

Brochure n° 3224

Convention collective nationale

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

AVENANT N° 8 DU 19 MARS 2015

À L'AVENANT N° 15 RELATIF AU REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE
DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

NOR : ASET1550606M

IDCC : 1286

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la branche se sont réunis en commission paritaire et ont décidé de modifier le régime « remboursement de frais de soins de santé » des salariés tout en étant conforme au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 définissant le contrat responsable.

Le présent avenant a pour effet de modifier partiellement et de 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 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 tel que prévu par le présent avenant n° 8 à l'avenant n° 15 de la convention collective nationale des détaillants, détaillants-fabricants de la confiserie, chocolaterie s'applique aux cessations de contrat de travail dont la date est égale ou postérieure au 1^{er} juin 2014.

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. Le maintien de garanties s'applique pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, 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 de 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 de modification 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 10 « Cessation des garanties » de l'avenant n° 15

L'article 10 « Cessation des garanties » de l'avenant n° 15 du 3 septembre 2008 est modifié comme suit :

« 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 ou, en cas de maintien des droits au titre de l'article 4 *bis* 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 ait été acquittée, 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 et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990, l'organisme assureur adresse une proposition de maintien, à titre individuel, de 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 ;
- au profit 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.

Afin de bénéficier des dispositions de l'article 4 de la loi Evin, les anciens salariés visés par l'article 4 *bis* du présent régime doivent en faire la demande auprès de l'organisme assureur 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 du dispositif de portabilité.

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

Afin de garantir un haut degré de solidarité du régime – et notamment de solidarité inter-générationnelle par le biais de la mutualisation des cotisations des anciens salariés avec celles des salariés actifs –, la cotisation retenue est égale à 150 % de la cotisation des actifs prévue à l'article 5 du régime de remboursement de frais de soins de santé appelée à 125 %.

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

Pour les ayants droit d'un salarié décédé ayant bénéficié de la gratuité prévue à l'article 1^{er} de l'avenant n° 3 à l'avenant n° 15 du 7 septembre 2011, le bénéfice du maintien de couverture défini ci-dessus en application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 prendra effet à l'issue de leur période de gratuité, sous réserve qu'ils en fassent expressément la demande. »

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 de la 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 de la 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 % BR médecins adhérents au CAS 200 % BR médecins non adhérents au CAS
Chambre particulière en secteur conventionné	60 € par jour, limité à 20 jours par année civile

POSTE	NIVEAU DE COUVERTURE, Y COMPRIS LES PRESTATIONS du régime de base de la sécurité sociale et/ou d'éventuels organismes complémentaires
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	170 % BR médecins adhérents au CAS 150 % BR médecins non adhérents au CAS
Spécialistes	200 % BR médecins adhérents au CAS 170 % BR médecins non adhérents au CAS
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	170 % BR médecins adhérents au CAS 150 % BR médecins non adhérents au CAS
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	135 % BR médecins adhérents au CAS 100 % BR médecins non adhérents au CAS
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR
Analyses	100 % de la BR
Actes médicaux non remboursés par la sécurité sociale	
Chirurgie réfractive (les deux yeux)	Crédit de 150 € par bénéficiaire et par année civile
Pharmacie (acceptée par la sécurité sociale)	
Pharmacie	100 % du TFR
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 ⁽¹⁾	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 ⁽²⁾	Crédit de 200 € par bénéficiaire et par année civile
Prothèses non dentaires (acceptées par la sécurité sociale)	
Prothèses auditives	100 % de la BR + crédit global de 600 € par bénéficiaire et par année civile
Orthopédie et autres prothèses	

POSTE	NIVEAU DE COUVERTURE, Y COMPRIS LES PRESTATIONS du régime de base de la sécurité sociale et/ou d'éventuels organismes complémentaires
Optique (**)	
Monture + verres	« Cette garantie prévoit une prise en charge limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de 2 ans. Pour l'appréciation de la période de 2 ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps). Cette période est réduite à 1 an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. »
Monture	RSS + forfait de 100 €
Verres unifocaux simples	RSS + forfait de 70 € par verre
Verres unifocaux complexes	RSS + forfait de 85 € par verre
Verres multifocaux ou progressifs simples	RSS + forfait de 110 € par verre
Verres multifocaux ou progressifs complexes	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)	
<p>Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières 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.</p> <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) ; 	

POSTE	NIVEAU DE COUVERTURE, Y COMPRIS LES PRESTATIONS du régime de base de la sécurité sociale et/ou d'éventuels organismes complémentaires
<ul style="list-style-type: none"> – 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. 	100 % de la BR
<p>BR : base de remboursement de la sécurité sociale. TFR : tarif forfaitaire de responsabilité. RSS : remboursement sécurité sociale. FR : frais réels engagés par l'assuré. CAS : contrat d'accès aux soins. (*) Détail du poste dentaire :</p> <p>(1) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel ; – prothèses supra-implantaires : HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171 ; – bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel. <p>(2) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).</p>	

(**) Détail du poste optique :

ADULTE (> OU = 18 ANS) Code LPP	UNIFOCAUX/ multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	MONTANT EN € par verre
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	de – 6 à + 6	70
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté			de – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10	85
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à – 10 ou > à + 10	85
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté		Cylindre < 4	de – 6 à + 6	70
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté			< à – 6 ou > à + 6	85

ADULTE (> OU = 18 ANS) Code LPP	UNIFOCAUX/ multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	MONTANT EN € par verre
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > 4	de - 6 à + 6	85
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à - 6 ou > à + 6	85
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	de - 4 à + 4	110
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté			< - 4 et > + 4	140
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté		Tout cylindre	de - 8 à + 8	110
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté			< - 8 et > + 8	140

ENFANT (< 18 ANS) Code LPP	UNIFOCAUX/ multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	MONTANT EN € par verre
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté			de - 6 à + 6	70
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté		Sphérique	de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	85
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< - 10 ou > + 10	85
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté			< - 6 et > + 6	85
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		Cylindre > 4	de - 6 à + 6	85
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< - 6 et > + 6	85
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	de - 4 à + 4	110
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté			< - 4 ou > + 4	140
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté		Tout cylindre	de - 8 à + 8	110
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté			< - 8 ou > + 8	140

Article 4

Date d'effet

Le présent avenant prend effet le 1^{er} avril 2015.

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 19 mars 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

CNDC.

Syndicats de salariés :

FGTA FO ;

CSFV CFTC ;

FNAACFE-CGC.