

Avenant n° 113 du 13 novembre 2025 relatif au régime de frais de soins de santé

NOR : ASET2550946M

IDCC : 1267

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

CNAPCCGTF,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFE-CGC ;

FGA CFTD ;

UNSA FCS ;

FGTA FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux se sont réunis en commission paritaire et ont décidé de modifier le régime « remboursement complémentaire frais de soins de santé » des salariés.

Le présent avenant a pour effet d'apporter des modifications relatives :

- au montant de la cotisation santé des salariés des entreprises de la branche ;
- à la tarification applicable aux personnes mentionnées à l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 dite « loi Évin » ;
- au contenu des garanties pour les salariés.

Article 1^{er} | Modification de l'article 62 « Cotisations »

L'article 62 « Cotisations » est supprimé et remplacé comme suit :

« Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation fiscale en vigueur au moment de la prise d'effet du présent régime.

Les cotisations seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie.

À compter du 1^{er} janvier 2026, la cotisation mensuelle du régime “remboursement complémentaire frais de soins de santé” est fixée à :

1,56 % du PMSS pour les salariés relevant du régime général et de 1,01 % du PMSS pour les salariés relevant du régime Alsace-Moselle.

La contribution de l’employeur devra être au minimum de 50 % de la cotisation.

Par dérogation à la répartition de la cotisation définie dans l’entreprise, les employeurs pourront prendre en charge l’intégralité de la cotisation due par les salariés à temps très partiel qui sinon auraient dû acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées.»

Article 2 | Modification de l’article 57 « Garanties »

L’article 57 « Garanties » est supprimé et remplacé comme suit :

« 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.

Définitions :

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).

(Voir page suivante.)

HOSPITALISATION		
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION
		CONVENTIONNE NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		250% BR
Forfait Patient Urgences (FPU)		100% des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Forfait journalier hospitalier		100% des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Forfait actes dits « lourds »		100% des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires :		
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	300% BR 200% BR
Chambre particulière (*)		Chambre particulière hors ambulatoire : 80 € par jour
Frais d'accompagnement :		
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		25€ par jour

(*) dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.

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 :	200% BR 130% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	250% BR 200% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	200% BR 150% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	200% BR 150% BR
► non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropraxie, Ostéopathie, Phytothérapie, Podologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		45€ par acte, limité à 4 actes par année civile
Densitométrie osseuse		Crédit de 80 € par année civile
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		110% BR
Psychologues (actes remboursés SS)		100% BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		110% BR
Forfait actes dits « lourds »		100% des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Médicaments :		
► remboursés SS		100% BR
► non remboursés SS		
Contraception prescrite		Crédit de 80€ par année civile
Pharmacie (hors médicaments) :		
► remboursée SS		100% BR
► non remboursée SS		
Sevrage tabagique		Crédit de 80€ par année civile

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% 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 à 55 ans. Niveau de prise en charge : selon conditions contractuelles prévues au poste dentaire du présent tableau des garanties.
Actions en lien avec le traitement des cancers et la prévention de leurs récurrences	
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. Niveau de prise en charge : A hauteur de 450 € HT/acte.
Prévention des récurrences de cancers	Nature de l'action : Programme d'accompagnement progressif et personnalisé de lutte contre les récurrences après un traitement de cancers à partir des interventions non médicamenteuses suivantes : activité physique adaptée, alimentation et engagement motivationnel. 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. Niveau de prise en charge : prise en charge totale et directe du coût du programme.
Bilan de prévention	
Bilan de prévention personnel	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. Niveau de prise en charge : prise en charge totale et directe du coût du programme.

(1) En complément des examens bucco-dentaires de prévention dans le cadre du programme M'T dents (à 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans et pour les femmes enceintes).

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	100% BR + 1 000 € (**)	
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 € (**)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (****)	100% BR	

(*) 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).

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

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	350% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	330% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	350% BR dans la limite des HLF	
► Panier libre (***)		
Inlay, onlay	350% BR	
Inlay core	330% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	350% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	250% 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	300% 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...)	Forfait de 1 000€ par implant, limité à 3 implants par année civile	
Orthodontie	150% 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) (**)	80€	
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 + Crédit de 200€ par année civile
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 200€ par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 1 500€ par année civile

(*) 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)	
			Adultes et enfants de 16 ans et +	Enfant -16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	80€	90€
		SPH < - 6 ou > + 6	140€	150€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	80€	90€
		SPH > 0 et S ≤ + 6	80€	90€
		SPH > 0 et S > + 6	140€	150€
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	140€	150€
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	140€	150€
MULTIFOCAUX ET PROGRESSIFS	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	170€	200€
		SPH < - 4 ou > + 4	290€	300€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	170€	200€
		SPH > 0 et S ≤ + 8	170€	200€
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	290€	300€
		SPH > 0 et S > + 8	290€	300€
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	290€	300€

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

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermique remboursée SS :	
Frais de traitement et honoraires	100% BR
Frais de voyage et hébergement	Forfait de 250 €
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 300€
Fécondation in vitro	Crédit de 300€ par année civile
Télésurveillance médicale remboursée SS (dispositif prévu aux articles L.162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR

Article 3 | Modification de l'article 61 « Cessation des garanties »

L'article 61 est supprimé et remplacé comme suit :

« Pour le salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise ou, en cas de maintien des droits au titre de l'article 60, 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.

Les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement disposent d'un délai de six mois à compter de la cessation de leur contrat de travail, ou, le cas échéant, dans les six mois à compter de la fin de la période de portabilité visée par l'article 60, pour demander à bénéficier du maintien de la garantie. La garantie prendra alors effet au plus tôt le lendemain de la cessation du contrat de travail ou, le cas échéant, au plus tôt à l'issue de la période de prise en charge au titre du dispositif de portabilité.

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

- la première année, la cotisation est égale à la cotisation (part patronale et salariale) dont ils s'acquittaient lorsqu'ils étaient en activité (définie à l'article 62 de la convention collective nationale de la pâtisserie) ;
- la deuxième année, la cotisation est fixée à 125 % de la cotisation des salariés actifs ;
- la troisième année, la cotisation est fixée à 150 % de la cotisation des salariés actifs ;
- la quatrième année, la cotisation est fixée à 200 % de la cotisation des salariés actifs ;
- la cinquième année et les années suivantes, la cotisation est fixée à 220 % de la cotisation des salariés actifs. »

Article 4 | Modification de l'article 55 « Adhésions. Affiliation »

L'article 55 est modifié comme suit :

« À compter de la date d'effet du présent régime, les entreprises doivent affilier, par la signature d'un bulletin d'affiliation, les salariés bénéficiaires définis à l'article 56.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime auquel il adhère.

Pendant toute la durée du régime, aucun salarié bénéficiaire ne peut démissionner à titre individuel et de son propre fait. Toutefois, peuvent, à leur initiative, se dispenser d'affiliation au présent régime en fournissant à leur employeur, chaque année, les justificatifs correspondants aux cas de dispenses. »

Article 5 | Modification de l'article 67 sur le choix de l'organisme assureur et suppression de l'article 68 « Clause et migration »

L'article 67 est modifié comme suit :

« Les modalités d'organisation de la mutualisation du régime portant le niveau des taux de cotisations, les niveaux de garanties et l'usage des fonds de prévention et d'actions sociale sont régulièrement réexaminées par le comité paritaire de gestion et de suivi. »

L'article 68 est supprimé.

Article 6 | Entreprises de moins de 50 salariés

Compte tenu de la thématique du présent accord, qui a vocation à s'appliquer à toutes les entreprises quelle que soit leur taille, les partenaires sociaux conviennent, conformément à

l'article L. 2261-23-1 du code du travail, qu'il n'y a pas lieu de prévoir des dispositions spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés.

Les dispositions du présent avenant sont applicables de manière indifférenciée à l'ensemble des entreprises relevant de la branche afin de garantir à l'ensemble des salariés de la branche une couverture minimale uniforme.

Article 7 | Date d'effet

Les modifications prévues par le présent avenant prennent effet au 1^{er} janvier 2026.

Article 8 | Dépôt. Extension

Le présent avenant établi en vertu des articles L. 2221-2 et suivants du code du travail est fait en nombre suffisant d'exemplaires pour notification à chacune des organisations représentatives dans la branche et dépôt dans les conditions prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

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

Fait à Levallois-Perret, le 13 novembre 2025.

(Suivent les signatures.)