



Avenant n° 24 du 15 mars 2018 à l'avenant n° 83 du 24 avril 2006 relatif au remboursement complémentaire de frais de soins de santé

Etendu par arrêté du 14 décembre 2018 JORF 22 décembre 2018

IDCC

> 843

SIGNATAIRES

> Fait à :

Fait à Paris, le 15 mars 2018. (Suivant les signatures.)

> Organisations d'employeurs :

CNBF,

> Organisations syndicales des salariés :

FGTA FO ; CSFV CFTC ; FGA CFDT ; FNAF CGT ; CFE-CGC Agro,

NUMÉRO DU BO

> 2018-23

LISTE DES CONVENTIONS AUXQUELLES CE TEXTE EST RATTACHÉ

- > [Convention collective nationale de la boulangerie-pâtisserie du 19 mars 1976. Etendue par arrêté du 21 juin 1978 JONC 28 juillet 1978.](#)

Préambule

Article

En vigueur étendu

Les partenaires sociaux de la Branche ont décidé d'améliorer au 1er avril 2018 les prestations du régime « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » des salariés sans modification corrélative des cotisations.

Article 1er

En vigueur étendu

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 sécurité sociale
Hospitalisation médicale, chirurgicale, et maternité	
Frais de séjour, salle d'opération	250 % de la base de remboursement
Honoraires : actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires.	300 % de la base de remboursement – adhérents DPTM
	200 % de la base de remboursement – non adhérents DPTM
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] (*)	35 € 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 € TTC par nuit, maximum 90 € TTC par séjour
– 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 – adhérent DPTM 200 % de la base de remboursement – non adhérent DPTM
Consultation et visite spécialistes	250 % de la base de remboursement – adhérent DPTM 200 % de la base de remboursement – non adhérent DPTM
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM) Actes d'obstétrique (ACO)	250 % de la base de remboursement – adhérent DPTM 200 % de la base de remboursement – non adhérent DPTM
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	170 % de la base de remboursement – adhérent DPTM 150 % de la base de remboursement – non adhérent DPTM
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 y compris piliers implantaires (****)	1 400 € par implant limité à 3 implants par année civile
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	350 % de la base de remboursement
Orthodontie refusée par la sécurité sociale (*)	350 % de la base de remboursement (**)
Parodontologie (*)	Crédit de 300 € par année civile
Actions de prévention bucco-dentaire	Voir le programme 2016-2018
Prothèses non dentaires (acceptées par la sécurité sociale)	
Prothèses auditives	100 % de la base de remboursement + Crédit de 2 800 € sur 2 années consécutives
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

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.

Monture	RSS + forfait de 130 €
Verres unifocaux simples	RSS + forfait de 90 € par verre
Verres unifocaux complexes	RSS + forfait de 170 € par verre
Verres multifocaux ou progressifs simples	RSS + forfait de 220 € par verre
Verres multifocaux ou progressifs complexes	RSS + forfait de 330 € par verre (RSS + forfait de 310 € par verre pour les moins de 18 ans)
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 900 € par œil et par année civile
Cure thermale (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, podologue	Crédit de 160 € par année civile
Garanties solidaires	
Solidarité intergénérationnelle pour les anciens salariés (licenciés, retraités)	Maintien du régime frais de santé avec une cotisation égale à la cotisation des salariés la première année et majorée de 15 % à partir de la deuxième année
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 Fil + boulangerie	Maintien ou mise en place gratuite du régime frais de santé pendant 12 mois 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	
	- outils de sensibilisation à destination de plus de 120 000 salariés

<p>Prévention de l'hypertension artérielle :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Information -Dépistage -Accompagnement 	<ul style="list-style-type: none"> - campagne nationale et professionnelle de détection du risque - organisation de l'accompagnement par des professionnels de santé des salariés exposés au risque.
<p>Prévention bucco-dentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - information - dépistage dans les CFA 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 6 000 apprentis pour les années scolaires 2016-2017 et 2017-2018
<p>Prévention du diabète de type II</p>	<p>Suite à l'enquête épidémiologique de 2014-2015, pérennisation de :</p> <ul style="list-style-type: none"> -auto questionnaire -vidéo de sensibilisation
<p>Prévention de l'allergie à la farine :</p> <ul style="list-style-type: none"> - information sur l'hygiène respiratoire - dépistage dans les CFA 	<p>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 6 000 apprentis pour les années scolaires 2017-2018</p>
<p>Accès à SEAKMED, comité d'experts hospitalo-universitaires</p>	<p>Maladies graves, situation de santé complexe : ce comité analyse la situation puis organise la délivrance d'un second avis médical auprès d'expert</p>
<p>Prévention (conformément à l'arrêté du 8 juin 2006)</p>	
<p>Prise en charge des actes de prévention suivants :</p> <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 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : <ol 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 ; <ul style="list-style-type: none"> - Vaccinations suivantes, seules ou combinées : <ol 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 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. 	<p>100 % de la base de remboursement</p>
<p>Abréviations : 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</p>	

sur la base de remboursements retenus 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 :

- CAS : (contrat d'accès aux soins) ;
- OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ;
- OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

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

(*) Remboursé selon conditions définies notwithstanding 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, 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.

Article 2

En vigueur étendu

Date d'effet

Le présent avenant prend effet le 1er avril 2018. Il est conclu pour une durée indéterminée.

Article 3

En vigueur étendu

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 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.

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail l'extension du présent avenant.

