

Brochure n° 3224

Convention collective nationale

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

AVENANT N° 10 DU 26 AVRIL 2018
À L'AVENANT N° 15 DU 3 SEPTEMBRE 2008
RELATIF À LA MISE EN PLACE D'UN RÉGIME
DE « REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE
DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ »

NOR : ASET1850818M

IDCC : 1286

Entre :

CNDC,

D'une part, et

FGTA FO ;

CSFV CFTC ;

CFE-CGC Agro,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le présent avenant modifie :

- l'article 10 « Cessation de garanties » de l'avenant n° 15 de la convention collective nationale des détaillants, détaillants-fabricants de la confiserie, chocolaterie, biscuiterie suite au décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ;
- le tableau des garanties frais de soins de santé décrit dans l'annexe de l'avenant n° 15 de la convention collective nationale des détaillants, détaillants-fabricants de la confiserie, chocolaterie, biscuiterie pour mise en conformité à l'article 77 de la LFSS modifiant l'article L. 871-1 du CSS : la notion de « contrat d'accès aux soins » (CAS) est remplacée par « DPTM » (dispositif de pratique tarifaire maîtrisée).

Article 1^{er}

Modification de l'article 10 « Cessation des garanties » de l'avenant n° 15

À effet du 1^{er} juillet 2017, les dispositions de l'article 10 « Cessation des garanties » de l'avenant n° 15 du 3 septembre 2008 sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

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.

À 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.

L'organisme assureur doit maintenir la couverture collective frais de soins de santé dans les modalités et conditions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Évin) et du décret du 21 mars 2017.

10.1 Maintien gratuit des garanties collectives au profit des ayants droit d'assurés décédés

En cas de décès d'un salarié en activité ou d'un ex-salarié bénéficiant du dispositif de portabilité des droits prévus par l'article 4 *bis* relevant de la convention collective des détaillants, détaillants-fabricants de la confiserie, chocolaterie, biscuiterie, la branche offre au bénéfice des ayants droit les cotisations correspondantes aux garanties du régime collectif pendant 12 mois, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

10.2 Solidarité intergénérationnelle : maintien à l'identique des garanties collectives du régime frais de soins de santé au profit des anciens salariés visés à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Évin)

Les partenaires sociaux de la branche ont instauré une solidarité intergénérationnelle entre les anciens salariés et les salariés actifs tant sur le niveau des cotisations que sur celui des prestations, à travers la mutualisation au sein du régime.

Ce maintien de la couverture frais de soins de santé, à titre individuel, s'effectue sans conditions de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent 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.

Pour application de ce présent article 10.2., les anciens salariés sont les 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 d'ancienneté.

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

La couverture frais de soins de santé maintenue est celle dont bénéficiait l'ancien salarié au moment de la cessation de son contrat de travail ou à la cessation du maintien temporaire des garanties, donc il s'agit des mêmes niveaux de garanties.

Afin de garantir une solidarité intergénérationnelle par le biais de la mutualisation des cotisations des anciens salariés avec celles des salariés actifs, la cotisation des anciens salariés est fixée comme suit :

- la 1^{re} année, la cotisation est égale à la cotisation (part patronale et salariale) dont ils s'acquittaient lorsqu'ils étaient en activité ;
- à partir de la 2^e année, la cotisation est fixée à 125 % de la cotisation des salariés actifs.

Ces cotisations sont à la charge exclusive de l'ancien salarié.

Pour l'application des dispositions ci-dessus, la computation du délai prévu la 1^{re} année, lors de la sortie du contrat collectif, s'effectue de date à date, à savoir à compter de la date à laquelle l'ancien salarié et les personnes garanties du chef de l'assuré décédé bénéficient du maintien de leur couverture le cas échéant à l'expiration de la période durant laquelle il bénéficie à titre temporaire de la portabilité au sens de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ou de la gratuité prévue à l'article 10.1. du présent avenant) jusqu'à la date anniversaire de son adhésion l'année suivante.

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

Article 2

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.

POSTES	NIVEAUX 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 % BR Médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾ 200 % BR Médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾
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 % BR Médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾ 130 % BR Médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾
Spécialistes	200 % BR Médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾ 170 % BR Médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	150 % BR Médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾ 130 % BR Médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	135 % BR Médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾ 100 % BR Médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR
Analyses	100 % de la BR

POSTES	NIVEAUX DE COUVERTURE Y COMPRIS LES PRESTATIONS du régime de base sécurité sociale et/ou d'éventuels organismes complémentaires
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 (acceptée par la sécurité sociale)	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 ⁽²⁾	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 ⁽³⁾	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 par année civile
Orthopédie et autres prothèses	
Optique (**)	
Monture + verres	« Cette garantie prévoit une prise en charge limitée à un équipement composé de 2 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 1 ^{er} élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en 2 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

POSTES	NIVEAUX DE COUVERTURE Y COMPRIS LES PRESTATIONS du régime de base sécurité sociale et/ou d'éventuels organismes complémentaires
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 1^{res} et 2^{es} 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 sur 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 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 :</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 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 ; 	100 % de la BR

POSTES	NIVEAUX DE COUVERTURE Y COMPRIS LES PRESTATIONS du régime de base sécurité sociale et/ou d'éventuels organismes complémentaires
<ul style="list-style-type: none"> – 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'Haemophilus influenzae B ; – vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois. 	
<p>BR = base de remboursement de la sécurité sociale. BR = base de remboursement de la sécurité sociale. TFR = tarif forfaitaire de responsabilité. RSS = remboursement sécurité sociale. FR = frais réel engagés par l'assuré.</p> <p>(1) DPTM : Dispositif de Pratique tarifaire Maîtrisée : <ul style="list-style-type: none"> – CAS (contrat d'accès aux soins) ; – OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ; – OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique). </p> <p>(*) Détail du poste dentaire :</p> <p>(2) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants : <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> <p>(3) 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			< – 10 ou > + 10	85
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté		Cylindre < 4	de – 6 à + 6	70
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté			< – 6 et > + 6	85
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > 4	de – 6 à + 6	85
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< – 6 et > + 6	85

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

ENFANT (<18 ANS) code LPP	UNIFOCAUX/ multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	MONTANT EN € par verre
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	de - 6 à + 6	70
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté			de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	85
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< - 10 ou > + 10	85
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté		Cylindre < 4	de - 6 à + 6	70
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} juillet 2017.

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 26 avril 2018.

(Suivent les signatures.)