

Brochure n° 3102

Convention collective nationale
IDCC : 1747. – ACTIVITÉS INDUSTRIELLES
DE BOULANGERIE ET PÂTISSERIE

AVENANT N° 20 DU 1^{ER} DÉCEMBRE 2015
RELATIF À LA PRÉVOYANCE ET AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1650145M

IDCC : 1747

Entre :

La FEBPF ;

Le GITE,

D'une part, et

La FGTA FO ;

La CSFV CFTC ;

La FNAA CFE-CGC ;

La FGA CFDT ;

La FNAF CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Objet

Les parties conviennent de substituer aux articles suivants de la convention collective des activités industrielles de boulangerie-pâtisserie les articles ci-après :

« 120.2. Cotisations

Les cotisations sont calculées sur la rémunération brute annuelle, toutes primes et indemnités confondues, supportant les charges sociales.

Elles sont partagées entre l'employeur et le salarié à raison de :

– 1/3 à la charge du salarié ;

– 2/3 à la charge de l'employeur.

L'affectation des cotisations aux diverses prestations du régime est fixée comme suit.

(En pourcentage.)

	EMPLOYEUR	SALARIÉ
Décès	0,100	0,039
Rente éducation	0,043	0,017
Allocation obsèques	0,007	0,003
Incapacité de travail	0	0,274
Invalidité	0,547	0
Total	0,697	0,333

Les cotisations sont réglées par l'entreprise par trimestre à terme échu.

Dans le prolongement de l'article 26 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, un complément de provisions mathématiques doit être constitué par les organismes assureurs au titre du maintien de la garantie décès et des arrêts de travail survenus au 31 décembre 2010 pour les contrats conclus avant cette date.

En cas de dénonciation du régime de prévoyance de la boulangerie industrielle ou de changement des organismes assureurs désignés avant la constitution des provisions mathématiques finançant le passif résultant de la loi portant réforme des retraites, une indemnité de résiliation est due dont le montant est égal à la différence entre le montant des provisions techniques à constituer, permettant de couvrir intégralement les engagements relatifs à la poursuite des prestations "incapacité" et "invalidité" et au maintien de la garantie décès, et le montant des provisions techniques effectivement constituées au jour de la dénonciation, et ce au titre des incapacités et invalidités en cours à la date de la dénonciation. »

« 122.1. Portabilité des droits

Sont bénéficiaires des régimes de prévoyance du présent chapitre les anciens salariés des entreprises de la branche dont la rupture du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvre droit au régime d'indemnisation de l'assurance chômage.

Ils bénéficient du maintien des garanties dès le lendemain de la fin de leur contrat de travail.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite de 12 mois.

Le maintien des garanties est obligatoire.

Les anciens salariés susvisés devront fournir chaque mois à l'assureur un document attestant de leur prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le bénéfice des régimes cessera dans les hypothèses suivantes :

- en cas de reprise d'une activité professionnelle et de cessation concomitante du bénéfice du régime d'assurance chômage. Dans une telle hypothèse, il appartiendra au salarié concerné d'en informer l'entreprise ou l'assureur et de transmettre le justificatif de cessation du régime d'assurance chômage ;
- en cas de décès.

Le financement du maintien de ces garanties est assuré dans le cadre de la mutualisation du régime.

L'indemnisation au titre de la garantie incapacité de travail telle que définie aux articles 120.1.3 et 121.1.4 interviendra à compter du 91^e jour d'incapacité de travail continue.

Les prestations sont versées jusqu'au 1 095^e jour d'incapacité ou jusqu'à la mise en invalidité et au plus tard à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale.

En tout état de cause, l'indemnisation prévue ne peut conduire l'intéressé à percevoir une indemnisation supérieure au montant de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage à laquelle il ouvre droit et qu'il aurait perçue au titre de la même période. Si l'allocation chômage n'a pas encore été versée, celle-ci sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'incapacité. »

« 125.1. Bénéficiaires à titre obligatoire

En application des dispositions légales et réglementaires, le présent régime de remboursement de frais de santé bénéficie obligatoirement aux salariés titulaires d'un contrat de travail, quelle qu'en soit la nature, y compris les salariés en arrêt maladie indemnisés, directement par l'entreprise ou indirectement par un organisme tiers, à la date de prise d'effet des présentes dispositions.

Les salariés en suspension du contrat de travail sans rémunération, ni revenu de substitution provenant d'un régime de prévoyance, à la date d'application des présentes dispositions ne bénéficieront pas des garanties du présent régime le temps de leur absence non indemnisée, à l'exception de ceux qui souhaitent y adhérer en assurant entièrement à leur charge les cotisations. »

« 125.2. Dérogations au caractère obligatoire

Certains salariés ont la faculté, s'ils le souhaitent, de ne pas adhérer au présent régime, sans pour autant remettre en cause le caractère obligatoire.

Les salariés concernés sont les suivants :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée et les travailleurs saisonniers, étant précisé que ces derniers, dès lors qu'ils sont titulaires d'un contrat à durée déterminée de moins de 12 mois, bénéficient d'une dispense d'affiliation qui est de droit ;
- les salariés à temps très partiel ou apprentis, à l'exclusion des salariés à employeurs multiples qui devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération, l'employeur pouvant dans ce cas décider d'acquitter la part salariale de cotisation ;
- les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire instituée dans le cadre de la couverture maladie universelle ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ;
- les salariés qui bénéficient déjà, à la date d'effet du présent régime ou au moment de leur embauche si elle est postérieure, d'une couverture complémentaire obligatoire de remboursement de frais de santé au titre d'un autre emploi (salarié à employeurs multiples) ;
- les salariés qui bénéficient déjà, à la date d'effet du présent régime ou au moment de leur embauche si elle est postérieure, d'une couverture complémentaire individuelle de remboursement de frais de santé au titre d'un contrat d'assurance individuel. Cette dispense d'affiliation sera temporaire pour la durée restant à courir jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient déjà, à la date d'effet du présent régime ou au moment de leur embauche si elle est postérieure, d'une couverture complémentaire obligatoire familiale de remboursement de frais de santé par leur conjoint.

Dans le cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise, compte tenu du fait que la couverture de l'ayant droit est facultative, les salariés ont le choix de s'affilier ensemble ou séparément. Dans les deux cas, le caractère obligatoire n'est pas remis en cause et les contributions versées par l'employeur, soit pour le couple, soit pour chacun des membres du couple, bénéficient de l'exclusion d'assiette.

Les salariés ci-dessus mentionnés devront formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au présent régime, auprès de leur employeur, dans la limite d'un délai de 1 mois à la date de mise en place du régime de l'entreprise ou, pour ceux embauchés postérieurement, dans un délai de 1 mois courant à compter de leur embauche. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

En outre, ils seront tenus de communiquer, au moins une fois par an, les informations permettant de justifier de leur situation. A défaut, ils seront tenus d'adhérer et de cotiser au régime. »

« 128.1. 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.

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 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-dessous.

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.

L'organisme assureur 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 participant 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.

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les prestations versées par la sécurité sociale.

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION ⁽¹⁾	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	130 % de la BR	
Actes de chirurgie (ADC)	250 % de la BR médecins adhérents CAS	
Actes d'anesthésie (ADA)	200 % de la BR médecins non adhérents CAS	
Autres honoraires		
Chambre particulière	28,00 € par jour	
Forfait hospitalier engagé	100 % des frais réels par jour et dans la limite de la réglementation en vigueur	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 10 ans (sur présentation d'un justificatif)	35,00 € par jour	
Transport remboursé sécurité sociale	100 % de la BR	
Actes médicaux		
Généralistes (consultations et visites)	100 % de la BR	
Spécialistes (consultations et visites)	100 % de la BR	
Actes de chirurgie (ADC)	100 % de la BR	
Actes techniques médicaux (ATM)	100 % de la BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI)		

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION ⁽¹⁾	
	Conventionné	Non conventionné
Actes d'échographie (ADE)	100 % de la BR	
Auxiliaires médicaux		
Analyses	100 % de la BR	
Actes médicaux non remboursés sécurité sociale		
Chirurgie réfractive des yeux (myopie, presbytie, astigmatisme et hypermétropie)	Crédit annuel par bénéficiaire de 7 % du PMSS par œil	
Pharmacie remboursée sécurité sociale	100 % de la BR	
Pharmacie non remboursée sécurité sociale		
Contraceptifs (pilules et patchs) non remboursés par la sécurité sociale et patchs antitabac	Crédit annuel par bénéficiaire de 1 % du PMSS	
Dentaire		
Soins dentaires (à l'exception des inlays simples, onlays)	100 % de la BR	
Inlay simple, onlay	100 % de la BR	
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	200 % de la BR	
Inlay core	200 % de la BR	
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale ⁽²⁾	110 % de la BR	
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	180 % de la BR	
Orthodontie refusée par la sécurité sociale	110 % de la BR	
Prothèses non dentaires (acceptées sécurité sociale)		
Prothèses auditives	100 % de la BR plus crédit annuel par bénéficiaire de 1 000,00 €	
Orthopédie et autres prothèses		
Optique : pour l'appréciation de la période 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). La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue		
Monture	100 % de la BR plus 2,5 % du PMSS par bénéficiaire	
Verres	100 % de la BR plus montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction du type de verre ⁽⁴⁾	
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	100 % de la BR plus un crédit annuel par bénéficiaire de 5 % du PMSS	
Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit annuel par bénéficiaire de 7 % du PMSS	
Cure thermique (acceptée sécurité sociale)		
Frais de traitement et honoraires	Néant	
Frais de voyage et hébergement	Néant	

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION ⁽¹⁾	
	Conventionné	Non conventionné
Maternité		
Naissance d'un enfant déclaré	100,00 €	
Médecines hors nomenclature		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie	30,00 € par acte, limité à 4 actes par année civile.	
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 ⁽³⁾	100 % de la BR	

Les postes exprimés en crédit annuel s'entendent par année civile.

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

FR : frais réels engagés par l'assuré.

BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

RSS : remboursement sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

TM : ticket modérateur, soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS).

CAS : contrat d'accès aux soins.

(1) Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident de travail / maladie professionnelle et maternité, et sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés.

(2) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

- 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.

(3) Liste des actes de préventions :

- a) Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans
- b) Détartrage annuel complet sus-et sous-gingival effectué en 2 séances maximum
- c) Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans
- d) Dépistage de l'hépatite B
- e) 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 :
 - I. – Audiométrie tonale ou vocale
 - II. – Audiométrie tonale avec tympanométrie
 - III. – Audiométrie vocale dans le bruit
 - IV. – Audiométrie tonale et vocale
 - V. – Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie
- f) Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans
- g) Vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - I. – Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges
 - II. – Coqueluche : avant 14 ans
 - III. – Hépatite B : avant 14 ans
 - IV. – BCG : avant 6 ans
 - V. – Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant
 - VI. – *Haemophilus influenzae* B – infections à l'origine de la méningite de l'enfant
 - VII. – Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

(4) Voir grille optique ci-après.

Grille optique

ADULTE (≥ 18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX/ Multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	MONTANT par verre
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De - 6 à + 6	2,5 % du PMSS
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté			De - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	2,5 % du PMSS
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< - 10 ou > + 10	2,5 % du PMSS
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté		Cylindre < 4	De - 6 à + 6	2,5 % du PMSS
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté			< - 6 et > + 6	2,5 % du PMSS
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > 4	De - 6 à + 6	2,5 % du PMSS
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< - 6 et > + 6	2,5 % du PMSS
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De - 4 à + 4	2,5 % du PMSS
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté			< - 4 ou > + 4	2,5 % du PMSS
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté		Tout cylindre	De - 8 à + 8	2,5 % du PMSS
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté			< - 8 ou > + 8	2,5 % du PMSS

ENFANT (< 18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX/ Multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	MONTANT par verre
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De - 6 à + 6	2,5 % du PMSS
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté			De - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	2,5 % du PMSS
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< - 10 ou > + 10	2,5 % du PMSS

ENFANT (< 18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX/ Multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	MONTANT par verre
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté		Cylindre < 4	De – 6 à + 6	2,5 % du PMSS
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté			< – 6 et > + 6	2,5 % du PMSS
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		Cylindre > 4	De – 6 à + 6	2,5 % du PMSS
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< – 6 et > + 6	2,5 % du PMSS
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De – 4 à + 4	2,5 % du PMSS
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté			< – 4 ou > + 4	2,5 % du PMSS
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté		Tout cylindre	De – 8 à + 8	2,5 % du PMSS
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté			< – 8 ou > + 8	2,5 % du PMSS

Article 2

Entrée en vigueur. – Durée. – Révision

Le présent avenant prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2016.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Chaque syndicat signataire ou adhérent peut demander la révision de tout ou partie du présent avenant selon les modalités suivantes :

- toute demande de révision doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à chacun des autres signataires ou adhérents et comporter, outre l'indication des dispositions dont la révision est demandée, des propositions de remplacement ;
- le plus rapidement possible, et au plus tard dans un délai de 3 mois suivant la réception de cette lettre, les parties devront ouvrir une négociation en vue de la rédaction d'un nouvel accord.

Article 3

Dépôt et publicité

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour remise à chaque organisation patronale et syndicale concernée et permettre l'accomplissement des formalités légales de dépôt et de publicité.

Il sera notifié par la délégation patronale à l'ensemble des organisations syndicales représentatives, à l'issue de la séance de signature, par remise d'un exemplaire de l'avenant signé contre récépissé s'il a été signé en séance, à défaut par lettre recommandée avec avis de réception.

Il sera déposé par la délégation patronale, en deux exemplaires, dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique, auprès des services centraux du ministre chargé du travail.

La délégation patronale remettra également un exemplaire du présent avenant au greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Son extension sera demandée à l'initiative de la délégation patronale auprès du ministre chargé du travail.

Fait à Paris, le 1^{er} décembre 2015.

(Suivent les signatures.)