

Brochure n° 3102 | Convention collective nationale

IDCC : 1747 | **ACTIVITÉS INDUSTRIELLES DE BOULANGERIE
ET PÂTISSERIE**

Avenant n° 32 bis du 18 mai 2021

relatif au régime des frais de soins de santé

NOR : ASET2251137M

IDCC : 1747

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

FEB,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FGTA FO ;

FNAA CFE-CGC ;

FGA CFDT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Cet avenant a pour objet d'apporter une modification au tableau des garanties précédemment transmis dans l'avenant n° 32.

Article 1^{er} | Objet de l'avenant

À compter du 1^{er} janvier 2021 les partenaires sociaux de la convention collective nationale des activités industrielles de boulangerie et pâtisserie ont souhaité faire évoluer les garanties de frais de soins de santé définies par l'avenant n° 10 du 11 octobre 2011. Les évolutions mises en œuvre respectent les exigences légales d'un contrat solidaire et responsable.

Article 2 | Modification

L'article 128.1 « Garanties » de la convention collective nationale des activités industrielles de boulangerie et pâtisserie est modifié selon les nouvelles modalités décrites ci-dessous.

128.1. – Garanties

À compter de la date d'effet du présent avenant le tableau des garanties du régime conventionnel figurant à l'article 128.1 « Garanties » de la convention collective nationale des activités industrielles de boulangerie et pâtisserie est le suivant :

(Voir page suivante.)

Tableau des garanties frais de santé

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
 PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
 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)

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE			
Frais de séjour		130% BR	
Forfait journalier hospitalier		100% des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	250% BR 200% BR	
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Chambre particulière		28 € par jour	
Frais d'accompagnement			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		35 € par jour	

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	Adhérents DPTM :	100% BR
(Consultations et visites)	Non adhérents DPTM :	100 % BR
Spécialistes	Adhérents DPTM :	100% BR
(Consultations et visites)	Non adhérents DPTM :	100% BR

Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM :	100% BR
Actes techniques médicaux (ATM)	Non adhérents DPTM :	100% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Adhérents DPTM :	100% BR
Actes d'échographie (ADE)	Non adhérents DPTM :	100% BR
► Non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		35 € par acte limité à 4 actes 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
► Non remboursés SS		
Contraception		Crédit annuel par bénéficiaire de 1% du PMSS
Pharmacie (hors médicaments) :		
► Remboursée SS (dont vaccins anti-grippe et autres vaccins)		100% BR
► Non remboursée SS		
Vaccins anti-grippe et autres		Forfait de 50 € par an et par bénéficiaire (sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture)
Sevrage tabagique		Crédit de 1% du PMSS par année civile
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		100% BR + crédit de 1000 € par année civile
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation		100% BR

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
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	225% BR (****)	

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)	120% BR (***)
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	100% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	200% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	200% BR dans la limite des HLF	
► Panier libre (***)		
Inlay, onlay	100% BR	
Inlay core	200% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	200% BR	
Soins		
▪ Consultation de dépistage gratuite en 2021	100% BR	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention		
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	180% 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	100% BR	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Crédit de 200 € par année civile	
Orthodontie	110% BR	

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

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, 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) (**)	85 €	
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	100% BR dans la limite des PLV	
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 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 antiphtosis / verres iséconiques)	100% BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100% BR + 5 % PMSS par an	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	7% PMSS par an	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 7% du PMSS par année civile et par œil	

(*) 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)
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	85
		SPH < à -6 ou > à + 6	85
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	85
		SPH > 0 et S ≤ + 6	85
		SPH > 0 et S > + 6	85
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	85
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	85
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	85
		SPH < à -4 ou > à + 4	85
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	85
		SPH > 0 et S ≤ + 8	85
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	85
		SPH > 0 et S > + 8	85
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	85

(*) 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 3 | Entrée en vigueur, durée et révision

Le présent avenant prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2021. 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 accusé 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 4 | Dépôt, publicité et extension

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 accusé 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.

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 santé dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective et ce quel que soit l'effectif de leur entreprise.

Fait à Paris, le 18 mai 2021.

(Suivent les signatures.)