

Avenant n° 30 à l'avenant n° 83
relatif à la mise en place d'un régime de
« remboursement complémentaire de frais de soins de santé »

CCN 3117 – Boulangerie et Boulangerie-Pâtisserie Française

Entre d'une part :

La Confédération Nationale de la Boulangerie et Boulangerie-Pâtisserie Française

Et d'autre part :

Les organisations nationales syndicales soussignées des salariés :

Fédération Nationale agro-alimentaire et Forestière (CGT)

Fédération Générale agro-alimentaire (CFDT)

Fédération des syndicats CFTC « Commerce, Services et Force de Vente » CSFV

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes (FO)

Fédération nationale agro-alimentaire (CFE-CGC)

Préambule :

La Confédération Nationale de la Boulangerie et Boulangerie-Pâtisserie Française et les organisations nationales syndicales de salariés, réunis en commission paritaire ont décidé à l'unanimité d'améliorer les prestations du régime « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » et d'établir le taux de cotisation pour l'année 2022.

Suivant les dispositions de l'article L2261-23-1 du code du travail, les parties signataires n'ont pas retenu de dispositions spécifiques telles que visées par l'article L2232-10-1 du code du travail à l'attention des entreprises de moins de cinquante salariés dès lors que le présent avenant vise à améliorer les prestations et fixe le taux d'appel de la cotisation pour l'année 2022 du régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé des salariés de la boulangerie-pâtisserie et ce quel que soit l'effectif de leur entreprise.

Article 1 – Modification du tableau des prestations garanties par le régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé. (Annexe à l'avenant n° 83).

L'intégralité du tableau de garanties figurant à l'annexe à l'avenant 83 « Niveau des prestations » est substitué par le tableau suivant et ses notes associées :

Le détail des garanties en vigueur à compter du 01.01.2022 est repris ci-après.

Les nouvelles dispositions s'appliquent pour les frais engagés relatifs à des soins intervenant à compter de la date d'effet susmentionnée.

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.

ABREVIATIONS :

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

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

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

HOSPITALISATION			
Nature des frais en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		Conventionné	Non conventionné
Frais de séjour		250% BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	300% BR 200% BR	
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Chambre particulière		90€ par jour	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		35€ par jour	

TRANSPORT	
Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	100% BR

SOINS COURANTS		
Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Honoraires médicaux :		
► remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	300% BR 200% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	300% BR 200% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	300% BR 200% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	170% BR 150% BR
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		110% BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		110% BR
Médicaments :		
► remboursés SS		100% BR
Pharmacie (hors médicaments) :		
► remboursée SS		100% BR
Pack Bien être (actes non remboursés SS)		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Psychologie, Podologie [si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS], Sevrage tabagique prescrit, Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits, Contraception prescrite		Crédit de 180€ par année civile
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		100% BR + Crédit de 800€ par année civile
Achat véhicule pour personne handicapée physique		100% BR + Crédit de 1400 € par année civile
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % de la BR

AIDES AUDITIVES		
Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Equipements 100 % Santé (*) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème 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 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		
Equipements libres (***) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	100% BR + 1300€ (**)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème 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 paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

DENTAIRE	
Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION
	Conventionné Non conventionné
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	450% BR dans la limite des HLF
Inlay core	450% BR dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	480% BR dans la limite des HLF
► Panier libre (***)	
Inlay, onlay	450% BR
Inlay core	450% BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	480% BR
Soins	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR
Autres actes dentaires remboursés SS	
Orthodontie remboursée SS	350% 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	400% BR
Parodontologie	Crédit de 320€ par année civile
Implants dentaires y compris piliers implantaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, couronne)	Forfait de 1500€ par implant, limité à 3 implants par année civile
Orthodontie	350% 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	
	Conventionné	Non conventionné
Equipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)		RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV
Monture de classe A : Enfant - de 16 ans (**)		
Verres de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)		
Verres de classe A : Enfant - de 16 ans (**)		
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 : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)		100€
Monture de classe B : Enfant - de 16 ans (**)		100€
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)		Montants indiqués dans la grille optique (****) ci-après, en fonction du type de verres
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans (**)		
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 antiptosis / verres iséiconiques)		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 1100€ par œil et 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 des « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	90 €	90 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	175 €	175 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	90 €	90 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	90 €	90 €
		SPH > 0 et S > + 6	175 €	175 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	175 €	175 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	175 €	175 €
MULTIFOCAUX HORS PROGRESSIFS	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	300 €	300 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	350 €	310 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	300 €	300 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	300 €	300 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	350 €	310 €
		SPH > 0 et S > + 8	350 €	310 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	350 €	310 €
PROGRESSIFS	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	300 €	300 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	350 €	310 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	300 €	300 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	300 €	300 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	350 €	310 €
		SPH > 0 et S > + 8	350 €	310 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	350 €	310 €

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

AUTRES FRAIS	
Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermale remboursée SS :	
Frais de traitement et honoraires	100% BR
Frais de voyage et hébergement	Forfait de 350€ limité à une intervention par année civile
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (*) (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 530€
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 la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable »
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
Fécondation in vitro	
Fécondation in vitro	Crédit de 500€ par année civile
Allergies respiratoires	
Assistance « Frais de santé » hospitalisation et ambulatoire	
Garanties détaillées dans la notice d'information spécifique prise en application du protocole existant entre l'organisme assureur et l'assisteur.	

(*) Il est versé, 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'évènement.

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.

GARANTIES SOLIDAIRES	
Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION
▪ Solidarité intergénérationnelle pour les anciens salariés (licenciés, retraités)	Maintien du régime frais de santé avec une cotisation définie dans le respect de la réglementation en vigueur. (Voir article 16)
▪ 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 (voir article 15.2)

▪ 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 (Voir article 15.4)
▪ 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 (voir article 15.5)
▪ Ayant(s) droit de salarié décédé	Maintien ou mise en place gratuite du régime frais de santé pendant 12 mois (voir article 15.1)
▪ Accès à une plateforme téléphonique dédiée à la profession	Service d'information et de prévention des difficultés des salariés et des chefs d'entreprise de la profession

PREVENTION	
Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Campagnes nationales de prévention définies par la Commission paritaire nationale pour 2021-2022	
Accompagnement dans la gestion des allergies respiratoires	Programme d'accompagnement pour améliorer la santé et la qualité de vie et participer au maintien dans l'emploi des boulangers touchés par les allergies respiratoires à la farine (asthme, rhinites). Accompagnement d'une durée de 5 séances : - 1 séance d'information - 4 séances de coaching Prise en charge des 5 séances à hauteur de 150 €/HT .
* Prévention des maladies cardio-vasculaires et du diabète	▪ Evaluation des facteurs de risques par un questionnaire * Parcours de suivi adapté en fonction du risque artériel et/ou diabétique
▪ 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 2020-2021 et 2021-2022
▪ Campagne d'incitation à une consultation de prévention bucco-dentaire à des âges clés (1)	▪ Nature de l'action : Sensibilisation à un parcours de santé bucco-dentaire avec examen de prévention à 35 ans et à 55 ans ▪ Niveau de prise en charge : selon conditions contractuelles prévues au poste dentaire de votre tableau de garanties frais de santé

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention du diabète de type II 	<p>Suite à l'enquête épidémiologique de 2014-2015, pérennisation de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'Auto questionnaire ▪ la Vidéo de sensibilisation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention de l'allergie à la farine <ul style="list-style-type: none"> ○ Information sur l'hygiène respiratoire ○ Dépistage dans les CFA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vidéos de sensibilisation à l'hygiène respiratoire ▪ Intervention de médecins ou d'infirmières pour action de sensibilisation et dépistage sur l'hygiène respiratoire dans plus de 150 Centres de Formations d'Apprentis auprès d'environ 6000 apprentis pour les années scolaires 2020-2021 et 2021-2022
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accès à un comité d'experts hospitalo-universitaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maladies graves, situation de santé complexe : ce comité analyse la situation puis organise la délivrance d'un second avis médical auprès d'expert
Actions en lien avec le traitement des cancers et la prévention de leurs récurrences	
<p>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...)).</p>	<p>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.</p> <p>Niveau de prise en charge : A hauteur de 450 € HT/acte.</p>
<p>Prévention des récurrences de cancers</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Niveau de prise en charge : prise en charge totale et directe du coût du programme.</p>
Bilans de prévention	
<p>Bilan de prévention personnel</p>	<p>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.</p> <p>Niveau de prise en charge : prise en charge totale et directe du coût du programme.</p>

(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)

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

Article 2 – Cotisation

L'article 5 – Cotisation et répartition de l'avenant n° 83 à la convention collective nationale est modifié comme suit :

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 soit au 1^{er} janvier 2022 :

- 48 € pour les salariés relevant du régime général
- 33,60 € pour les salariés relevant du régime Alsace Moselle
(Valeur du PMSS au 01/01/2022 : 3 428 €)

Les autres paragraphes restent inchangés.

Article 3 – Date d'effet - Durée

Le présent avenant prend effet le 1^{er} janvier 2022. Il est conclu pour une durée indéterminée.

Article 3 – 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.

Fait à Paris, le 2 décembre 2021

F.N.A.F. / C.G.T.

F.G.A. / C.F.D.T.

C.S.F.V. / C.F.T.C.

F.G.T.A. / F.O.

F.N.A.A. C.F.E. / C.G.C. AGRO

C.N.B.P.F.