

Brochure n° 3224

Convention collective nationale

IDCC : 1286. – **CONFISERIE, CHOCOLATERIE, BISCUITERIE**
(Détaillants et détaillants-fabricants)

AVENANT N° 7 DU 22 OCTOBRE 2013

À L'AVENANT N° 15 DU 3 SEPTEMBRE 2008 RELATIF AU REMBOURSEMENT
COMPLÉMENTAIRE DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

NOR : ASET1351162M
IDCC : 1286

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la branche se sont réunis en commission paritaire et ont décidé de modifier et d'améliorer le régime remboursement de frais de soins de santé des salariés.

Le présent avenant a pour effet de modifier partiellement et compléter l'avenant n° 15 de la convention collective nationale de détaillants, détaillants-fabricants de la confiserie, chocolaterie, biscuiterie.

Article 1^{er}

*Modification de l'article 4 bis « Portabilité des droits du régime de remboursement
complémentaire de frais de soins de santé » de l'avenant n° 15*

L'article 4 *bis* « Portabilité des droits du régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé » de l'avenant n° 15 du 3 septembre 2008 est modifié comme suit :

« Article 4 *bis*

1. Bénéficiaires et garanties maintenues

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 ayant au moins 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise et pour lequel les droits à couverture complémentaire au titre du régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé à la convention collective nationale des détaillants, détaillants-fabricants de la confiserie, chocolaterie, biscuiterie ont été ouverts pendant l'exécution de son contrat de travail, bénéficie du maintien des garanties de ce régime.

Le maintien de ces garanties s'effectue dans les mêmes conditions que les salariés en activité, sauf dispositions 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. La renonciation du salarié est définitive et doit être notifiée expressément par écrit à l'ancien employeur, dans les 10 jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

Le dispositif de portabilité s'applique aux cessations de contrat de travail dont la date est égale ou postérieure au 1^{er} janvier 2010.

2. Durée et limites de la portabilité

Le maintien des garanties prend effet dès 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, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 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'entreprise de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
- à la date d'effet 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.

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.

3. Financement de la portabilité

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 5 du régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé.

4. Changement d'organisme assureur

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

5. Révision du dispositif de portabilité

Le présent dispositif de portabilité est susceptible d'évoluer en cas des modifications de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale. Ces modifications seront constatées par voie d'avenant. »

Article 2

Modification de l'article 5 « Cotisations » de l'avenant n° 15

Sont insérées les dispositions suivantes :

« Les salariés relevant de la législation accidents du travail/maladies professionnelles du régime de base de la sécurité sociale bénéficieront de la gratuité de la cotisation du présent régime frais de soins de santé pendant 12 mois après 6 mois d'arrêt de travail.

Cette gratuité interviendra le premier jour du mois qui suit les 6 mois d'arrêt de travail.

Toute reprise de travail ou toute cessation de contrat de travail met fin au bénéfice de la gratuité à compter du premier jour du mois qui suit la reprise d'activité ou la rupture du contrat de travail (sans préjudice de l'application des dispositions de l'article 4 *bis* "Portabilité des droits du régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé").

Cependant, tout salarié qui reprend le travail moins de 6 mois après la date d'arrêt initiale 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 la gratuité 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 des mois gratuits restant à courir.

Exemple : si le salarié a bénéficié de 4 mois de gratuité et que son nouvel arrêt est qualifié de rechute de son accident du travail initial, il pourra bénéficier, sans attendre 6 mois, de la gratuité dans la limite de 8 mois. »

Article 3

Modification de l'annexe à l'avenant n° 15 relatif à la mise en place d'un régime de frais de soins de santé (tableau de garanties)

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

Pendant la période de garantie, 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.

POSTE	NIVEAU DE COUVERTURE Y COMPRIS LES PRESTATIONS du régime de base sécurité sociale et/ou d'éventuels organismes complémentaires
Hospitalisation médicale et chirurgicale. – Maternité	
Frais de séjour	200 % de la BR
Honoraires : actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	235 % de la BR
Chambre particulière en secteur conventionné	60 € par jour limité à 20 jours par année civile
Forfait hospitalier engagé	100 % des frais réels dans la limite de la législation en vigueur
Frais d'accompagnement (enfant à charge de moins de 16 ans sur présentation d'un justificatif)	25 € par jour limité à 20 jours par année civile
Transport (accepté par la sécurité sociale)	100 % de la BR
Actes médicaux	
Généralistes	150 % de la BR
Spécialistes	170 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	150 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	100 % de la BR
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR
Analyses	100 % de la BR
Actes médicaux non remboursés par la sécurité sociale	
Chirurgie réfractive (les 2 yeux)	Crédit de 150 € par bénéficiaire et par année civile
Pharmacie (acceptée par la sécurité sociale)	
Pharmacie	100 % du TFR

POSTE	NIVEAU DE COUVERTURE Y COMPRIS LES PRESTATIONS du régime de base sécurité sociale et/ou d'éventuels organismes complémentaires
Dentaire	
Soins dentaires	100 % de la BR
Inlay simple et onlay	360 % de la BR (**)
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	360 % de la BR (**)
Inlay core et inlay à clavettes	220 % de la BR
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale	250 % de la BR
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	300 % de la BR
Orthodontie refusée par la sécurité sociale	200 % de la BR
Actes dentaires hors nomenclature	
Parodontologie	Crédit de 200 € par bénéficiaire et par année civile
Implants dentaires	Crédit de 200 € par bénéficiaire et par année civile (**)
Prothèses non dentaires (acceptées par la sécurité sociale)	
Prothèses auditives	RSS + crédit global de 600 € par bénéficiaire par année civile
Orthopédie et autres prothèses	
Optique (*)	
Monture + verres	Limité à un équipement par an et par bénéficiaire
Monture	RSS + forfait de 100 €
Verres unifocaux simples ⁽¹⁾	RSS + forfait de 70 € par verre
Verres unifocaux complexes ⁽²⁾	RSS + forfait de 85 € par verre
Verres multifocaux ou progressifs simples ⁽³⁾	RSS + forfait de 110 € par verre
Verres multifocaux ou progressifs complexes ⁽⁴⁾	RSS + forfait de 140 € par verre
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	RSS + crédit de 220 € par bénéficiaire et par année civile
Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 220 € par bénéficiaire et par année civile
Maternité	
Forfait par enfant déclaré	100 €
Actes hors nomenclature	
Acupuncture, chiropractie et ostéopathie (intervention par des praticiens inscrits auprès d'une association agréée)	Prise en charge de 50 € par consultation avec un maximum de 4 prises en charge par année civile
Prévention (décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 et de ses arrêtés subséquents)	
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 ^e anniversaire	100 % de la BR

POSTE	NIVEAU DE COUVERTURE Y COMPRIS LES PRESTATIONS du régime de base sécurité sociale et/ou d'éventuels organismes complémentaires
<p>Détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum (SC12)</p> <p>Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans</p> <p>Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351)</p> <p>Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 avec tympanométrie (CDQP002) <p>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</p> <p>Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :</p> <ul style="list-style-type: none"> – vaccination diphtérie, tétanos et poliomyélite, quel que soit l'âge – vaccination de la coqueluche et de l'hépatite B avant 14 ans – vaccination du BCG avant 6 ans – vaccination de la rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant – vaccination de l'<i>haemophilus influenzae</i> B – vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois 	<p>100 % de la BR</p>
<p>BR : base de remboursement de la sécurité sociale. TFR : tarif forfaitaire de responsabilité. RSS : remboursement sécurité sociale. (*) Détail du poste optique : (1) Verres unifocaux simples : LPP 22 61874 – 22 42457 – 22 00393 – 22 70413 – 22 03240 – 22 87916 – 22 59966 – 22 26412. (2) Verres unifocaux complexes : LPP 22 43540 – 22 87441 – 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. (3) Verres multifocaux simples : LPP 22 59245 – 22 64045 – 22 40671 – 22 82221 – 22 90396 – 22 91183 – 22 27038 – 22 99180. (4) Verres multifocaux complexes : LPP 22 38792 – 22 02452 – 22 34239 – 22 59660 – 22 45384 – 22 95198 – 22 02239 – 22 52042. (**) Dans le cadre du fonds de prévention santé, à compter du 1^{er} janvier 2014 et jusqu'au 31 décembre 2014, il est prévu une augmentation du niveau de couverture des postes suivants lorsque les besoins de soins ont été identifiés lors de la campagne de dépistage bucco-dentaire soit : – inlay simple et onlay : 460 % BR (y compris les prestations du régime de base sécurité sociale et/ou d'éventuels organismes complémentaires) ; – prothèses remboursées par la sécurité sociale : 460 % BR (y compris les prestations du régime de base sécurité sociale et/ou d'éventuels organismes complémentaires) ; – implants dentaires : crédit de 1 000 € par bénéficiaire et par année civile. Ces niveaux se substituent, pendant l'année 2014, à ceux figurant au tableau de garanties ci-dessus.</p>	

Article 4

Date d'effet

Le présent avenant prend effet le 1^{er} janvier 2014.

Article 5

Dépôt. – Extension

Le présent avenant fera l'objet des mesures de dépôt prévues par les articles D. 2231-2 et D. 2231-3 du code du travail.

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent avenant. La confédération nationale des détaillants, détaillants-fabricants de la confiserie, chocolaterie, biscuiterie, 64, rue de Caumartin, 75009 Paris, est chargée des formalités nécessaires.

Fait à Paris, le 22 octobre 2013.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

CNDC.

Syndicats de salariés :

FGTA FO ;

CSFV CFTC ;

FS CFDT ;

FNAA CFE-CGC.