

Brochure n° 3102

Convention collective nationale
IDCC : 1747. – ACTIVITÉS INDUSTRIELLES
DE BOULANGERIE ET PÂTISSERIE

AVENANT N° 27 DU 7 MARS 2019
RELATIF AU RÉGIME DES FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

NOR : ASET1950598M
IDCC : 1747

Entre :

FEB ;

GITE,

D'une part, et

FGTA FO ;

FNAACFE-CGC ;

FGA CFDT ;

FNAF CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Objet

À compter du 1^{er} avril 2019, les partenaires sociaux de la convention collective nationale des activités industrielles de boulangerie et pâtisserie ont souhaité faire évoluer les garanties de frais de soins de santé définies par l'avenant n° 10 du 11 octobre 2011. Les évolutions mises en œuvre respectent les exigences légales d'un contrat solidaire et responsable.

Étant donné la nature du présent accord, il est applicable à l'ensemble des entreprises, y compris celles de moins de 50 salariés.

Article 2

Modification

L'article 128.1 « Garanties » de la convention collective nationale des activités industrielles de boulangerie et pâtisserie est modifié selon les modalités décrites par le présent avenant.

« 128.1. Garanties »

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

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les prestations versées par la sécurité sociale.

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION (1)	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	130 % de la BR	
Actes de chirurgie (ADC)	250 % de la BR Médecins adhérents DPTM	
Actes d'anesthésie (ADA)	200 % de la BR Médecins non adhérents DPTM	
Autres honoraires		
Chambre particulière	28,00 € par jour	
Forfait hospitalier engagé	100 % des frais réels par jour et dans la limite de la réglementation en vigueur	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 10 ans (sur présentation d'un justificatif)	35,00 € par jour	
Transport remboursé sécurité sociale	100 % de la BR	
Actes médicaux remboursés sécurité sociale		
Généralistes (consultations et visites)	100 % de la BR (adhérents au DPTM) 100 % de la BR (non adhérents au DPTM)	
Spécialistes (consultations et visites)	100 % de la BR (adhérents au DPTM) 100 % de la BR (non adhérents au DPTM)	
Actes de chirurgie (ADC)	100 % de la BR (adhérents au DPTM)	
Actes techniques médicaux (ATM)	100 % de la BR (non adhérents au DPTM)	
Actes d'imagerie médicale (ADI)	100 % de la BR (adhérents au DPTM)	
Actes d'échographie (ADE)	100 % de la BR (non adhérents au DPTM)	
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR	
Analyses	100 % de la BR	
Actes médicaux non remboursés sécurité sociale		
Chirurgie réfractive des yeux (myopie, presbytie, astigmatisme et hypermétropie)	Crédit annuel par bénéficiaire de 7 % du PMSS par œil	
Pharmacie remboursée sécurité sociale		
Pharmacie	100 % de la BR	
Pharmacie non remboursée sécurité sociale		
Contraceptifs (pilules et patchs) non remboursés par la sécurité sociale et patchs antitabac	Crédit annuel par bénéficiaire de 1 % du PMSS	
Dentaire		
Consultation de dépistage gratuite en 2019	100 % de la BR	
Soins dentaires (à l'exception des Inlay simple, Onlay)		
Inlay simple, Onlay	100 % de la BR	

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION (1)	
	Conventionné	Non conventionné
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	200 % de la BR	
Inlay-core	200 % de la BR	
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale (2)	110 % de la BR	
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	180 % de la BR	
Orthodontie refusée par la sécurité sociale	110 % de la BR	
Implants dentaires (4)	Crédit de 200 € par année civile	
Prothèses non dentaires (acceptées sécurité sociale)		
Prothèses auditives	100 % de la BR plus + crédit annuel par bénéficiaire de 1 000,00 €	
Orthopédie et autres prothèses		
<p>Optique : Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement (sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée où la période de renouvellement de l'équipement est réduite à 1 an pour les adultes*),</p> <p>Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps).</p> <p>* La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. 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'art. R. 165-1 du code sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.</p>		
Monture	100 % de la BR plus 2,5 % du PMSS par bénéficiaire	
Verres		
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	100 % de la BR plus montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction du type de verre (4)	
Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit annuel par bénéficiaire de 5 % du PMSS	
Crédit annuel par bénéficiaire de 7 % du PMSS		
Cure thermique (acceptée sécurité sociale)		
Frais de traitement et honoraires	Néant	
Frais de voyage et hébergement	Néant	
Maternité		
Naissance d'un enfant déclaré	100,00 €	
Médecines hors nomenclature		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	35,00 € par acte, limité à 4 actes par année civile.	
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 (3)	100 % de la BR	

Les postes exprimés en crédit annuel s'entendent par année civile.

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

FR : frais réels engagés par l'assuré.

BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

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).

DPTM (dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) :

- OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ;
- OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

(1) Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident de travail/maladie professionnelle, et maternité, et sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés.

(2) La garantie prothèse dentaire non remboursée 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 implantaire : 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, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(3) Liste des actes de préventions :

- a)* Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans ;
 - b)* Détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum ;
 - c)* Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans ;
 - d)* Dépistage de l'hépatite B ;
 - e)* 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 :
 - (i) Audiométrie tonale ou vocale ;
 - (ii) Audiométrie tonale avec tympanométrie ;
 - (iii) Audiométrie vocale dans le bruit ;
 - (iv) Audiométrie tonale et vocale ;
 - (v) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie ;
 - f)* Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans ;
 - g)* Vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - (i) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - (ii) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - (iii) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - (iv) BCG : avant 6 ans ;
 - (v) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - (vi) Haemophilus influenzae B – infections à l'origine de la méningite de l'enfant ;
 - (vii) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.
- (4) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).
- (5) Grille optique. »

ADULTE (> OU = 18 ANS) CODE LPP	UNIFOCAUX/MULTI-FOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	MONTANT EN € PAR VERRE	
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	de - 6 à + 6	2,5 % du PMSS	
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté			de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	2,5 % du PMSS	
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à - 10 ou > à + 10	2,5 % du PMSS	
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté		Cylindre < à 4	de - 6 à + 6	2,5 % du PMSS	
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté			< à - 6 et > à + 6	2,5 % du PMSS	
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > à 4	de - 6 à + 6	2,5 % du PMSS	
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à - 6 et > à + 6	2,5 % du PMSS	
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté		Multifocaux	Sphérique	de - 4 à + 4	2,5 % du PMSS
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté				< à - 4 ou > à + 4	2,5 % du PMSS
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté			Tout cylindre	de - 8 à + 8	2,5 % du PMSS
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	< à - 8 ou > à + 8			2,5 % du PMSS	

ENFANT (<18 ANS) CODE LPP	UNIFOCAUX/MULTI- FOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHÈRE	MONTANT EN € PAR VERRE	
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	de - 6 à + 6	2,5 % du PMSS	
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté			de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	2,5 % du PMSS	
2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté			< à - 10 ou > à + 10	2,5 % du PMSS	
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			Cylindre < à 4	de - 6 à + 6	2,5 % du PMSS
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté				< à - 6 et > à + 6	2,5 % du PMSS
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté				Cylindre > à 4	de - 6 à + 6
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		< à - 6 et > à + 6	2,5 % du PMSS		
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté		de - 6 à + 6	2,5 % du PMSS		
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté		Multifocaux	Sphérique	de - 4 à + 4	2,5 % du PMSS
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté				< à - 4 ou > à + 4	2,5 % du PMSS
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté				Tout Cylindre	de - 8 à + 8
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté			< à - 8 ou > à + 8		2,5 % du PMSS

Article 3

Entrée en vigueur, durée et révision

Le présent avenant prendra effet à compter du 1^{er} avril 2019.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Chaque syndicat signataire ou adhérent peut demander la révision de tout ou partie du présent avenant selon les modalités suivantes :

- toute demande de révision doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à chacun des autres signataires ou adhérents et comporter, outre l'indication des dispositions dont la révision est demandée, des propositions de remplacement ;
- le plus rapidement possible, et au plus tard dans un délai de 3 mois suivant la réception de cette lettre, les parties devront ouvrir une négociation en vue de la rédaction d'un nouvel accord.

Article 4

Dépôt, publicité et extension

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour remise à chaque organisation patronale et syndicale concernée et permettre l'accomplissement des formalités légales de dépôt et de publicité.

Il sera notifié par la délégation patronale à l'ensemble des organisations syndicales représentatives, à l'issue de la séance de signature, par remise d'un exemplaire de l'avenant signé contre récépissé s'il a été signé en séance, à défaut par lettre recommandée avec avis de réception.

Il sera déposé par la délégation patronale, en deux exemplaires, dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique, auprès des services centraux du ministre chargé du travail.

La délégation patronale remettra également un exemplaire du présent avenant au greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Son extension sera demandée à l'initiative de la délégation patronale.

Suivant les dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires n'ont pas retenu de dispositions spécifiques telles que visées par l'article L. 2232-10-1 du code du travail à l'attention des entreprises de moins de 50 salariés dès lors que le présent avenant vise à modifier le régime collectif obligatoire de prévoyance dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective et ce quel que soit l'effectif de leur entreprise.

Fait à Paris, le 7 mars 2019.

(Suivent les signatures.)