

Brochure n° 3117

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 843. – BOULANGERIE-PÂTISSERIE**  
**(Entreprises artisanales)**

AVENANT N° 10 DU 27 MAI 2011  
À L'AVENANT N° 83 RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ  
NOR : ASET1151152M  
IDCC : 843

**PRÉAMBULE**

Les partenaires sociaux de la branche se sont réunis en commission paritaire et ont décidé à l'unanimité, compte tenu des résultats du régime, d'améliorer les prestations du régime « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » des salariés sans modification corrélative des cotisations.

Le présent avenant a pour effet de modifier le tableau des prestations garanties figurant en annexe à l'avenant n° 83 de la convention collective nationale des entreprises artisanales de la boulangerie et boulangerie-pâtisserie artisanale.

**Article 1<sup>er</sup>**

*Modification du tableau des prestations garanties par le régime de remboursement  
complémentaire de frais de soins de santé (annexe à l'avenant n° 83)*

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.

Les exclusions et les limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

*(Voir tableau pages suivantes.)*

POSTE	PRESTATIONS (y compris les prestations versées par la sécurité sociale)
	Conventionné
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale</b>	
Frais de séjour, salle d'opération	250 % de la base de remboursement
Honoraires : – actes de chirurgie (ADC) – actes d'anesthésie (ADA) – autres honoraires	250 % de la base de remboursement
Chambre particulière* (y compris maternité) (**)	90 € par jour
Forfait hospitalier engagé*	100 % des frais réels dans la limite de la législation en vigueur
Frais d'accompagnement (enfant à charge < 16 ans sur présentation d'un justificatif) *	30 € par jour
Transport (accepté par la sécurité sociale)	100 % de la base de remboursement
Fécondation in vitro	Crédit annuel de 450 €
<b>Actes médicaux</b>	
Généralistes	225 % de la base de remboursement
Spécialistes	225 % de la base de remboursement
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques (ATM)	225 % de la base de remboursement
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	150 % de la base de remboursement
Auxiliaires médicaux	110 % de la base de remboursement
Analyses	110 % de la base de remboursement
<b>Pharmacie (acceptée par la sécurité sociale)</b>	
Vignette blanche Vignette bleue Vignette orange	100 % de la base de remboursement
<b>Dentaire</b>	
Soins dentaires (à l'exception des inlay et onlay)	100 % de la base de remboursement
Inlay, onlay	425 % de la base de remboursement
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	425 % de la base de remboursement
Inlay core et inlay à clavettes	330 % de la base de remboursement
Prothèses dentaires non remboursées par la sécu- rité sociale *	355 % de la base de remboursement
Implant	Forfait de 800 € par implant (limité à 3 implants/an) (maximum 2 400 € par an)
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	150 % de la base de remboursement
Orthodontie refusée par la sécurité sociale *	250 % de la base de remboursement
Parodontologie	Crédit annuel de 300 €

POSTE	PRESTATIONS (y compris les prestations versées par la sécurité sociale)
	Conventionné
<b>Prothèses non dentaires (acceptées par la sécurité sociale)</b>	
Prothèses auditives	Crédit annuel de 1 200 € par bénéficiaire
Orthopédie & autres prothèses	Crédit annuel de 600 € par bénéficiaire
<b>Optique ***</b>	
Monture + verres	Limité à un équipement par an et par bénéficiaire
Monture	Remboursement sécurité sociale + 115 €
Verres unifocaux simples (1)	Remboursement sécurité sociale + 80 € par verre
Verres unifocaux complexes (2)	Remboursement sécurité sociale + 140 € par verre
Verres multifocaux ou progressifs simples (3)	Remboursement sécurité sociale + 180 € par verre
Verres multifocaux ou progressifs complexes (4)	Remboursement sécurité sociale + 240 € par verre
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	Remboursement sécurité sociale + crédit annuel de 180 € par paire par bénéficiaire
Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables) *	Crédit annuel de 180 € par paire par bénéficiaire
Chirurgie réfractive	Crédit annuel de 600 € par œil
<b>Cure thermique (acceptée sécurité sociale)</b>	
Frais de traitement et honoraires	100 % de la base de remboursement
Frais de voyage et hébergement *	Forfait de 350 €
<b>Maternité</b>	
Forfait par enfant déclaré (dans la limite des frais réels restants à charge)	Forfait de 500 €
<b>Prévention (décret 2005-1226 du 29 septembre 2005 et de ses arrêtés subséquents)</b>	
Voir détails *	100 % de la base de remboursement
<b>Actes hors nomenclature</b>	
Pack bien-être : Ostéopathie *, chiropractie *, dié- tétique *, psychologie *, acupuncture *, sevrage tabagique prescrit, vaccin contre la grippe, vaccins prescrits non remboursés, moyens contraceptifs prescrits *Intervention de praticiens inscrits auprès d'une as- sociation agréée	Crédit annuel de 150 €
<b>Assistance « frais de santé » hospitalisation et ambulatoire</b>	
Garanties détaillées dans la notice d'information spécifique prise en application du protocole existant entre AG2R Prévoyance et l'assisteur	
En secteur non conventionné, les tarifs sont reconstitués sur la base du tarif de convention ou prix unitaire selon la nomenclature sécurité sociale des actes.  L'annualité est appréciée par année civile. La part non consommée une année n'est pas reportée l'année suivante. (* ) Remboursé selon conditions définies nonobstant toutes interventions de la sécurité sociale. (** ) Limités à 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale (et maternité) et à 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.	

POSTE	PRESTATIONS (y compris les prestations versées par la sécurité sociale)
	Conventionné
<p>(***) Détail poste optique :</p> <p>(1) Verres unifocaux simples : LPP 22 61874, 22 42457, 22 00393, 22 70413, 22 03240, 22 87916, 22 59966, 22 26412.</p> <p>(2) Verres unifocaux complexes : LPP 22 43540, 22 97441, 22 43304, 22 91088, 22 73854, 22 48320, 22 83953, 22 19381, 22 38941, 22 68385, 22 45036, 22 06800, 22 82793, 22 63459, 22 80660, 22 65330, 22 35776, 22 95896, 22 84527, 22 54868, 22 12976, 22 52668, 22 88519, 22 99523.</p> <p>(3) Verres multifocaux simples : 22 59245, 22 64045, 22 40671, 22 82221, 22 90396, 22 91183, 22 27038, 22 99180.</p> <p>(4) Verres multifocaux complexes : 22 38792, 22 02452, 22 34239, 22 59660, 22 45384, 22 95198, 22 02239, 22 52042.</p> <p>(****) Détail des actes de prévention suite au décret 2005-1226 du 29 septembre 2005 et de ses arrêtés subséquents) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risque carieux et avant le 14<sup>e</sup> anniversaire ;</li> <li>– un détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en deux séances maximum (SC12) ;</li> <li>– bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans ;</li> <li>– dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351) ;</li> <li>– dépistage 1 fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale (CDQP010), audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015), audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011), audiométrie tonale et vocale (CDQP012), audiométrie tonale et vocale tympanométrie (CDQP002) ;</li> <li>– l'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans ;</li> <li>– les vaccinations suivantes, seules ou combinées : de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite et ce quel que soit l'âge, de la coqueluche avant 14 ans, de l'hépatite B avant 14 ans, du BCG avant 6 ans, de la rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, de l'Haemophilus influenzae B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.</li> </ul>	

## Article 2

### *Date d'effet*

Le présent avenant prend effet le 1<sup>er</sup> septembre 2011.

## Article 3

### *Dépôt et extension*

Le présent avenant est établi en vertu des dispositions du code du travail relatives à « la négociation collective – les conventions et accords collectifs du travail » (livre II de la partie II). Le présent avenant est fait en nombre suffisant d'exemplaires pour remise à chacune des organisations signataires et dépôt.

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail, de l'emploi et de la santé l'extension du présent avenant en application des articles L. 2261-15 et suivants du code du travail.

Fait à Paris, le 27 mai 2011.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

#### **Organisation patronale :**

CNBF.

#### **Syndicats de salariés :**

FGTA FO ;

CSFV CFTC ;

FNAF CFE-CGC ;

FGA CFDT ;

FNAF CGT.