

Brochure n° 3102 | Convention collective nationale

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

Brochure n° 3184 | Convention collective nationale

IDCC : 2075 | **ŒUFS ET INDUSTRIES EN PRODUITS D'ŒUFS  
(Centres de conditionnement, de commercialisation et de transformation)**

### **Accord du 30 novembre 2023**

relatif à la mise en place d'un régime de frais de santé harmonisé

NOR : ASET2450069M

IDCC : 1747, 2075

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

**FEB ;**

**SNIPO,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**CFDT ;**

**FO ;**

**CFTC ;**

**CFE-CGC,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### **Préambule**

Par accord collectif de branche étendu en date du 15 avril 2019, les branches professionnelles des activités industrielles de boulangerie et pâtisserie (IDCC n° 1747) et des centres immatriculés de conditionnement, de commercialisation et de transformation des œufs et des industries en produits d'œufs (IDCC n° 2075), ont acté, avec leurs organisations syndicales représentatives de salariés respectives, le rapprochement volontaire de leurs champs conventionnels, créant ainsi une seule branche professionnelle.

Forts de ce constat, les partenaires sociaux de la nouvelle branche ont engagé des négociations afin d'aboutir à la mise en place de nouvelles dispositions conventionnelles harmonisées.

Les parties se sont ainsi engagées à harmoniser les dispositions de la convention collective nationale des activités industrielles de boulangerie-pâtisserie et de la convention collective nationale des centres immatriculés de conditionnement, de commercialisation et de transformation des œufs et des industries en produits d'œufs.

Un accord de méthode en date du 5 avril 2022 relatif à l'harmonisation des dispositions des conventions collectives nationales a été conclu pour organiser ces négociations.

Dans ce cadre, les parties ont convenu en 1<sup>er</sup> lieu de l'harmonisation des dispositions conventionnelles concernant le régime de frais de santé.

Le présent accord marque la volonté de la branche de s'investir dans la santé des salariés appartenant aux entreprises relevant de son champ d'application, en leur accordant notamment une meilleure prise en charge de leurs dépenses de santé. Les partenaires sociaux ont ainsi souhaité organiser un régime conventionnel, respectueux des besoins des salariés.

De plus, les partenaires sociaux, garants de la bonne gestion financière et de la pérennité du régime, assureront un pilotage adapté selon les évolutions législatives et économiques.

Le présent accord met en place, conformément aux articles L. 911-1 et suivants du code de la sécurité sociale, un régime complémentaire de frais de santé, collectif et obligatoire.

Il est expressément convenu entre les parties, que dans le cadre de la poursuite des travaux d'harmonisation, les présentes dispositions du présent accord seront reprises pour être intégrées dans l'accord global portant mise en place d'une convention collective unique.

## **Article 1<sup>er</sup> | Objet**

Le présent accord s'applique aux entreprises relevant des champs d'application de la convention collective nationale des activités industrielles de boulangerie et de pâtisserie (IDCC 1747) ainsi que de la convention collective nationale des centres immatriculés de conditionnement, de commercialisation et de transformation des œufs et des industries en produits d'œufs (IDCC 2075).

Ce régime répond aux objectifs suivants :

- la mutualisation des risques au niveau professionnel qui, d'une part, permet de pallier les difficultés rencontrées par certaines entreprises de la profession, généralement de petite taille, lors de la mise en place d'une protection sociale complémentaire et, d'autre part, garantit l'accès aux garanties collectives, sans considération, notamment, d'âge ou d'état de santé ;
- la solidarité entre l'ensemble des entreprises et les salariés de la profession sous la forme, notamment, du développement d'un fonds d'action social.

Les prestations prévues par le présent régime interviennent en complément du régime de la sécurité sociale et de tout autre organisme.

Le contrat prend en charge la participation de l'assuré au titre des prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard de certains objectifs de santé publique et figurant sur la liste de prestations fixée par les dispositions réglementaires et légales applicables.

Le régime de branche ne prévoit pas la prise en charge de :

- la majoration de la participation de l'assuré prévue aux articles L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale en cas de consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale, en cas de refus du droit d'accès au dossier médical personnel ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

- la participation forfaitaire à la charge des assurés sociaux, imputée sur les remboursements effectués par la sécurité sociale et imposées par les dispositions légales ou réglementaires applicables ;
- les franchises prévues par les dispositions légales et réglementaires applicables.

Ce dispositif est en conformité avec les exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » et les décrets et arrêtés pris pour son application (et notamment les articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale).

En outre, il est en conformité avec le décret du 8 juillet 2014 modifiant l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale et du décret du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

## **Article 2 | Champ d'application**

Le présent accord s'applique aux entreprises relevant des champs d'application de la convention collective nationale des activités industrielles de boulangerie et de pâtisserie (IDCC 1747) ainsi que celui de la convention collective nationale des centres immatriculés de conditionnement, de commercialisation et de transformation des œufs et des industries en produits d'œufs (IDCC 2075).

La mise en œuvre du présent dispositif n'a donc pas pour objet la remise en cause d'un régime d'entreprise d'un niveau au moins équivalent.

En conséquence, les entreprises disposant au jour de l'arrêté d'extension du présent accord d'un régime frais de santé mis en place selon les dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale et comprenant des garanties d'un niveau au moins équivalent à celles définies dans le présent accord, peuvent conserver leur régime.

Le niveau des garanties est apprécié poste par poste. Les garanties maintenues à titre gratuit pour les ayants-droits en cas de décès et pour les salariées en congé maternité font partie des postes concernés pour apprécier le caractère au moins équivalent des garanties.

Les entreprises ayant un régime frais de santé moins favorable apprécié dans les conditions énoncées ci-dessus, devront adapter leurs garanties au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2025.

## **Article 3 | Bénéficiaires des garanties**

Le présent accord s'applique aux salariés des entreprises relevant des champs d'application de la convention collective nationale des activités industrielles de boulangerie et de pâtisserie (IDCC 1747) ainsi que celui de la convention collective nationale des centres immatriculés de conditionnement, de commercialisation et de transformation des œufs et des industries en produits d'œufs (IDCC 2075).

Ce régime sera applicable aux salariés ci-dessus visés, sans condition d'ancienneté.

### **Autres bénéficiaires**

Peuvent adhérer de manière facultative au présent régime, en acquittant l'intégralité de la cotisation :

- les anciens salariés retraités qui bénéficiaient du présent régime au moment de la liquidation de leurs droits à l'assurance retraite ;
- les salariés en suspension du contrat de travail sans salaire, ni revenu de substitution provenant d'un régime de prévoyance dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article 12.

### 4.1. Principe général

Il est mis en place un régime complémentaire de frais de santé collectif et obligatoire.

Le régime s'impose de plein droit dans les relations individuelles de travail à l'ensemble des bénéficiaires définis à l'article 3 en tant qu'élément du statut collectif de l'entreprise.

L'équilibre technique du régime est conditionné à ce caractère obligatoire.

Par conséquent sont obligatoires :

- l'affiliation des salariés auprès de l'organisme assureur ;
- le précompte correspondant à la part salariale des cotisations d'assurance.

### 4.2. Choix de l'entreprise : affiliation obligatoire du salarié ou affiliation obligatoire uniforme

Selon la démographie de l'entreprise, l'entreprise peut décider de recourir à une affiliation uniforme en lieu et place de l'affiliation obligatoire salarié.

### 4.3. Cas dispense d'affiliation

Peuvent ne pas adhérer au régime en application de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, à condition d'en faire la demande expresse à compter de la date de mise en place du régime, ou à compter de leur embauche, et sans que cela remette en cause le caractère obligatoire et collectif du régime les salariés répondant aux conditions suivantes :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en échéance du contrat individuel ;
- à condition de le justifier chaque année, les salariés, quelle que soit leur date d'embauche, qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ainsi, peuvent bénéficier d'une telle dispense :

- les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire et obligatoire par leur conjoint, concubin ou leur compagnon de Pacs ;
- les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire et obligatoire auprès d'un autre employeur (salariés à employeurs multiples).

Les salariés concernés devront à cet effet produire, lors de l'entrée en vigueur du présent accord ou de leur embauche, puis ensuite chaque année, une attestation d'affiliation ou tout document confirmant leur situation.

En cas de cessation du bénéfice de cette couverture obligatoire, ou de modification du texte légal ou réglementaire, leur adhésion au présent régime deviendra immédiatement obligatoire.

L'entreprise devra conserver les demandes de dispense d'adhésion et les justificatifs annuels qu'elle devra être en mesure de fournir en cas de contrôle Urssaf.

Les salariés ci-dessus ayant choisi de ne pas adhérer au présent régime ne seront pas affiliés auprès de l'organisme assureur et ne bénéficieront pas de la participation de l'entreprise au financement de leur couverture et ce pendant toute la durée du rattachement à celle-ci.

Ces salariés pourront, à tout moment, revenir sur leur décision et solliciter par écrit leur adhésion au régime mis en place dans l'entreprise. Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit leur demande (sous réserve des dispositions du contrat d'assurance).

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser et d'adhérer au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

Il est rappelé que l'adhésion au titre de la garantie de base est irrévocable et définitive, pour toute la durée d'application du régime.

## **Article 5 | Affiliations optionnelles pour les ayants-droits du salarié**

Dans le cadre du présent régime, seule l'adhésion des salariés est obligatoire.

Toutefois, les salariés peuvent opter facultativement pour une extension du présent régime à tout ou partie de leur famille, en optant pour la couverture « ayant droit ».

Est considéré comme ayant droit :

- le conjoint du salarié ;
- le concubin (lié ou non par un Pacs avec le salarié) du salarié ;
- les enfants à charge répondant à la définition suivante :

1. Les enfants de moins de 18 ans à charge du salarié ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation sécurité sociale et, par extension, les enfants de moins de 26 ans à charge du salarié au sens de la législation fiscale à savoir :

a) les enfants du salarié, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ;

b) les enfants du salarié auxquels celui-ci sert une pension alimentaire y compris en application d'un jugement de divorce, retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global.

2. Quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes, c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité, au sens de la législation fiscale définie, pris en compte dans le calcul du quotient familial, ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable, ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que le salarié est autorisé à déduire de son revenu imposable ;

3. Toutes personnes à charge du salarié au sens des assurances sociales.

Le salarié pourra opter pour ce dispositif optionnel à l'occasion de chaque échéance annuelle.

Il pourra y mettre fin lors de cette même échéance annuelle, sous réserve de respecter un délai de préavis de 2 mois.

Le financement de cette option sera à la charge exclusive du salarié.

En cas d'option, tout changement affectant la situation de famille du salarié assuré doit être porté à la connaissance de l'organisme assureur.

## Article 6 | *Financement des garanties collectives*

### Article 6.1 | *Cas général : socle de base*

La cotisation globale d'assurance est répartie selon les modalités ci-après :

- employeur 50 % ;
- et salarié 50 %.

La cotisation obligatoire « salarié » sera répartie comme suit :

Cotisations <sup>[1]</sup>	Participation patronale	Participation salariale	Montant total
Salarié régime général de la sécurité sociale	0,5135 %	0,5135 %	1,027 %
Salarié régime local Alsace Moselle	0,305 %	0,305 %	0,61 %
[1] Exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.			

Ou selon le choix de l'entreprise, la cotisation obligatoire « uniforme » sera répartie comme suit :

Cotisations <sup>[1]</sup>	Participation patronale	Participation salariale	Montant total
Salarié régime général de la sécurité sociale	1,31 %	1,31 %	2,62 %
Salarié régime local Alsace Moselle	0,78 %	0,78 %	1,56 %
[1] Exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.			

Les cotisations optionnelles, adulte/enfant, sont à la charge exclusive du salarié.

### Article 6.2 | *Évolution de la cotisation globale*

Il est rappelé que la tarification est par définition évolutive d'un exercice à l'autre, notamment en cas d'application de la clause d'indexation du contrat d'assurance, de déficit technique (mauvais rapport sinistre/primes ou prestations/cotisations) ou de désengagement du régime général de la sécurité sociale.

Le maintien de l'équilibre du régime, piloté par les partenaires sociaux, peut ainsi nécessiter, ci-après :

- des revalorisations tarifaires (celles-ci sont alors répercutées sur la base de la répartition employeur/salarié définie à l'article 6.1) ;
- à défaut, des réductions de garanties, de manière à maintenir les tarifs.

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 fixée selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire  
 PLV : Prix limites de vente fixée 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	
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
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		35 € 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 (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	100% BR
	Non adhérents DPTM :	100 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	100% BR
	Non adhérents DPTM :	100% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM :	100% BR
	Non adhérents DPTM :	100% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM :	100% BR
	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)		45 € par acte limité à 3 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) :	
► <b>Remboursée SS</b> (dont vaccins anti-grippe et autres vaccins)	100% BR
► <b>Non remboursée SS</b>	
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 <sup>(**)</sup> :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale,  dans la limite des PLV <sup>(***)</sup>	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction)		
Equipements libres <sup>(****)</sup> :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire	225% BR <sup>(***)</sup>	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction)	120% BR <sup>(***)</sup>	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS <sup>(*)</sup>	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		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR	
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	
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...)	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	
	CONVENTIONN E	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 antiptosis / verres iséiconiques)	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.

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

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

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
<b>Forfait maternité</b>	
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 8 | *Règlement des prestations*

L'organisme assureur procède aux versements des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les caisses primaires d'assurance maladie, ou le cas échéant encore sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans le contrat d'adhésion de l'entreprise et la notice d'information remise aux salariés.

## Article 9 | *Tiers payant*

Après l'enregistrement de l'affiliation du salarié auprès de l'organisme assureur, il lui est remis une carte santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques, dentaires ou d'autres professions bénéficiant d'un accord de tiers payant.

Cette carte santé reste la propriété de l'organisme assureur.

L'entreprise s'engage à demander la restitution de la carte santé auprès du salarié, si elle est en cours de validité, dans le délai de quinze jours suivant la cessation définitive des garanties.

## Article 10 | *Prescription*

Toutes actions dérivant du présent régime sont prescrites dans le délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

## Article 11 | *Recours contre les tiers responsables*

En cas de paiement des prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au bénéficiaire des prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales et qui seront précisées dans les conditions générales de l'organisme assureur.

## Article 12 | *Traitement des périodes de suspension du contrat de travail*

Conformément aux règles administratives en vigueur et notamment à l'instruction interministérielle DSS/3C/5B/2021/127 du 17 juin 2021, le bénéfice des garanties mises en place par le

présent accord est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, et, le cas échéant, de leurs ayants droit, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Sont notamment concernées les périodes de suspension du contrat de travail liées à une maladie, une maternité ou un accident ainsi que les périodes d'activité partielle et d'activité partielle de longue durée, dès lors qu'elles sont indemnisées.

Dans cette hypothèse, l'entreprise verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

Les cotisations salariales continueront à être précomptées sur le montant de la rémunération maintenue et l'entreprise maintiendra sa participation patronale.

Dans les cas de suspension de contrat non visés à l'article 12 des présentes (congé sabbatique, etc.), la couverture est automatiquement suspendue.

Le bénéficiaire peut demander à l'organisme assureur le maintien de sa couverture avec paiement de la cotisation à sa charge intégrale (part patronale et part salariale), directement auprès de cet organisme.

### **Article 13 | *Maintien des garanties***

Pour le salarié et ses ayants-droits, 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 14 du présent régime (portabilité), le dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire cesse d'être couvert.

À titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture ait été acquittée, la couverture peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail.

Le régime de frais de santé prévu par les présentes dispositions pourra être maintenu au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- des anciens salariés bénéficiaires de prestations du pôle emploi ;
- des anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou la fin de la période de portabilité prévue à l'article 14.

Si les salariés en font la demande, ce maintien de garanties prendra effet au plus tard au lendemain de la demande.

Les garanties dont bénéficient les anciens salariés sont identiques à celles relatives aux prestations versées aux salariés de l'entreprise.



Afin de garantir un haut degré de solidarité du régime, les tarifs applicables aux anciens salariés visés par le présent article ne peuvent être supérieurs de plus de :

- 100 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs pour la première année ;
- 125 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs pour la deuxième année ;
- 150 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs pour la troisième année ;
- 180 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs pour la quatrième année ;
- 200 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs pour les années suivantes.

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.

Les anciens salariés bénéficiaires d'une rente incapacité ou 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 période de portabilité 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.

Lorsque les garanties des anciens salariés cessent, les ayants-droits couverts par le présent régime peuvent bénéficier d'une couverture frais de santé sous réserve qu'ils en fassent la demande expressément à l'organisme assureur.

En cas de décès d'un salarié bénéficiaire du présent régime, y compris en période de portabilité des droits, ses ayants-droits bénéficieront des garanties du présent régime, sans paiement de cotisation pendant 12 mois à compter du premier jour du mois suivant le décès.

Ont la qualité d'ayant-droit les bénéficiaires visés à l'article 5 du présent régime.

À la fin de la période de gratuité, les ayants-droits pourront bénéficier d'une couverture frais de santé sous réserve qu'ils en fassent la demande expressément à l'organisme assureur.

## **Article 14 | Portabilité**

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale issue de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, en cas de cessation du contrat de travail (sauf en cas de faute lourde) ouvrant droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié, s'il bénéficiait effectivement des garanties à la date de la cessation de son contrat de travail, peut continuer à bénéficier du présent régime frais de santé dans les conditions légalement définies.

Le financement du maintien des droits est inclus dans la cotisation appelée au titre des salariés en activité, fixée à l'article 3.

Ainsi, la rupture du contrat de travail, quelle qu'en soit la cause ou le motif, met fin à l'adhésion du bénéficiaire, ainsi qu'au versement des cotisations dans le cadre du contrat collectif, sous réserve :

- de la possibilité de demander à l'organisme assureur le maintien à titre individuel de la couverture (sans participation patronale), selon les modalités et conditions tarifaires prévues par le contrat d'assurance, conformément à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ;
- et de la possibilité de bénéficier de la portabilité des garanties selon les dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

### ■ Durée et limites de la portabilité

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail 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, sans pouvoir excéder 12 mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse, à la date de l'événement :

- lorsque le participant reprend un autre emploi ;
- ou 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 ;
- ou en cas de liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale ;
- ou en cas de décès du participant ;
- ou en cas de suppression des dispositions conventionnelles concernées.

En revanche, 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 le maintien des garanties dont la durée n'est pas prolongée pour autant.

Conformément, à ce qui précède, dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié (ou ses ayants droits en cas de décès) doit informer l'organisme assureur, de toute cause entraînant la cessation anticipée des garanties.

## **Article 15 | Fonds action sociale**

Un fonds social est instauré au sein du présent régime ayant pour objet d'attribuer aux salariés des aides à caractère social dans le cadre du régime de remboursement des frais de santé.

Les aides à caractère exceptionnel sont versées aux salariés les plus défavorisés ou les plus en détresse, selon les critères définis par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI). Elles interviennent pour compléter des dépenses médicales au-delà des prises en charge de la sécurité sociale et éventuellement du présent régime, sans pouvoir excéder les frais réels exposés par les salariés et dans les conditions et limites prévues par la réglementation sur les contrats frais de santé responsables.

Les aides sont accordées par la CPPNI. Elles possèdent le caractère de secours, c'est-à-dire exceptionnel, individuel, en fonction des besoins du salarié et sans condition d'ancienneté, de position hiérarchique, d'assiduité.

## **Article 16 | Prise en compte des dispositions spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés**

Il est rappelé que dans le cadre de la négociation ayant abouti au présent accord, conformément aux dispositions de l'article 2261-23-1 du code du travail, les partenaires sociaux signataires ont pris en considération les principes suivants dans le cadre de leur négociation :

- le principe d'égalité de traitement entre les salariés ;
- la configuration des entreprises du secteur d'activité concerné et notamment les attentes et contraintes d'organisation des entreprises de moins de 50 salariés représentant une part importante des entreprises de ce secteur.

En conséquence, compte tenu de l'objet du présent accord, lequel a vocation à s'appliquer à toutes les entreprises du secteur, quel que soit leur effectif, les partenaires sociaux ont convenu qu'il n'y avait pas lieu de prévoir des dispositions spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés.

## **Article 17 | Suivi de l'accord**

Les partenaires sociaux se réuniront une fois tous les ans afin de dresser un bilan de l'application du présent accord et s'interroger sur l'opportunité d'une éventuelle révision.

## **Article 18 | Révision**

Le présent accord pourra être révisé conformément aux dispositions légales qui lui sont applicables.

## **Article 19 | Dénonciation**

Le présent accord pourra être dénoncé à tout moment par une partie signataire conformément aux dispositions légales qui lui sont applicables.

Cette dénonciation devra être notifiée à l'ensemble des autres signataires par lettre recommandée avec avis de réception.

## **Article 20 | Date d'entrée en vigueur. Durée. Extension**

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Dès lors qu'il n'aura pas fait l'objet d'une opposition régulièrement exercée par la majorité des organisations syndicales, le présent accord fera l'objet d'un dépôt dans les conditions prévues par les articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail.

Pour les entreprises appliquant déjà les dispositions du régime de branche mutualisé de la boulangerie pâtisserie, les dispositions du présent accord s'appliquent au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Pour toutes les autres entreprises, les dispositions du présent accord s'appliquent au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2025.

En tout état de cause, au 1<sup>er</sup> janvier 2025, les dispositions du présent accord annuleront et remplaceront toutes les dispositions conventionnelles antérieures du champ d'application mentionné à l'article 1<sup>er</sup>.

Le présent accord fera également l'objet d'une demande d'extension selon les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

*Fait à Paris, le 30 novembre 2023.*

(Suivent les signatures.)