

Brochure n° 3224 | Convention collective nationale

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

Avenant n° 13 du 29 octobre 2019

à l'avenant n° 15 du 3 septembre 2008
relatif au remboursement complémentaire de frais de soins de santé

NOR : ASET2050072M

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

CNDC,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FGTA FO ;

CSFV CFTC ;

FS CFDT ;

CFE-CGC AGRO,

d'autre part,

Considérant la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 qui acte la modification de la couverture minimale des contrats responsables (réforme dite « 100 % santé ») ;

Considérant le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé ;

Considérant la nécessaire mise en conformité des actes juridiques mettant en place un régime de remboursement de frais de santé au titre de la couverture minimale obligatoire et collective imposée par ladite loi avant le 1^{er} janvier 2020 ;

Considérant la volonté des partenaires sociaux d'améliorer le régime frais de santé de la branche tout en conservant l'équilibre de ce régime ;

Considérant la composition de la branche constituée pour sa plus grande part d'entreprises de moins de 50 salariés, cet avenant ne comporte pas de dispositions particulières pour ces entreprises,

les parties signataires du présent avenant décident de modifier l'avenant n° 15 de la convention collective de la façon suivante :

Article 1^{er} | **Modification du tableau des prestations garanties par le régime frais soins de santé**

Le détail des garanties en vigueur au 1^{er} janvier 2020 sont reprises ci-après. Les nouvelles dispositions s'appliquent pour les frais engagés relatifs à des soins intervenant à compter de la date d'effet susmentionnée.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Abréviations :

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

CCAM : classification commune des actes médicaux.

DPTM (Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée) : OPTAM/OPTAM-CO.

OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée.

OPTAM-CO : option pratique tarifaire maîtrisée – chirurgie obstétrique.

€ : euro.

FR : frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF : honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

PLV : prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

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.

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		200 % BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	235 % BR 200 % BR	
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Chambre particulière		60 € par jour limité à 20 jours par année civile	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		25 € par jour limité à 20 jours par année civile	

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	100 % BR

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
► remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	170 % BR 150 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	200 % BR 170 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	170 % BR 150 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	135 % BR 100 % BR
► non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Éthiopatie, Ostéopathie, Shiatsu, (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	Prise en charge de 50 € par consultation avec un maximum de 4 prises en charge par année civile.	
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	100 % BR	
Médicaments :		
► remboursés SS	100 % BR	
Pharmacie (hors médicaments) :		
► remboursée SS	100 % BR	
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % BR + Crédit de 600 € par année civile	
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation (*)	100 % de la BR	
Santé bucco-dentaire		
Campagne d'incitation à une consultation de prévention bucco-dentaire à des âges clés (1).	Nature de l'action : Examen bucco-dentaire de prévention à 35 ans et à 55 ans. Bénéficiaires : Les personnes assurées au titre du présent régime (assuré principal et ayant-droit le cas échéant) Niveau de prise en charge : selon conditions contractuelles prévues au poste dentaire du présent tableau de garantie.	
Actions en lien avec le traitement des cancers et la prévention de leurs récdives		
Aide à la décision thérapeutique, notamment opératoire, d'un cancer (la pertinence médicale de cette aide est subordonnée à l'avis des médecins en charge du patient (oncologues ; chirurgien...).	Nature de l'action : prise en charge d'un forfait d'acte d'analyse aboutissant à la modélisation 3D des structures anatomiques et pathologiques d'un patient visibles à partir de son image médicale 3D (Scanner ou IRM) pour un patient ayant une suspicion de cancer opérable.	

	<p>Bénéficiaires : Les personnes assurées au titre du présent régime (assuré principal et ayant-droit le cas échéant)</p> <p>Niveau de prise en charge : A hauteur de 650 € HT/acte.</p>
Prévention des récidives de cancers	<p>Nature de l'action : Programme d'accompagnement progressif et personnalisé de lutte contre les récidives après un traitement de cancers à partir des interventions non médicamenteuses suivantes : activité physique adaptée, alimentation et engagement motivationnel.</p> <p>Accompagnement d'une durée de 3 à 12 mois selon un niveau d'intervention et de progression défini par les professionnels de santé du programme.</p> <p>Bénéficiaires : Les personnes assurées au titre du présent régime (assuré principal et ayant-droit le cas échéant)</p> <p>Niveau de prise en charge : prise en charge totale et directe du coût du programme.</p>
Bilans de prévention	
Bilan de prévention personnel	<p>Nature de l'action : Accès à un bilan personnel de prévention en ligne permettant une analyse des habitudes de vie et des conseils personnalisés en prévention.</p> <p>Bénéficiaires : Les personnes assurées au titre du présent régime (assuré principal et ayant-droit le cas échéant)</p> <p>Niveau de prise en charge : prise en charge totale et directe du coût du programme.</p>

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives	100 % BR + Crédit de 600 €	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100 % BR	
A COMPTER DU 01.01.2021 :		
Equipements 100 % Santé (**):		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (***)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		
Equipements libres (****):		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	100 % BR + 600 € (***)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	100 % BR + 300 € (au lieu de 600 €) (****)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100 % BR	

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(****) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021)

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé ^(*)		
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
► Panier maîtrisé ^(**)		
Inlay, onlay	360 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	220 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	360 % BR dans la limite des HLF	
► Panier libre ^(***)		
Inlay, onlay	360 % BR	
Inlay core	220 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	360 % BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	300 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	250 % BR	
Parodontologie	Crédit de 200 € par année civile	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	800 € par implant dans la limite de 2 implants par an	
Orthodontie	200 % BR	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maitrisé, tels que définis réglementairement.

(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de classe A (quel que soit l'âge) (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	100 €	
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B	100 % BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséïconiques)	100 % BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	RSS + Crédit de 220 € par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 220 € par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 800 € par année civile pour les 2 yeux	

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;

- diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

.

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	70 €	
		SPH < à -6 ou > à + 6	95 €	
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	70 €	
		SPH > 0 et S ≤ + 6	70 €	
		SPH > 0 et S > + 6	95 €	
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	95 €	
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	95 €	
MULTIFOCAUX ET PROGRESSIFS	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	110 €	
		SPH < à -4 ou > à + 4	180 €	
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	110 €	
		SPH > 0 et S ≤ + 8	110 €	
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	180 €	
		SPH > 0 et S > + 8	180 €	
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	180 €	

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 100 €

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

Article 2 | Date d'effet

Le présent avenant prend effet le 1^{er} janvier 2020.

Article 3 | Dépôt et extension

Suivant les dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires n'ont pas retenu de dispositions spécifiques telles que visées par l'article L. 2232-10-1 du code du travail à l'attention des entreprises de moins de 50 salariés dès lors que le présent avenant vise à modifier le régime collectif obligatoire de prévoyance dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective et ce quels que soient la taille de leur entreprise et l'organisme assureur de cette dernière.

Le présent avenant fera l'objet des formalités de notification, publicité et dépôt, ainsi que de demande d'extension, conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Fait à Paris, le 29 octobre 2019.

(Suivent les signatures.)