

Avenant

Avenant n° 21 du 1er décembre 2016 à l'avenant n° 83 du 24 avril 2006 relatif au remboursement complémentaire de frais de soins de santé

Préambule

Comme il en avait été décidé lors du 1er semestre 2016, la confédération nationale de la boulangerie et boulangerie-pâtisserie française et les organisations nationales syndicales de salariés se sont réunis en commission paritaire et ont décidé à l'unanimité :

- de mettre fin à la période dérogatoire pour mise en conformité avec les contrats responsables ;
- d'améliorer les prestations du régime « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » des salariés sans modification corrélative des cotisations ;
- de maintenir le taux d'appel de la cotisation 2017.

Le présent avenant a pour effet de modifier le tableau des prestations garanties figurant en annexe à l'avenant n° 83 de la convention collective nationale des entreprises artisanales de la boulangerie et boulangerie-pâtisserie.

Il est convenu ce qui suit.

Article 1er

Modification du tableau des prestations garanties par le régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé (annexe à l'avenant n° 83)

Sont couverts selon les conditions du régime conventionnel, tous les actes et frais de soins, ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individuel sécurité sociale, relevant des postes de garanties détaillées ci-dessous.

Les exclusions et les limitations des garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Postes	Niveaux de couverture incluant le remboursement de la sécurité sociale
Hospitalisation médicale, chirurgicale, et maternité	
Frais de séjour, salle d'opération	250 % de la base de remboursement
Honoraires : actes de chirurgie (ADC)	250 % de la base de remboursement CAS
Actes d'anesthésie (ADA)	200 % de la base de remboursement non CAS
Autres honoraires	250 % de la base de remboursement CAS 200 % de la base de remboursement non CAS
Chambre particulière	90 € par jour
Forfait hospitalier engagé (*)	100 % des frais réels dans la limite de la législation en vigueur
Frais d'accompagnement [enfant à charge de moins de 16 ans sur présentation d'un justificatif] (*)	30 € par jour
Transport (accepté par la sécurité sociale)	100 % de la base de remboursement
Fécondation in vitro	Crédit de 450 € par année civile
Assistance hospitalisation et ambulatoire (extrait)	
– présence d'un proche au chevet du bénéficiaire	– coût du voyage organisé par l'assistanteur
– séjour à l'hôtel du proche acheminé au chevet	– 45 € par jour, maximum 90 € TTC
– télévision à l'hôpital	– 75 € TTC maximum
– garde à domicile des enfants/ petits enfants	– 24 heures maximum par période d'hospitalisation
– aide ménagère à domicile	– 15 heures maximum, réparties sur 3 semaines environ ; 30 heures maximum, réparties en 10 séances en cas de chimiothérapie ambulatoire
– aide pédagogique	– 15 heures par semaine tous cours confondus, fractionnables par tranche de 3 heures de cours minimum dans la journée par matière ou par répartiteur scolaire
Maternité et prévention précoce	
Consultation pré-conceptionnelle (rencontre du couple avec un professionnel de santé gynécologue, sage-femme, médecin généraliste) (recommandation de la haute autorité de la santé 2009)	Prise en charge de la consultation à hauteur maximale de 60 € et dans le respect des limites imposées par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014
Grossesse et suivi d'accouchement : entretien hygiéno-diététique auprès d'un (e) diététicien (ne)	50 € Accompagnement d'une action de

	prévention et de sensibilisation
Accompagnement allaitement dans la durée : 3 consultations d'allaitement à domicile de sages-femmes dans les 6 premiers mois du bébé (l'OMS et l'UNICEF recommandent l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois puis en complément d'une alimentation diversifiée jusqu'à 2 ans).	27 € par consultation Accompagnement d'une action de prévention et de sensibilisation
Naissance d'un enfant déclaré	Forfait de 500 €
Actes médicaux	
Consultation et visite généralistes	250 % de la base de remboursement CAS 200 % de la base de remboursement non CAS
Consultation et visite spécialistes	250 % de la base de remboursement CAS 200 % de la base de remboursement non CAS
Actes de chirurgie (ADC)	250 % de la base de remboursement CAS
Actes techniques médicaux (ATM)	200 % de la base de remboursement non CAS
Actes d'obstétrique (ACO)	
Actes d'imagerie médicale (ADI)	170 % de la base de remboursement CAS
Actes d'échographie (ADE)	150 % de la base de remboursement non CAS
Auxiliaires médicaux	110 % de la base de remboursement
Analyses	110 % de la base de remboursement
Pharmacie (acceptée par la sécurité sociale)	
Pharmacie	100 % de la base de remboursement
Dentaire et actions de prévention	
Soins dentaires (à l'exception des inlay et onlay)	100 % de la base de remboursement
Inlay, Onlay (hors inlay core et inlay à clavettes)	450 % de la base de remboursement
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	470 % de la base de remboursement
Inlay core et inlay à clavettes	330 % de la base de remboursement
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale (**)	380 % de la base de remboursement (**)
Implants dentaires (***)	1 100 € par implant limité à 3 implants par année civile
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	300 % de la base de remboursement
Orthodontie refusée par la sécurité sociale (*)	300 % de la base de remboursement (**)
Parodontologie (*)	Crédit de 300 € par année civile
Actions de prévention	Voir le programme 2016-2018
Prothèses non dentaires (acceptées par la sécurité sociale)	
Prothèses auditives	100 % de la base de remboursement + crédit de 1 400 € par année civile

Orthopédie et autres prothèses	100 % de la base de remboursement + crédit de 800 € par année civile
Optique (*****)	
Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement couvre les frais engagés par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement optique composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs, ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.	
Ces périodes de prise en charge débutent à la date d'acquisition de l'équipement. Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.	
La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.	
Prise en charge de lunettes remboursées par la sécurité sociale tous les 2 ans (sauf mineurs et évolution de la vue)	
Monture	RSS + Forfait de 130 €
Verres unifocaux simples	RSS + Forfait de 90 € par verre
Verres unifocaux complexes	RSS + Forfait de 150 € par verre
Verres multifocaux ou progressifs simples	RSS + Forfait de 220 € par verre
Verres multifocaux ou progressifs complexes	RSS + Forfait de 310 € par verre
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	100 % de la base de remboursement + Crédit de 200 € par année civile
Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables) (*)	Crédit de 200 € par année civile
Chirurgie réfractive (*)	Crédit de 800 € par œil et par année civile
Cure thermique (acceptée par la sécurité sociale)	
Frais de traitement et honoraires	100 % de la base de remboursement
Frais de voyage et hébergement (*)	Forfait de 350 € limité à une intervention par année civile
Actes hors nomenclature	
Pack Bien être : Ostéopathie, chiropractie, diététique, psychologie, acupuncture, sevrage tabagique prescrit, vaccin contre la grippe, vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale, moyens contraceptifs prescrits	Crédit de 150 € par année civile
Garanties solidaires	
Solidarité intergénérationnelle pour les anciens salariés (licenciés, retraités)	Maintien du régime frais de santé avec une cotisation égale à 115 % de la cotisation des salariés
Salarié en arrêt de travail de plus de 6 mois	Maintien du régime frais de santé gratuitement jusqu'à la reprise du travail ou fin du contrat

Couverture du régime frais de santé au minimum pendant 3 mois	Tout salarié, quelles que soient la nature et la durée de son contrat de travail bénéficie de la couverture du régime frais de santé au minimum pendant 3 mois hors période de portabilité
Fonds d'action sociale santé professionnel	Aides financières pour faire face à des situations exceptionnelles ou graves (accidents, hospitalisation longue, dépassements d'honoraires élevés, longue maladie, cancers)
Garantie portabilité	Mutualisation dans le régime frais de santé de l'obligation de l'entreprise
Ayant (s) droit de salarié décédé	Maintien ou mise en place gratuite du régime frais de santé pendant 12 mois
Fil + boulangerie	Service d'information et de prévention des difficultés des salariés et des chefs d'entreprise de la profession
Prévention : campagnes nationales définies par la commission paritaire nationale pour 2017-2018	
Prévention de l'hypertension artérielle : – information – dépistage – accompagnement	– outils de sensibilisation à destination de plus de 120 000 salariés – campagne nationale et professionnelle de détection du risque – organisation de l'accompagnement par des professionnels de santé des salariés exposés au risque
Prévention bucco-dentaire : – information – dépistage dans les CFA	– outils de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire (vidéo et module pédagogique) – intervention de dentistes pour action de sensibilisation et dépistage bucco-dentaire dans plus de 150 centres de formations d'apprentis auprès d'environ 6000 apprentis pour les années scolaires 2016-2017 et 2017-2018
Prévention du diabète de type II	Suite à l'enquête épidémiologique de 2014-2015, pérennisation de : – auto-questionnaire sur le site www.lesboulangersag2rlamondiale.fr – vidéo de sensibilisation
Prévention de l'allergie à la farine – information sur l'hygiène respiratoire – dépistage dans les CFA	– vidéos de sensibilisation à l'hygiène respiratoire – intervention de médecins ou d'infirmières pour action de sensibilisation et dépistage l'hygiène respiratoire dans plus de 150 centres de formations d'apprentis auprès

	d'environ 6000 apprentis pour les années scolaires 2017-2018
Accès à SEAKMED, comité d'experts hospitalo-universitaires	Maladies graves, situation de santé complexe : ce comité analyse la situation puis organise la délivrance d'un second avis médical auprès d'expert
Prévention (conformément à l'arrêté du 8 juin 2006)	
Prise en charge des actes de prévention suivants : <ul style="list-style-type: none"> – scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans ; – détartrage annuel complet sus-et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum ; – premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans ; <ul style="list-style-type: none"> – dépistage de l'hépatite B. ; – dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : <ul style="list-style-type: none"> a) Audiométrie tonale ou vocale b) Audiométrie tonale avec tympanométrie c) Audiométrie vocale dans le bruit d) Audiométrie tonale et vocale e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie – ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans ; Vaccinations suivantes, seules ou combinées : <ul style="list-style-type: none"> a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges b) Coqueluche : avant 14 ans c) Hépatite B : avant 14 ans d) BCG : avant 6 ans 	100 % de la base de remboursement

e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant	
f) Haemophilus influenzae B – infections à l'origine de la méningite de l'enfant	
g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois	

RSS : remboursement sécurité sociale.

L'annualité est appréciée par année civile. La part non consommée une année n'est pas reportée l'année suivante.

(*) Remboursé selon conditions définies nonobstant toutes interventions de la sécurité sociale.

(**) Sur la base de remboursement de la sécurité sociale si l'acte avait été accepté par la sécurité sociale.

(***) La garantie « prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale » comprend les actes suivants :

– couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel ;

– prothèses supra-implantaires : HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171.

– bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, et les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(****) La garantie « Implants dentaires non remboursés par la sécurité sociale » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

(*****) Détail poste optique :

– verres unifocaux simples : LPP 22 61874 – 22 42457-22 00393 – 22 70413 – 22 03240 – 22 87916 – 22 59966 – 22 26412 ;

– verres unifocaux complexes : LPP 22 43540 – 22 97441 – 22 43304 – 22 91088 – 22 73854 – 22 48320 – 22 83953 – 22 19381 – 22 38941 – 22 68385 – 22 45036 – 22 06800 – 22 82793 – 22 63459 – 22 80660 – 22 65330 – 22 35776 – 22 95896 – 22 84527 – 22 54868 – 22 12976 – 22 52668 – 22 88519 – 22 99523.

Cotisation

La cotisation du régime « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). Elle est fixée à 1,40 % du PMSS pour les salariés relevant du régime général et à 0,98 % pour les salariés relevant du régime Alsace-Moselle.

Pour l'année 2017, la cotisation mensuelle sera appelée comme en 2016 à :

– 1,36 % du PMSS (1) pour les salariés relevant du régime général – soit 44,46 € ;

– 0,94 % du PMSS (1) pour les salariés relevant du régime Alsace-Moselle – soit 30,72 €.

(1) A la date de signature de l'avenant la valeur annoncée du PMSS

au 1er janvier 2017 est de 3 269 € ; dans l'hypothèse où la valeur définitive retenue et parue au Journal officiel de la -République serait différente, les montants de cotisations indiqués ci-dessus seraient revus en conséquence.

Article 3

Date d'effet

Le présent avenant prend effet le 1er janvier 2017.

Article 4

Dépôt et 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 remise à chacune des organisations signataires et dépôt dans les conditions prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, l'extension du présent avenant.