notamment, d'âge ou d'état de santé ;
 - piloter paritairement un nouveau socle de garanties minimum de branche destiné à permettre à tous les salariés d'accéder aux soins dans des conditions financières satisfaisantes et à la profession de se valoriser et d'asseoir ainsi son attractivité, notamment auprès des jeunes gens ;

- gérer de façon responsable et indépendante au niveau de la profession les flux et les réserves du régime ;
- instaurer une solidarité entre toutes les entreprises et tous les salariés bénéficiaires de la profession ;
- instaurer un nouveau standard professionnel unifié en matière d'assurance santé basé sur la qualité des prestations, des garanties, des services et de la gestion.

Le présent avenant constitue le chapitre VII de la convention collective nationale et prend la rédaction suivante :

« CHAPITRE VII

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Article 54

Champ d'application

Sont visées les entreprises entrant dans le champ d'application défini aux articles 1^{er} et 1^{er} bis de la convention collective nationale.

Article 55

Adhésion. – Affiliation

A compter de la date d'effet du présent régime, les entreprises doivent affilier, par la signature d'un bulletin d'affiliation, les salariés bénéficiaires définis à l'article 56 auprès de l'organisme assureur visé à l'article 67.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime.

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

Article 56

Bénéficiaires

Sont bénéficiaires du présent régime remboursement complémentaire de frais de soins de santé obligatoire tous les salariés relevant des entreprises visées à l'article 54 et ayant 1 mois d'ancienneté dans l'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.

Peuvent, à leur initiative, se dispenser d'affiliation au présent régime remboursement de frais de soins de santé, en fournissant régulièrement à leurs employeurs les justificatifs correspondants :

- les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire de frais de soins de santé à affiliation obligatoire dans le cadre d'un autre emploi (salariés à employeurs multiples), à la condition de fournir à leur employeur une attestation annuelle justifiant de leur couverture. Cette

dispense d'affiliation demeure valable tant que les salariés justifient de la couverture dont ils bénéficient dans le cadre d'un autre emploi. Si cette couverture cesse, les salariés devront obligatoirement rejoindre le présent régime à compter de la date à laquelle ils ne sont plus garantis ;

- les salariés bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), pour la durée de leur prise en charge au titre de ce régime, à la condition de fournir à leur employeur une attestation annuelle justifiant de leur couverture. Les salariés devront obligatoirement rejoindre le présent régime à compter de la date à laquelle ils ne bénéficient plus du régime de la CMUC ;
- les salariés bénéficiant, lors de la mise en place du présent régime dans les entreprises, de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale et cela jusqu'à échéance du contrat individuel si l'intéressé ne peut pas le résilier par anticipation.

En aucune manière, les dispenses d'affiliation prévues ci-dessus ne peuvent être imposées par l'employeur.

A la demande de l'organisme assureur désigné, l'employeur devra fournir une copie des documents justifiant la dispense d'affiliation.

Article 57

Garanties

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

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des cotisations en tout ou partie à cette occasion.

Sont couverts tous les actes et frais courant 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 régime, expressément mentionnés dans le tableau des garanties visé ci-après.

Les garanties maternité prévues au présent régime n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature de la sécurité sociale au titre du risque maternité.

Prestations complémentaires à la sécurité sociale

POSTES	SECTEUR CONVENTIONNÉ	SECTEUR NON CONVENTIONNÉ
Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris maternité) Frais de séjour Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris chirurgie (ADC), anesthésie (ADA), obstétrique (ACO), échographie (ADE) et actes techniques (ATM) Chambre particulière (1)* Forfait hospitalier engagé* Frais d'accompagnement (enfant à charge de moins de 16 ans sur présentation d'un justificatif)* Transport accepté	Ticket modérateur limité à 20 % du TC + 50 % de la BR sur les dépassements Ticket modérateur limité à 20 % de la BR + 50 % de la BR sur les dépassements 45 € par jour	Ticket modérateur reconstitué sur le PU limité à 20 % du PU + 50 % du PU sur les dépassements Ticket modérateur reconstitué sur le PU limité à 20 % du PU + 50 % du PU sur les dépassements Néant
	100 % des frais réels limités au montant légaux en vigueur à la date d'extension 25 € par jour Ticket modérateur limité à 35 % du tarif de responsabilité	
	Ticket modérateur limité à 30 % du TC + 30 % du TC sur les dépassements Ticket modérateur limité à 30 % du TC + 50 % du TC sur les dépassements Ticket modérateur limité à 30 % de la BR + 50 % de la BR sur les dépassements	Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 30 % du TC + 30 % du TC sur les dépassements Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 30 % du TC + 50 % du TC sur les dépassements Ticket modérateur reconstitué sur le PU limité à 30 % du PU + 50 % du PU sur les dépassements
Consultations et visites Consultation et visite de généraliste Consultation et visite de spécialiste et neuropsychiatre Actes de chirurgie (ADC), anesthésie (ADA), obstétrique (ACO), échographie (ADE) et actes techniques (ATM)		

POSTES	SECTEUR CONVENTIONNÉ	SECTEUR NON CONVENTIONNÉ
Pharmacie Pharmacie (acceptée par la sécurité sociale)	100 % du ticket modérateur	
Analyses et examens de laboratoire Analyses, actes de biologie et prélèvements	Ticket modérateur limité à 40 % du TC	Néant
Actes de radiologie Actes de radiologie et d'imagerie médicale (ADI et ADE)	Ticket modérateur limité à 30 % de la BR	Néant
Auxiliaires médicaux Auxiliaires médicaux	Ticket modérateur limité à 40 % du TC	Néant
Dentaire Soins dentaires (hors inlay et onlay) Inlay simple et onlay Inlay core et inlay à clavettes Prothèses dentaires remboursées	Ticket modérateur limité à 30 % du TC Ticket modérateur limité à 30 % du TC + 225 % du TC sur les dépassements Ticket modérateur limité à 30 % du TC + 225 % du TC sur les dépassements Ticket modérateur limité à 30 % du TC + 225 % du TC sur les dépassements	Néant Néant Néant Néant
Prothèses dentaires non remboursées*	255 % du tarif de convention	
Orthodontie acceptée	150 % du tarif de convention	Néant

POSTES	SECTEUR CONVENTIONNÉ	SECTEUR NON CONVENTIONNÉ
Orthodontie refusée* Implants*	250 % du tarif de convention Crédit annuel de 250 € par bénéficiaire	
Optique (par bénéficiaire) Monture Verres unifocaux (2) Verres multifocaux (2) Lentilles acceptées Lentilles refusées (y compris jetables) Kératotomie (correction de la myopie par laser)	Crédit annuel de 70 € 50 € par verre limité à 2 verres par an 75 € par verre limité à 2 verres par an Crédit annuel de 75 € par unité Crédit annuel de 75 € par unité Crédit annuel de 100 € pour les deux yeux	
Autres prothèses acceptées (par bénéficiaire) Prothèses auditives Orthopédie Autres prothèses	Crédit annuel de 500 € Crédit annuel de 500 € Crédit annuel de 500 €	
Cure thermique (remboursée par la sécurité sociale) Honoraires et frais de traitement	Ticket modérateur limité à 30 % du TC	Néant
Frais de voyage et d'hébergement	Forfait de 200 € une fois par an et par bénéficiaire	

POSTES	SECTEUR CONVENTIONNÉ	SECTEUR NON CONVENTIONNÉ
Actes hors nomenclature (par bénéficiaire) Acupuncture, chiropractie et ostéopathie (praticien inscrit auprès d'une association agréée)	20 € par consultation avec un maximum de 4 prises en charge par an	
Actes de prévention (décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 et ses arrêtés subséquents) Vaccination DTP et rubéole Détartrage annuel complet (SC12) Vaccin antigrippe saisonnière non remboursé	100 % du TM 100 % du TM 100 % des FR	
<p>* Remboursé selon conditions définies nonobstant toutes interventions de la sécurité sociale.</p> <p>(1) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.</p> <p>(2) Verres unifocaux : LPP 2203240, 2287916, 2259966, 2266412, 2280660, 2282793, 2263459, 2265330, 2235776, 2295896, 2284527, 2254868, 2212976, 2252668, 2288519, 2299523.</p> <p>Verres multifocaux : LPP 2290396, 2291183, 2227038, 2299180, 2245384, 2295198, 2202239, 2252042.</p> <p>Définitions :</p> <p>BR = base de remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>PU = prix unitaire.</p> <p>TC = tarif de convention de la sécurité sociale.</p> <p>TR = tarif de responsabilité.</p> <p>TFR = tarif forfaitaire de responsabilité.</p> <p>FR = frais réels.</p>		

Article 58

Limite des garanties. – Exclusions

Pendant la période de garantie, les exclusions et les limites de garantie ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues par l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

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 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 par le présent régime ;

- 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, sauf pour les actes prévus expressément dans le tableau de garanties ;
- engagés dans le cadre de la législation sur les pensions militaires ;
- engagés 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 ;
- les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge du salarié prévues 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 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 utilisée 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 la 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, le crédit annuel correspond au montant maximal d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toutes autres indemnisations 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 utilisée par le régime de la 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 59

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 de la sécurité sociale 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.

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

Article 60

Maintien des garanties

Article 60.1

Pour les ayants droit des salariés décédés

En cas de décès d'un salarié bénéficiaire du présent régime, ses ayants droit bénéficieront des garanties du présent régime, sans paiement des cotisations, pendant 12 mois à compter du premier jour du mois suivant le décès.

Ont la qualité d'ayant droit au titre des présentes dispositions le conjoint ou le concubin du bénéficiaire décédé lié ou non par un pacte civil de solidarité (Pacs) et les enfants à charge répondant à la définition suivante :

- les enfants de moins de 21 ans à charge du salarié ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation de la sécurité sociale et, par extension ;
- les enfants de moins de 26 ans à charge du salarié au sens de la législation fiscale, à savoir :
 - les enfants du salarié, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ;
 - les enfants du salarié auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global ;
- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après :
 - pris en compte dans le calcul du quotient familial ;
 - ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ;
 - ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que le salarié est autorisé à déduire de son revenu imposable.

Article 60.2

Pour les salariés en arrêt de travail au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle d'un salarié bénéficiaire du présent régime, donnant lieu à un arrêt de travail de plus de 6 mois, les garanties du présent régime seront maintenues sans paiement des cotisations pendant 12 mois à compter du premier jour du 7^e mois d'arrêt de travail.

Toute reprise de travail met fin au bénéfice de la gratuité à compter du premier jour qui suit la reprise d'activité. Cependant, tout salarié qui reprend le travail moins de 6 mois après la date d'arrêt initial conserve le bénéfice des jours d'arrêt écoulés pour le calcul de la franchise de 6 mois ouvrant droit à la gratuité, si le nouvel arrêt de travail est qualifié par la sécurité sociale de rechute de l'arrêt de travail initial pris en charge au titre de la législation accidents du travail-maladies professionnelles.

Tout salarié qui reprend le travail après avoir bénéficié partiellement de l'exonération du paiement des cotisations conserve son droit à gratuité en cas de rechute au sens de la législation de la sécurité sociale accidents du travail-maladies professionnelles, dans la limite de la période d'exonération restant à courir.

En cas de cessation du contrat de travail, les anciens salariés, relevant de la législation accidents du travail-maladies professionnelles du régime de base de la sécurité sociale bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, continuent à bénéficier après la rupture du contrat de travail des garanties du présent régime avec exonération des cotisations dans les conditions fixées ci-dessus.

Article 60.3

En cas de suspension du contrat de travail

Le régime et la cotisation patronale seront maintenus dans les mêmes conditions que celles de la catégorie de personnel dont relève le salarié :

- en cas d'arrêt de travail pour maladie, congé maternité, adoption ou paternité ;
- en cas d'arrêt de travail pour accident du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle, pour la période non couverte au titre de l'article 60.2 ;
- en cas de suspension du contrat de travail, avec maintien de salaire total ou partiel ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

En cas de suspension du contrat de travail, sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, la couverture pourra être maintenue à la demande du salarié sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation.

Article 60.4

Portabilité des droits

Le présent article définit les modalités d'application du dispositif de portabilité instauré par l'article 14 de l'accord national interprofessionnel (ANI) sur la modernisation du marché du travail du 11 janvier 2008, modifié en dernier lieu par l'avenant n° 3 du 18 mai 2009.

En cas de cessation du dernier contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage, le salarié bénéficie du maintien des garanties exposées dans le présent article.

Le présent dispositif de portabilité s'applique aux cessations de contrat de travail, telles que définies précédemment, dont la date est égale ou postérieure à la date d'application du présent avenant.

Le maintien de ces garanties s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité, sauf stipulations particulières définies ci-après et sous réserve que l'ancien salarié n'ait pas expressément renoncé à l'ensemble des garanties collectives souscrites par son employeur, qu'elles soient prévues par la convention collective nationale ou par les autres modalités de mise en place des garanties prévoyance et frais de santé définies à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Cette renonciation qui est définitive doit être notifiée expressément par écrit à l'ancien employeur, dans les 10 jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des assurés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la date de fin du contrat de travail, sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par l'entreprise auprès de l'organisme assureur désigné.

Le maintien de garanties s'applique pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail du salarié dans l'entreprise, appréciée en mois entiers, dans la limite de 9 mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- lorsque le bénéficiaire du dispositif de portabilité reprend un autre emploi ;
- dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'employeur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
- à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale ;
- en cas de décès.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

Le maintien des garanties au titre de la portabilité est financé par les cotisations des entreprises et des salariés en activité (part patronale et part salariale) définies à l'article 62.

Les partenaires sociaux dresseront un bilan du dispositif de mutualisation à l'issue d'une période de 12 mois suivant l'entrée en vigueur du régime en vue de donner lieu à l'établissement d'un bilan d'application au 1^{er} juillet 2011 destiné à statuer sur la poursuite des modalités de financement et sur un éventuel ajustement tarifaire. Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

L'organisme désigné à l'article 67 établit un suivi technique spécifique de la charge de la portabilité.

En cas de changement d'organisme assureur, les bénéficiaires du dispositif de portabilité relevant des présentes stipulations sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur.

Article 61

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 ou, en cas de maintien des droits au titre de l'article 60 du présent régime, le dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire cesse d'être garanti.

A titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittées, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail.

Dans le respect de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi Evin) et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990, l'organisme assureur désigné maintient, à titre individuel, la couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaires 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 qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.

Les anciens salariés visés par l'article 60.4 du présent régime, dont la durée de portabilité est inférieure à 6 mois disposent de 6 mois à compter de la cessation du contrat de travail pour demander à bénéficier des dispositions de l'article 4 de la loi Evin. La garantie prendra effet au plus tôt à l'issue de la période prise en charge au titre du dispositif de portabilité.

Dans l'attente de la révision de l'article 4 de la loi Evin demandée par les signataires de l'ANI du 11 janvier 2008, les anciens salariés visés par l'article 60.4 du présent régime, dont la durée de portabilité est supérieure à 6 mois, disposent de leur période de portabilité pour demander à bénéficier des dispositions de l'article 4 de la loi Evin. La garantie prendra effet à l'issue de la période prise en charge au titre du dispositif de portabilité.

Les anciens salariés qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation auprès de l'organisme assureur désigné.

Les ayants droit d'un salarié décédé ayant bénéficié de la gratuité prévue à l'article 60.1 du présent régime pourront bénéficier du maintien de la couverture définie ci-dessus à l'issue de la période de gratuité sous réserve qu'ils en fassent la demande expressément.

La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Les tarifs applicables aux anciens salariés visés par le présent article ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

Article 62

Cotisations

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la prise d'effet du présent régime. Les cotisations seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie à cette occasion.

La cotisation du régime remboursement complémentaire de frais de soins de santé est mensuelle et forfaitaire.

Pour les années 2010 et 2011, la cotisation mensuelle, exprimée en euros, est fixée et détaillée dans le tableau ci-dessous :

(En euros.)

Salarié relevant du régime général de la sécurité sociale	40
Salarié relevant du régime local Alsace-Moselle	26

A compter du 1^{er} janvier 2012, et 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 mala-

die sauf si les résultats du régime compensent l'évolution de cet indice. Le montant de la cotisation sera revu par les parties en fonction notamment de l'évolution de la législation et des résultats du régime.

La contribution de l'employeur devra être au minimum de 50 % de la cotisation.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme assureur désigné à l'article 67 dans le premier mois de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées.

L'organisme assureur, en application de l'article L. 932-9 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.

Article 63

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 64

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, dentaires ou d'autres professions bénéficiant d'un accord de tiers payant.

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

L'entreprise s'engage à demander la restitution de la carte santé auprès du salarié, si elle est en cours de validité, dans le délai de 15 jours suivant la cessation définitive des garanties.

Article 65

Prescription

Toutes actions dérivant du présent régime sont prescrites dans le délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Article 66

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 bénéficiaire des prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

Article 67

Désignation de l'organisme assureur

AG2R-Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code la sécurité sociale et relevant de l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, sise 37, boulevard Brune, 75014 Paris, membre du GIE-AG2R, 35, boulevard Brune, 75680 Paris Cedex 14, est désignée comme organisme assureur du présent régime remboursement complémentaire de frais de soins de santé.

Les modalités d'organisation de la mutualisation du régime seront régulièrement réexaminées par le comité paritaire de gestion et de suivi. La désignation le sera quant à elle dans un délai de 5 ans à compter de la date d'effet du présent régime.

Article 68

Clause de migration

L'adhésion de toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale de la 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 du premier jour du mois civil qui suit la date de publication de l'arrêté d'extension et au plus tôt le 1^{er} juillet 2010.

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

Par exception et pour tenir compte des délais de résiliation, les entreprises ayant souscrit antérieurement à la date d'effet du présent accord un contrat de frais de soins de santé obligatoire au profit des salariés visés par le présent régime ne seront pas tenues d'adhérer à l'organisme désigné à l'article 67 tant que ledit contrat sera en vigueur et jusqu'au 31 décembre de l'année de la date de publication de l'arrêté d'extension. »

Article 2

Date d'effet

Le présent avenant prendra effet le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel* et au plus tôt le 1^{er} juillet 2010.

Article 3

Extension. – Publicité

Le présent avenant est édité en 9 exemplaires originaux pour remise à chacune des parties signataires et dépôt dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail.

Conformément aux dispositions du code du travail, les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

La confédération nationale des artisans pâtisseries, chocolatiers, confiseurs glacières, traiteurs de France, 31, rue Marius-Aufan, 92309 Levallois-Perret Cedex, se charge des formalités.

Article 4

Durée. – Révision. – Dénonciation

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il pourra faire l'objet d'une révision à la demande de tous les membres du collège patronal signataire ou de tous les membres du collège salarial signataire.

La révision pourra prendre effet dans les conditions visées aux articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

L'accord pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires moyennant le respect d'un préavis de 3 mois. Les modalités de dénonciation de l'avenant sont celles définies à l'article L. 2261-9 du code du travail.

Fait à Paris, le 27 octobre 2009.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

CNP.

Syndicats de salariés :

FGTA CGT-FO ;

CSFV CFTC ;

FNAA CFE-CGC ;

FGA CFDT ;

FNAF CGT.