

Brochure n° 3215

Convention collective nationale

IDCC : 1267. – PÂTISSERIE

**AVENANT N° 85 DU 11 DÉCEMBRE 2015
RELATIF AU RÉGIME DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ**

NOR : ASET1650557M

IDCC : 1267

PRÉAMBULE

Les représentants professionnels et les organisations syndicales de salariés soussignés décident de faire évoluer le régime complémentaire de frais de soins de santé tout en respectant la réglementation relative aux contrats « solidaires et responsables » et les dispositions relatives à la généralisation de la complémentaire santé (loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi).

Le présent avenant a pour objet de :

- généraliser le bénéfice du régime complémentaire de frais de santé à l'ensemble des salariés sans condition d'ancienneté ;
- mettre en conformité, au regard des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, le dispositif de portabilité des garanties frais de soins de santé décrit au chapitre VII de la convention collective ;
- améliorer les garanties dudit régime.

Article 1^{er}

Modification de l'article 56 « Bénéficiaires »

A effet du 1^{er} janvier 2016, les premier et deuxième paragraphes de l'article 56 sont modifiés comme suit afin de supprimer la condition d'ancienneté :

1. Les dispositions du premier paragraphe de l'article 56 « Bénéficiaires » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Est bénéficiaire du présent régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé obligatoire l'ensemble des salariés relevant des entreprises visées à l'article 54 ci-dessus, sans condition d'ancienneté. »

2. La phrase du deuxième paragraphe : « Lorsque le salarié aura atteint l'ancienneté requise, il pourra bénéficier du régime rétroactivement à compter de sa date d'entrée dans l'entreprise. » est supprimée.

Article 2

Modification de l'article 57 « Garanties »

A effet du 1^{er} janvier 2016, le tableau des garanties visé à l'article 57 est supprimé et remplacé par le tableau ci-après :

NATURE DES FRAIS	NIVEAU D'INDEMNISATION ⁽¹⁾ (y compris les prestations versées par la sécurité sociale)	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	250 % BR	
Forfait hospitalier engagé	100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	300 % BR médecins adhérents CAS 200 % BR médecins non adhérents CAS	
Chambre particulière ⁽²⁾	80 € par jour	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	25 € par jour	
Transport remboursé par la sécurité sociale	100 % BR	
Actes médicaux		
Généralistes (consultations et visites)	200 % BR médecins adhérent CAS 130 % BR médecins non adhérents CAS	
Spécialistes (consultations et visites)	250 % BR médecins adhérent CAS 200 % BR médecins non adhérents CAS	
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	200 % BR médecins adhérent CAS 150 % BR médecins non adhérents CAS	
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	200 % BR médecins adhérent CAS 150 % BR médecins non adhérents CAS	
Auxiliaires médicaux	110 % BR	
Analyses	110 % BR	
Actes médicaux non remboursés par la sécurité sociale		
Densitométrie osseuse	Crédit de 80 € par année civile	
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 1 500 € par année civile	
Médecines douces non remboursée par la sécurité sociale		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie et phytothérapie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	45 € par acte (limité à 4 actes par année civile)	
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale		
Pharmacie	100 % BR	
Pharmacie non remboursée par la sécurité sociale et médecine hors nomenclature		
Vaccins anti-grippe	100 % de la BR à titre d'acte de prévention (voir ⁽⁴⁾)	
Sevrage tabagique	Crédit de 80 € par année civile	

NATURE DES FRAIS	NIVEAU D'INDEMNISATION ⁽¹⁾ (y compris les prestations versées par la sécurité sociale)
Contraception prescrite	Crédit de 80 € par année civile
Appareillages remboursés par la sécurité sociale	
Prothèses auditives	100 % BR + crédit de 1 200 € par année civile
Orthopédie	100 % BR + crédit de 600 € par année civile
Autres prothèses médicales (hors appareillages dentaires et auditifs)	100 % BR + crédit de 600 € par année civile
Dentaire remboursé par la sécurité sociale	
Soins dentaires (hors inlay simple, onlay)	100 % BR
Inlay simple, onlay	420 % BR
Prothèses dentaires	420 % BR
Inlay-core et inlay à clavettes	330 % BR
Orthodontie	250 % BR
Dentaire non remboursé par la sécurité sociale	
Parodontologie	Crédit de 200 € par année civile
Prothèses dentaires ⁽³⁾	300 % BR
Implants dentaires ⁽⁴⁾	Forfait de 1 000 € par implant (limité à 3 implants par année civile)
Orthodontie	300 % BR
Optique	
<p>Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée (*), le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.</p> <p>Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.</p> <p>(*) 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. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.</p>	
Monture	RSS + 150 €
Verres ⁽⁵⁾	RSS + montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	100 % BR + crédit de 200 € par année civile
Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 200 € par année civile
Cure thermique remboursée par la sécurité sociale	
Frais de traitement et honoraires	100 % BR
Frais de voyage et hébergement	Forfait de 250 €

NATURE DES FRAIS	NIVEAU D'INDEMNISATION ⁽¹⁾ (y compris les prestations versées par la sécurité sociale)
Maternité et adoption	
Naissance déclarée	Forfait de 300 € par enfant
Fécondation <i>in vitro</i>	Crédit de 300 € par année civile
Actes de prévention conformément aux dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006	
Ensemble des actes de prévention ⁽⁶⁾	100 % BR
<p>SS : sécurité sociale.</p> <p>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.</p> <p>FR : frais réels engagés par l'assuré.</p> <p>BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.</p> <p>CAS : contrat d'accès aux soins.</p> <p>(1). Dans la limite des frais réels dûment justifiés engagés par le bénéficiaire.</p> <p>(2). Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale ou chirurgicale, et de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique. 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.</p> <p>(3). 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>4. La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).</p> <p>(5) Voir grille optique ci-dessous.</p> <p>(6) Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, 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 risques carieux et avant 14 ans.</p> <p>Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum.</p> <p>Premier bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour un enfant de moins de 14 ans.</p> <p>Dépistage de l'hépatite B.</p> <p>Dépistage une fois toutes 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"> a) Audiométrie tonale ou vocale ; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie ; c) Audiométrie vocale dans le bruit ; d) Audiométrie tonale et vocale ; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie. <p>Ostéodensitométrie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.</p> <p>Vaccinations suivantes, seules ou combinées : (a) diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; (b) coqueluche : avant 14 ans ; (c) hépatite B : avant 14 ans ; (d) BCG : avant 6 ans ; (e) rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; (f) <i>Haemophilus influenzae</i> B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ; (g) vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.</p>	

Grille optique

(En euros.)

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	90
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté			De – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10	150
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à – 10 ou > à + 10	150
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté		Cylindre < à 4	De – 6 à + 6	90
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté			< à – 6 et > à + 6	150
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > à 4	De – 6 à + 6	150
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à – 6 et > à + 6	150
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De – 4 à + 4	200
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté			< à – 4 ou > à + 4	320
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté		Tout cylindre	De – 8 à + 8	200
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté			< à – 8 ou > à + 8	320

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	90	
2243540 : verre blanc 2297441 : verre blanc 2243304 : verre teinté 2291088 : verre teinté			De – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10	150	
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à – 10 ou > à + 10	150	
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté		Cylindre < à 4	De – 6 à + 6	90	
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté			< à – 6 et > à + 6	150	
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		Cylindre > à 4	De – 6 à + 6	150	
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à – 6 et > à + 6	150	
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté		Multifocaux	Sphérique	De – 4 à + 4	200
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté				< à – 4 ou > à + 4	300
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	Tout cylindre		De – 8 à + 8	200	
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté			< à – 8 ou > à + 8	300	

Pour toutes les dispositions ci-dessus, l'annualité est appréciée par année civile. La part non consommée une année n'est pas reportée l'année suivante.

Article 3

Modification de l'article 58 « Limite des garanties. – Exclusions »

A effet du 1^{er} janvier 2016, dans l'article 58 :

Les mots : « la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par : « la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et L. 1111-15 du code de la santé publique ».

La phrase : « 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 utilisé par le régime de sécurité sociale » est complétée de la phrase : « Cette limite ne s'applique pas à la prise en charge du forfait journalier hospitalier facturé en établissement psychiatrique en secteur non conventionné. »

Article 4

Modification de l'article 59 « Plafonds des remboursements »

A effet du 1^{er} janvier 2016, l'article 59 est complété *in fine* comme suit :

« Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la sécurité sociale, tout autre éventuel contrat frais de santé, et le présent régime. »

Article 5

Modification de l'article 60.4 « Portabilité des droits »

Les dispositions de l'article 60.4 sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« 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 pour lequel les droits à couverture complémentaire au titre du régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé de la convention collective nationale de la pâtisserie 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.

Durée et limites de la portabilité

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail du salarié et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, 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'organisme assureur 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 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.

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 62 de la présente convention collective.

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.

Révision du dispositif de portabilité

Le présent dispositif de portabilité est susceptible d'évoluer en cas de modifications de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Maintien du dispositif de portabilité

Les garanties devront être maintenues par l'organisme assureur des salariés en activité et les personnes en situation de portabilité en cas de redressement ou liquidation judiciaires ou de cessation d'activité dans une entreprise relevant de la présente convention collective. »

Article 6

Modification de l'article 61 « Cessation des garanties »

Les dispositions de l'article 61 sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Pour le 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 ci-dessus, 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.

Les 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 disposent d'un délai de 6 mois à compter de la cessation de leur contrat de travail, ou, le cas échéant, dans les 6 mois à compter de la fin de la période de portabilité visée par l'article 60 ci-dessus, pour demander à bénéficier du maintien de la garantie. La garantie prendra alors effet au plus tôt le lendemain de la cessation du contrat de travail ou, le cas échéant, au plus tôt à l'issue de la période de prise en charge au titre du dispositif de portabilité.

Afin de garantir une solidarité entre salariés et anciens salariés, notamment une solidarité intergénérationnelle par la mutualisation des cotisations des anciens salariés avec celles des salariés actifs, la cotisation des anciens salariés est fixée à 125 % de la cotisation des salariés actifs prévue à l'article 62 ci-dessous. »

Article 7

Dépôt. – 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 deuxième partie). 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, de la formation professionnelle et du dialogue social, l'extension du présent avenant en application des articles L. 2261-15 et suivants du code du travail.

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

Fait à Paris, le 11 décembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

CNPCCG.

Syndicats de salariés :

FGTA FO ;

CSFV CFTC ;

FNAA CFE-CGC ;

FGA CFDT ;

FNAF CGT.