

Le 20 septembre 2016

AVENANT

**Avenant n° 83 du 24 avril 2006 relatif à la mise en place d'un régime de
remboursement complémentaire de frais de soins de santé**

- Créé par Avenant n° 83 2006-04-24 en vigueur le 1er jour du mois suivant extension BO conventions collectives 2006-21 étendu par arrêté du 16 octobre 2006 JORF 25 octobre 2006

Préambule

Le présent avenant a pour objet de mettre en place un régime conventionnel relatif à des prestations complémentaires au régime obligatoire de sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

Ce régime répond aux deux 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 gestion des prestations, effectuée par les centres de gestion régionaux de l'organisme assureur dont les entreprises dépendent géographiquement.

Champ d'application

Article 1er

- Créé par Avenant n° 83 2006-04-24 en vigueur le 1er jour du mois suivant extension BO conventions collectives 2006-21 étendu par arrêté du 16 octobre 2006 JORF 25 octobre 2006

Le présent avenant est applicable aux entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des entreprises artisanales de la boulangerie et boulangerie-pâtisserie.

Adhésion - Affiliation

Article 2

- Créé par Avenant n° 83 2006-04-24 en vigueur le 1er jour du mois suivant extension

A compter de la date d'effet du présent avenant, les entreprises doivent affilier leurs salariés auprès de l'organisme assureur par la signature d'un bulletin d'affiliation spécifique.

Conformément à la loi n° 94-678 du 8 août 1994, une notice d'information sera remise par l'employeur à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime.

Pendant toute la durée de l'avenant, aucun salarié ne peut démissionner du régime à titre individuel et de son propre fait.

Bénéficiaires

Article 3

· Modifié par Mise en place d'un régime de remboursement comp... - art. 4 (VNE)

Le présent avenant institue un régime " remboursement complémentaire de frais de soins de santé " obligatoire au profit de l'ensemble des salariés relevant des entreprises visées à l'article 1er du présent avenant, ayant 1 mois d'ancienneté dans une même entreprise. Lorsque le salarié aura atteint l'ancienneté requise, il pourra bénéficier du régime rétroactivement à compter de sa date d'entrée dans l'entreprise.

Le régime peut dispenser d'affiliation les salariés pour la durée de leur prise en charge au titre de la couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (couverture maladie universelle).

Peuvent à leur initiative se dispenser d'affiliation au présent régime les salariés bénéficiaires de la CMU-C. La dispense, qui doit être justifiée par tout document utile, peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture.

Les salariés à employeurs multiples bénéficiant déjà d'une couverture complémentaire de frais de soins de santé à affiliation obligatoire dans le cadre d'un autre emploi peuvent être dispensés de s'affilier au présent régime, à la condition de fournir à leur employeur une attestation annuelle justifiant de leur couverture.

Cette dispense d'affiliation demeure valable tant que le salarié justifie de la couverture dont il bénéficie dans le cadre d'un autre emploi. Si cette couverture cesse, le salarié devra obligatoirement rejoindre le présent régime à compter de la date à laquelle il n'est plus garanti.

A compter du 1er avril 2008, les salariés à employeurs multiples déjà affiliés au présent régime et pouvant prétendre au bénéfice de la dispense d'affiliation pourront, à leur demande, être radiés du régime, sous réserve de fournir à leur employeur une attestation de couverture.

La radiation sera effective à compter du premier jour du mois suivant la réception de la demande de radiation par l'organisme assureur.

A la demande de l'organisme assureur désigné, l'employeur devra fournir une copie de l'attestation de couverture.

Garanties

Article 4

· Modifié par à l'avenant n 83 relatif aux frais de soins de ... - art. 1 (VNE)

Les garanties du présent régime sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles sont revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

Sont couverts tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de la sécurité sociale au titre de la législation " maladie ", " accidents du travail / maladies professionnelles " et " maternité " ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans le tableau des garanties figurant en annexe.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge du salarié, après intervention du régime de base et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

En cas de maternité / adoption, l'organisme assureur désigné, visé à l'article 13 du présent avenant, verse, en cas de naissance d'un enfant du salarié (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement.

Le forfait maternité du salarié est également versé, en cas d'adoption d'un enfant mineur.

Un seul forfait peut être octroyé par période de 300 jours, à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption.

Les dates prises en compte, pour le versement du forfait maternité et pour le calcul de la période de 300 jours, sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

En cas de décès d'un salarié en activité dans une entreprise artisanale de la boulangerie et boulangerie-pâtisserie, AG2R Prévoyance offrira pendant 12 mois la garantie conventionnelle dont bénéficiait le salarié décédé à ses ayants droit et le régime de frais de soins de santé prendra en charge durant cette période la cotisation correspondante.

Les ayants droit du salarié décédé sont :

- Le conjoint d'un salarié en activité relevant de la convention collective nationale des entreprises artisanales de la boulangerie et boulangerie pâtisserie, ou le concubin (au sens de l'article 515-8 du code civil) d'un salarié en activité relevant de la convention collective nationale des entreprises artisanales de la boulangerie et boulangerie-pâtisserie, lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ou non avec ce salarié.

Cette couverture est effectuée à la condition que soit présentée, dans le cas où le concubin est lié par un Pacs avec le salarié, une attestation de moins de 3 mois établissant leur engagement dans les liens d'un Pacs délivrée par le greffe du tribunal d'instance. Dans le cas où le concubin n'est pas lié par un Pacs et n'est pas ayant droit du salarié au sens de la législation sociale, cette affiliation est effectuée à la condition que soit présenté un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun).

- Les enfants à charge d'un salarié en activité relevant de la convention collective nationale des entreprises artisanales de la boulangerie et boulangerie-pâtisserie, répondant à la définition suivante :

- les enfants de moins de 21 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 :

- 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 ;
- 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 ;
- 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 ci-après :
 - prise 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.

En tout état de cause, les garanties cessent dès que le salarié n'entre plus dans le champ d'application prévu à l'article 1er du présent avenant.

Portabilité des droits du régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé

Article 4 bis

- Modifié par Mise en place d'un régime de remboursement comp... - art. 3 (VNE)

1. Bénéficiaires et garanties maintenues

En cas de rupture ou de fin du dernier contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage, le salarié bénéficie du maintien des garanties du régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé prévu par l'avenant n° 83 du 24 avril 2006 à la convention collective nationale de la boulangerie et boulangerie-pâtisserie française et les avenants qui s'y rapportent.

Le maintien de ces garanties s'effectue dans les mêmes conditions que les salariés en activité, sauf dispositions particulières définies ci-après et sous réserve que l'ancien salarié n'ait pas expressément renoncé à l'ensemble des garanties collectives souscrites par son employeur, qu'elles soient prévues par la convention ou par les autres modalités de mise en place des garanties prévoyance et frais de santé définies à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Le dispositif de portabilité s'applique aux ruptures ou fins de contrat de travail dont la date est égale ou postérieure au 1er juillet 2009.

2. Durée et limite de la portabilité

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de fin du contrat de travail sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par l'entreprise auprès de l'organisme assureur désigné.

Le maintien des garanties s'applique pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat du salarié dans l'entreprise, appréciée en mois entiers, dans la limite de 12 mois.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- lorsque le bénéficiaire du dispositif de portabilité reprend un autre emploi ;
- 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 ;
- à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale ;
- en cas de décès.

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 calcul de la durée du maintien

des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

3. Financement de la portabilité

Le maintien des garanties au titre de la portabilité est financé par les cotisations des entreprises et des salariés en activité (part patronale et part salariale) définies à l'article 5 du régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé (avenant n° 83 du 24 avril 2006 à la convention).

Comme il est précisé à l'article 2 de l'avenant n° 3 du 18 mai 2009 à l'accord national interprofessionnel relatif à la modernisation du marché du travail du 11 janvier 2008, les partenaires sociaux dresseront un bilan des dispositifs de mutualisation à l'issue d'une période de 12 mois suivant l'entrée en vigueur de l'avenant. Il en sera de même pour le présent dispositif de portabilité qui donnera lieu à l'établissement d'un bilan d'application au 1er juillet 2010 qui devra permettre de statuer sur la poursuite des modalités de financement et sur un éventuel ajustement tarifaire.

4. Changement d'organisme assureur

En cas de changement d'organisme assureur, les bénéficiaires du dispositif de portabilité relevant des présentes stipulations sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur.

5. Révision du dispositif de portabilité

Le contenu du présent avenant est susceptible d'évoluer en fonction des interprétations de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 par ses signataires. Ces modifications seront constatées par voie d'avenant.

Cotisation et répartition

Article 5

· Modifié par Remboursement complémentaire de frais de soins ... - art. 1er (VNE)
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 2015, la cotisation mensuelle sera appelée à :

- 1,36 % du PMSS pour les salariés relevant du régime général, soit 43,11 € ramenés à 43,10 € par mois ;

- 0,94 % pour les salariés relevant du régime Alsace-Moselle, soit 29,79 € ramenés à 29,80 € par mois.

(Valeur du PMSS au 1er janvier 2015 : 3 170 €.)

La cotisation sera réexaminée 1 fois par an par les parties signataires, en fonction des résultats du régime et de l'évolution des dépenses de santé et des législations et

règlementations fiscales, sociales et de l'assurance maladie.

En tout état de cause, au 1er janvier de chaque année, la cotisation sera indexée au minimum sur le dernier indice connu de l'évolution des dépenses de santé communiqué par les caisses nationales d'assurance maladie sauf si les résultats du régime compensent l'évolution de cet indice.

La cotisation est répartie à raison de 50 % à la charge de l'employeur et 50 % à la charge du salarié.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme assureur désigné à l'article 13 du présent avenant dans le premier mois de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé.

L'organisme assureur, en application de l'article L. 932-4 du code la sécurité sociale, procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

La commission paritaire se réunit au moins 1 fois par an pour examiner les résultats du régime ainsi que toutes statistiques ou tous éléments concernant ce régime dont elle pourrait avoir besoin.

L'organisme assureur a l'obligation de présenter le compte de résultats tous les ans devant la commission paritaire.

Les salariés relevant de la législation arrêt de travail pour maladie, accident du travail, maladies professionnelles du régime de base de la sécurité sociale bénéficieront de la gratuité de la cotisation du présent régime frais de soins de santé après 6 mois d'arrêt de travail.

Cette gratuité interviendra le premier jour du mois qui suit les 6 mois d'arrêt de travail.

Toute reprise de travail ou toute cessation du contrat de travail met fin au bénéfice de la gratuité à compter du premier jour du mois qui suit la reprise d'activité ou la rupture du contrat de travail.

Cependant, tout salarié qui reprend le travail moins de 6 mois après la date d'arrêt initiale conserve le bénéfice des jours d'arrêt écoulés pour le calcul de la franchise de 6 mois ouvrant droit à la gratuité, si le nouvel arrêt de travail est qualifié par la sécurité sociale de rechute de l'arrêt de travail initial.

Règlement des prestations

Article 6

- Créé par Avenant n° 83 2006-04-24 en vigueur le 1er jour du mois suivant extension BO conventions collectives 2006-21 étendu par arrêté du 16 octobre 2006 JORF 25 octobre 2006

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.

Tiers-payant

Article 7

- Créé par Avenant n° 83 2006-04-24 en vigueur le 1er jour du mois suivant extension BO conventions collectives 2006-21 étendu par arrêté du 16 octobre 2006 JORF 25 octobre 2006

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 ou dentaires.

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

L'entreprise adhérente s'engage, si la carte santé est en cours de validité, à en assurer la restitution dans le délai de quinze jours suivant le départ du salarié (démission, licenciement, retraite ...).

Limite des garanties - Exclusions

Article 8

- Modifié par Mise en place d'un régime de remboursement comp... - art. 2 (VNE)

Ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais de soins ;
- engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la sécurité sociale ;
- déclarés après un délai de 2 ans suivant la date des soins pratiqués ;
- engagés hors de France. Si la caisse de sécurité sociale à laquelle le salarié est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'organisme assureur sur la base de remboursement utilisée par la sécurité sociale et selon les garanties prévues en annexe du présent avenant ;
- non remboursés par les régimes de base de la sécurité sociale ;
- ne figurant pas à la nomenclature générale des actes professionnels ou à la classification commune des actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base ;
- au titre de la législation sur les pensions militaires ;
- au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements foyers ou des hospices ;
- qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique ;

- conformément aux dispositions législatives et réglementaires, les contributions forfaitaires et franchises restant à la charge de l'assuré, prévues à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires 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.

Pour les frais consécutifs à des actes soumis à entente préalable de la sécurité sociale, en l'absence de notification de refus à ces ententes préalables par les services de sécurité sociale, les règlements éventuels de l'organisme assureur seront effectués après avis des praticiens-conseils de l'organisme assureur.

Pour les frais consécutifs à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la nomenclature générale des actes professionnels ou à la classification commune des actes médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais consécutifs à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisé par la sécurité sociale.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'organisme assureur se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

Pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toutes autres indemnisations de la part de l'organisme assureur.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé au salarié de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produits spontanément par le salarié, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'organisme assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas de figure, les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisé par le régime de sécurité sociale.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, le salarié doit transmettre à l'organisme assureur une facture détaillée établie par son médecin ; à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

Plafond des remboursements

Article 9

- Créé par Avenant n° 83 2006-04-24 en vigueur le 1er jour du mois suivant extension BO conventions collectives 2006-21 étendu par arrêté du 16 octobre 2006 JORF 25 octobre 2006

En cas d'intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

La participation de l'organisme assureur ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à charge du salarié après participation de la sécurité sociale et, éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire.

Cessation des garanties

Article 10

- Modifié par Mise en place d'un régime de remboursement comp... - art. 2 (VNE)
- 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 4 bis du présent régime, le dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire cesse d'être garanti.

A 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 6 mois à compter de la cessation de leur contrat de travail, ou, le cas échéant, dans les 6 mois à compter de la fin de la période de portabilité visée par l'article 4 bis du présent régime, 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 un haut degré de solidarité du régime – et notamment de solidarité intergénérationnelle par le biais de la mutualisation des cotisations des anciens salariés avec celles des salariés actifs –, la cotisation est de 115 % de la cotisation des salariés actifs prévue à l'article 5 du présent régime.

Suspension des garanties

Article 11

- Créé par Avenant n° 83 2006-04-24 en vigueur le 1er jour du mois suivant extension

BO conventions collectives 2006-21 étendu par arrêté du 16 octobre 2006 JORF 25 octobre 2006

Les garanties du présent avenant sont suspendues pour le salarié pendant la période de suspension de son contrat de travail, sauf lorsque le salarié est en congé maladie, accident du travail - accident de trajet, maladies professionnelles et maternité-adoption.

Les périodes de suspension du contrat de travail sont les périodes de congés sans solde légaux visées par le code du travail ou conventionnelles.

Cependant, le salarié pourra demander le bénéfice des garanties moyennant le paiement de l'intégralité de la cotisation par ses soins.

Prescription des actions

Article 12

- Créé par Avenant n° 83 2006-04-24 en vigueur le 1er jour du mois suivant extension BO conventions collectives 2006-21 étendu par arrêté du 16 octobre 2006 JORF 25 octobre 2006

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées au présent avenant sont prescrites dans le délai de 2 ans, à compter de l'événement qui y donne naissance.

Désignation de l'organisme assureur

Article 13

- Modifié par Désignation des organismes assureurs - art. 6 (VNE)

Annulation par le Conseil d'Etat

Décision n° 357115 du 8 juillet 2016 du Conseil d'Etat statuant au contentieux.

ECLI:FR:CECHR:2016:357115.20160708

Le dernier alinéa de l'article 6 de l'arrêté du ministre du travail, de l'emploi et de la santé du 23 décembre 2011 portant extension d'accords et d'avenants examinés en sous-commission des conventions et accords du 9 décembre 2011 (NOR : ETST1135398A) est annulé en tant qu'il étend l'article 6 de l'avenant n° 100 du 27 mai 2011 à la convention collective nationale de la boulangerie et boulangerie-pâtisserie (entreprises artisanales). Cette annulation prendra effet le 1^{er} janvier 2017.

Les effets produits antérieurement au 1^{er} janvier 2017 par le dernier alinéa de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 2011 en tant qu'il étend l'article 6 de l'avenant n° 100 du 27 mai 2011 doivent être réputés définitifs, sous réserve des actions contentieuses mettant en cause des actes pris sur son fondement engagées avant le 17 décembre 2015.

AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, membre du GIE AG2R, 35 boulevard Brune, 75680 Paris Cedex 14, est désignée comme organisme assureur du présent régime « remboursement complémentaire de frais de

soins de santé ».

Les modalités d'organisation de la mutualisation du régime seront réexaminées par la commission nationale paritaire dans les 6 mois qui précèdent l'expiration d'un délai de 5 années à compter de la date d'effet du présent avenant, conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux de la branche demandent à AG2R Prévoyance en sa qualité d'organisme assureur désigné, de poursuivre le contrat de réassurance existant avec ISICA Prévoyance et la mutuelle les risques civils de la boulangerie et de la boulangerie pâtisserie française. Cette demande repose sur une volonté des partenaires sociaux de créer une solidarité financière forte dans la gestion du régime « remboursement complémentaire de frais de soins de santé.

(dispositions applicables au 1er janvier 2012).

NOTA :

Décision no 357115 du 8 juillet 2016 du Conseil d'Etat statuant au contentieux.

ECLI:FR:CECHR:2016:357115.20160708

Le dernier alinéa de l'article 6 de l'arrêté du ministre du travail, de l'emploi et de la santé du 23 décembre 2011 portant extension d'accords et d'avenants examinés en

sous-commission des conventions et accords du 9 décembre 2011 (NOR :

ETST1135398A) est annulé en tant qu'il étend l'article 6 de l'avenant n° 100 du 27 mai

2011 à la convention collective nationale de la boulangerie et boulangerie-pâtisserie

(entreprises artisanales). Cette annulation prendra effet le 1er janvier 2017.

Les effets produits antérieurement au 1er janvier 2017 par le dernier alinéa de l'article 6 de

l'arrêté du 23 décembre 2011 en tant qu'il étend l'article 6 de l'avenant n° 100 du 27 mai

2011 doivent être réputés définitifs, sous réserve des actions contentieuses mettant en

cause des actes pris sur son fondement engagées avant le 17 décembre 2015.

Clause de migration

Article 14

- Créé par Avenant n° 83 2006-04-24 en vigueur le 1er jour du mois suivant extension BO conventions collectives 2006-21 étendu par arrêté du 16 octobre 2006 JORF 25 octobre 2006

L'adhésion de toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale des entreprises artisanales de la boulangerie et boulangerie-pâtisserie au régime remboursement complémentaire de frais de soins de santé et l'affiliation des

salariés de ces entreprises auprès de l'organisme assureur désigné ont un caractère obligatoire à compter de la date d'effet précisée à l'article 16 du présent avenant.

A cette fin, les entreprises concernées recevront un contrat d'adhésion et des bulletins d'affiliation.

Ces dispositions s'appliquent y compris pour les entreprises ayant un contrat de complémentaire santé auprès d'un autre organisme assureur avec des garanties identiques ou supérieures à celles définies par le présent avenant.

Recours contre les tiers responsables

Article 15

- Créé par Avenant n° 83 2006-04-24 en vigueur le 1er jour du mois suivant extension BO conventions collectives 2006-21 étendu par arrêté du 16 octobre 2006 JORF 25

octobre 2006

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 salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

Date d'effet

Article 16

- Créé par Avenant n° 83 2006-04-24 en vigueur le 1er jour du mois suivant extension BO conventions collectives 2006-21 étendu par arrêté du 16 octobre 2006 JORF 25 octobre 2006

Le présent avenant ne prendra effet que le premier jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension au Journal officiel et au plus tôt le 1er janvier 2007.

Modalités de dénonciation (abrogé)

Article 17 (abrogé)

- Créé par Avenant n° 83 2006-04-24 en vigueur le 1er jour du mois suivant extension BO conventions collectives 2006-21 étendu par arrêté du 16 octobre 2006 JORF 25 octobre 2006
- Abrogé par Désignation des organismes assureurs - art. 7 (VNE)

Dépôt et extension

Article 18

- Créé par Avenant n° 83 2006-04-24 en vigueur le 1er jour du mois suivant extension BO conventions collectives 2006-21 étendu par arrêté du 16 octobre 2006 JORF 25 octobre 2006

Le présent avenant établi en vertu des articles L. 132-1 et suivants du code du travail est fait en un nombre suffisant d'exemplaires pour remise à chacune des organisations signataires et dépôt dans les conditions prévues à l'article L. 132-10 du code du travail. Les parties signataires conviennent de demander au ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement l'extension du présent avenant.

Annexe

- Modifié par Frais de soins de santé - art. 1 (VNE)

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 de la sécurité sociale, relevant des postes de garanties détaillées ci-dessous.

Pendant la période de garantie, les exclusions et les limitations de 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.

POSTE	PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES À LA SÉCURITÉ SOCIALE	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale et chirurgicale		
Frais de séjour, salle d'opération	Ticket modérateur limité à 20 % de la BR + 125 % de la BR sur les dépassements	Ticket modérateur reconstitué sur le PU limité à 20 % du PU + 125 % du PU sur les dépassements
Honoraires : actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	Ticket modérateur limité à 20 % de la BR + 125 % de la BR sur les dépassements	Ticket modérateur reconstitué sur le PU limité à 20 % du PU + 125 % du PU sur les dépassements
Chambre particulière (y compris maternité) (1) (*)	70 € par jour	Néant
Forfait hospitalier engagé (*)	100 % des frais réels dans la limite de la législation en vigueur	
Frais d'accompagnement (enfant à charge & lt ; 16 ans sur présentation d'un justificatif) (*)	30 € par jour	
Transport (accepté par la sécurité sociale)	Ticket modérateur limité à 35 % du TR	
Fécondation in vitro	300 € par an	
Actes médicaux		
Généralistes	Ticket modérateur limité à 30 % du TC + 50 % du TC sur les dépassements	Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 30 % du TC + 50 % du TC sur les dépassements
Spécialistes	Ticket modérateur limité à 30 % du TC + 50 % du TC sur les dépassements	Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 30 % du TC + 50 % du TC sur les dépassements
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques (ATM)	Ticket modérateur limité à 30 % de la BR + 50 % de la BR sur les dépassements	Ticket modérateur reconstitué sur le PU limité à 30 % du PU + 50 % du PU sur les dépassements
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	Ticket modérateur limité à 30 % de la BR	Ticket modérateur reconstitué sur le PU limité à 30 % du PU
Auxiliaires médicaux	Ticket modérateur limité à 40 % du TC	Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 40 % du TC
Analyses	Ticket modérateur limité à 40 % du TC	Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 40 % du TC

Pharmacie (acceptée par la sécurité sociale)		
Vignette blanche	Ticket modérateur limité à 35 % TFR	
Vignette bleu	Ticket modérateur limité à 65 % TFR	
Vignette orange	Ticket modérateur limité à 85 % TFR	
Dentaire		
Soins dentaires (à l'exception des inlay simple, onlay)	Ticket modérateur limité à 30 % du TC	Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 30 % du TC
Inlay simple, onlay	Ticket modérateur limité à 30 % du TC + 230 % du TC sur les dépassements	Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 30 % du TC + 230 % du TC sur les dépassements
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	Ticket modérateur limité à 30 % du TC + 230 % du TC sur les dépassements	Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 30 % du TC + 230 % du TC sur les dépassements
Inlay core et inlay à clavettes	Ticket modérateur limité à 30 % du TC + 230 % du TC sur les dépassements	Ticket modérateur conventionnel reconstitué limité à 30 % du TC + 230 % du TC sur les dépassements
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale (*)	260 % du tarif de convention	
Implants	Crédit annuel de 300 € par bénéficiaire	
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale (*)	150 % du tarif de convention	
Orthodontie refusée par la sécurité sociale (*)	250 % du tarif de convention	
Prothèses non dentaires (acceptées par la sécurité sociale)		
Prothèses auditives	Crédit annuel de 1 200 € par bénéficiaire	
Orthopédie et autres prothèses	Crédit annuel de 600 € par bénéficiaire	
Optique		
Monture + verres	Limité à un équipement par an et par bénéficiaire	
Monture	Forfait de 115 €	
Verres unifocaux simples (**)	Forfait de 70 € par verre	
Verres unifocaux complexes (**)	Forfait de 100 € par verre	
Verres multifocaux ou progressifs simples (**)	Forfait de 90 € par verre	
Verres multifocaux ou progressifs complexes (**)	Forfait de 150 € par verre	

Lentilles acceptées par la sécurité sociale	Crédit annuel de 180 € par paire et par bénéficiaire	
Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables) (*)	Crédit annuel de 180 € par paire et par bénéficiaire	
Kératotomie	Crédit annuel de 150 € par bénéficiaire	
Cure thermique (acceptée par la sécurité sociale)		
Frais de traitement et honoraires	Ticket modérateur limité à 35 % du TR	
Frais de voyage et hébergement (*)	Forfait de 250 €	
Maternité (*)		
Forfait par enfant déclaré (dans la limite des frais réels restant à charge)	Forfait de 500 €	
Prévention (décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 et de ses arrêtés subséquents)		
Vaccin anti-grippe non remboursé par la sécurité sociale	100 % des FR sur présentation de la facture et de la prescription	
Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum	100 % du ticket modérateur	
Vaccin diphtérie, tétanos et poliomyélite	100 % du ticket modérateur	
Actes hors nomenclature		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie Intervention de praticiens inscrits auprès d'une association agréée	Prise en charge de 25 € par consultation avec un maximum de 4 prises en charge par an	
Assistance « frais de santé » hospitalisation et ambulatoire		
Garanties détaillés dans la notice d'information spécifique prise en application du protocole existant entre AG2R Prévoyance et l'assiste		

BR : base de remboursement ; PU : prix unitaire ; TC : tarif de convention de la sécurité sociale ; TMC : ticket modérateur conventionnel (reconstitué en secteur non conventionné) ; RSS : remboursement de la sécurité sociale ; PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

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

sociale.

(**) Détail poste optique :

Sont considérés comme relevant de corrections simples les verres définis ci-après :

— unifocaux : sphère allant de -6,00 à + 6,00 avec ou sans cylindre inférieur ou égal à 4.

— multifocaux : sphère allant de -4,00 à + 4,00 sans astigmatisme ou sphère de -8,00 ou + 8,00 en cas d'astigmatisme, et ce quelle que soit la puissance du cylindre.

Les verres différents de ceux désignés ci-dessus sont considérés comme relevant de corrections complexes.

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

· Modifié par Mise en place d'un régime de remboursement comp... - art. 1er (VNE)

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 de la sécurité sociale, relevant des postes de garanties détaillées ci-dessous.

Les exclusions et les limitations de 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	Prestations y compris les prestations versées par la sécurité sociale
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour, salle d'opération	250 % de la base de remboursement
Actes de chirurgie (ADC)	250 % de la base de remboursement
Actes d'anesthésie (ADA)	250 % de la base de remboursement
Autres honoraires	250 % de la base de remboursement
Chambre particulière en secteur conventionné	90 € par jour
Forfait hospitalier engagé	100 % des frais réels dans la limite de la législation en vigueur
Frais d'accompagnement d'enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	30 € par jour
Transport (remboursé par la sécurité sociale)	100 % de la base de remboursement

Fécondation in vitro	Crédit annuel de 450 €
Actes médicaux	
Généralistes	250 % de la base de remboursement
Spécialistes	250 % de la base de remboursement
Actes de chirurgie (ADC)	225 % de la base de remboursement
Actes techniques médicaux (ATM)	225 % de la base de remboursement
Actes d'obstétrique (ACO)	225 % de la base de remboursement
Actes d'imagerie médicale (ADI)	150 % de la base de remboursement
Actes d'échographie (ADE)	150 % de la base de remboursement
Auxiliaires médicaux	110 % de la base de remboursement
Analyses	110 % de la base de remboursement
Pharmacie (remboursée par la sécurité sociale)	
Vignettes blanche, bleue et orange	100 % de la base de remboursement
Dentaire	
Soins dentaires (à l'exception des inlays et onlays)	100 % de la base de remboursement
Inlays et onlays	450 % de la base de remboursement
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	450 % de la base de remboursement
Inlay-core et inlay-core à clavettes	330 % de la base de remboursement
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale	380 % de la base de remboursement
Pose chirurgicale de l'implant	Forfait de 1 000 € par implant (limité à 3 implants par an) (maximum 3 000 € par an)
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
Prothèses non dentaires (acceptées par la sécurité sociale)	
Prothèses auditives	Remboursement par la sécurité sociale + crédit de 1 400 € par année civile
Orthopédie et autres prothèses	Remboursement par la sécurité sociale + crédit de 800 € par année civile
Optique (*) (limitée à un équipement par an et par bénéficiaire)	
Monture	Remboursement par la sécurité sociale + 130 €
Verres unifocaux simples	Remboursement par la sécurité sociale + 90 € par verre
Verres unifocaux complexes	Remboursement par la sécurité sociale + 150 € par verre
Verres multifocaux ou progressifs simples	Remboursement par la sécurité sociale + 220 € par verre
Verres multifocaux ou progressifs complexes	Remboursement par la sécurité sociale

	+ 290 € par verre
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	Remboursement par la sécurité sociale + crédit de 200 € par année civile
Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Remboursement par la sécurité sociale + crédit de 200 € par année civile
Chirurgie réfractive	Crédit de 800 € par année civile
Cure thermale (remboursée par la sécurité sociale)	
Honoraires et frais de traitement	100 % de la base de remboursement
Frais de voyage et d'hébergement	350 € limité à une intervention par année civile
Maternité	
Naissance d'un enfant déclaré	500 €
Prévention (conformément aux dispositions du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005) (**)	100 % de la base de remboursement
Pack bien-être	
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, diététique, psychologie, sevrage tabagique prescrit, vaccin contre la grippe, vaccins prescrits non remboursés, moyens contraceptifs prescrits	Crédit annuel de 150 €
Assistance hospitalisation et ambulatoire	
Garanties détaillées dans la notice d'information spécifique prise en application du protocole existant entre AG2R Prévoyance et l'assisteur.	
En secteur non conventionné, les tarifs sont reconstitués sur la base du tarif de convention ou prix unitaire selon la nomenclature sécurité sociale des actes.	
(*) 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 ;	
- verres multifocaux simples : 22 59245,22 64045,22 40671,22 82221,22 90396,22 91183,22 27038,22 99180 ;	
- verres multifocaux complexes : 22 38792,22 02452,22 34239,22 59660,22 45384,22 95198,22 02239,22 52042.	
(**) Détail des actes de prévention suite au décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 et de ses arrêtés subséquents :	

- scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risque carieux et avant le quatorzième anniversaire ;
- détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en deux séances maximum (SC12) ;
- bilan du langage oral et/ ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans ;
 - dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713,4714,0323,0351) ;
- dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale (CDQP010), audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015), audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011), audiométrie tonale et vocale (CDQP012), audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002) ;
 - acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans ;
- vaccinations suivantes, seules ou combinées : diphtérie, tétanos et poliomyélite et ce quel que soit l'âge, coqueluche avant 14 ans, hépatite B avant 14 ans, BCG avant 6 ans, rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, haemophilus influenzae B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

(Accord : Source Légifrance)