

Avenant n° 61
à la convention collective nationale de la boucherie, boucherie-charcuterie,
boucherie hippophagique, triperie, commerce de volailles et gibiers
Relatif au régime frais de soins de sante

Préambule

Les organisations liées par la convention collective nationale de la Boucherie, Boucherie-Charcuterie, Boucherie Hippophagique, Triperie, Commerce de volailles et gibiers du 12 décembre 1978 et étendue par arrêté du 15 mai 1979 ont souhaité instaurer un standard professionnel unifié en matière d'assurance santé qui repose sur des objectifs de solidarité professionnelle et comprend notamment des droits non contributifs, la mise en œuvre d'une politique de prévention et de prestations d'action sociale.

Le régime conventionnel s'inscrit dans le cadre des dispositions de l'article L912-1 du code de la Sécurité sociale. Les parties réaffirment le caractère impératif des dispositions conventionnelles auxquelles il ne peut être dérogé que pour mettre en place des garanties au moins équivalentes.

Article I :

L'article 26ter « Régime frais de soins de santé » de la Convention collective nationale de la Boucherie, Boucherie-Charcuterie, Boucherie Hippophagique, Triperie, Commerce de volailles et gibiers du 12 décembre 1978 est ainsi rédigé :

« 1. Bénéficiaires

Tous les salariés sont bénéficiaires à titre obligatoire, à leur date d'entrée dans l'entreprise, du régime complémentaire de remboursement de frais de santé.

Les salariés ne peuvent refuser de cotiser. Toutefois, peuvent, à leur initiative, se dispenser d'affiliation en fournissant à leur employeur les justificatifs correspondants :

- les salariés à temps partiel qui devraient s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés et apprentis en contrat à durée déterminée d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.

Les salariés disposent en outre de la faculté de se dispenser à leur initiative dans les cas et conditions visés aux articles L911-7 ainsi que D911-2 du code de la sécurité sociale.

Ainsi, peuvent également se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'affiliation :

Handwritten initials: AB, J, DP, PN, WR

- Les salariés bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire avec ou sans participation financière. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ;
- Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- Les salariés qui bénéficient, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations complémentaires « frais de santé » servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :
 - a) couverture collective et obligatoire conformément à l'article L. 242-1CSS ;
 - b) Dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
 - c) Contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (dits « Madelin ») ;
 - d) Régime local d'Alsace-Moselle ;
 - e) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières.

En aucune manière, les dispenses d'affiliation prévues ci-dessus ne peuvent être imposées par l'employeur.

La demande de dispense du salarié comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix et notamment du fait qu'en ne cotisant pas au régime, il ne bénéficiera pas :

- des garanties du présent régime de frais de santé,
- du financement patronal, de l'avantage attaché à ce financement et de la déductibilité fiscale de sa propre cotisation ;
- de la portabilité de la couverture, en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- de la possibilité de contracter à titre individuel la même garantie avec une cotisation encadrée en cas d'invalidité, de départ à la retraite, de chômage au-delà de la période de portabilité.

Les salariés formulent leur demande par écrit, auprès de leur employeur, accompagnée des justificatifs nécessaires, dans les trente jours qui suivent la mise en place du régime, leur embauche, leur passage à temps partiel ou la date à laquelle prennent effet les couvertures mentionnées aux 1° et 3° de l'article D.911-2 du code de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, les salariés visés ci-dessus cotisent obligatoirement au régime sans possibilité de radiation à effet rétroactif :

- s'ils ne formulent pas leur demande de dispense d'affiliation dans les délais et conditions prévus au présent article,
- s'ils cessent d'apporter les justificatifs exigés.

2. Prestations

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 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 régime, expressément mentionnés dans le tableau des prestations visé ci-dessous.

L'organisme assureur 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 est également versé, en cas d'adoption d'un enfant mineur par le salarié. 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.

2.1. Garanties

A l'exception de ceux ayant demandé une dispense d'affiliation, les salariés bénéficient à titre obligatoire des prestations et éléments de solidarité ci-dessous.

Les garanties sont dites « responsables » conformément aux articles L871-1 et R871-1 et 2 du Code de la Sécurité Sociale et respectent en conséquence les obligations minimales et maximales de prise en charge résultant de ces textes.

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 :

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

Handwritten initials and marks: "AB", "J", "MG", "113", "114", "115", "116", "117", "118", "119", "120".

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 MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION
Frais de séjour		200 % BR
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires :		
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	220 % BR 200 % BR
Actes d'anesthésie (ADA)		
Actes techniques médicaux (ATM)		
Autres honoraires		
Chambre particulière		50 € par jour
Frais d'accompagnement :		
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		25 € par jour

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	100 % BR

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION
Honoraires médicaux :		
▶ remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	200 % BR 180 % BR

PM
113
119

Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	200 % BR 180 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	200 % BR 180 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	130 % BR 110 % BR
► non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ethioopathie, Nutritionniste, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINISS)		50 € par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire
Du fait de de l'exercice des métiers de la Boucherie, Boucherie-Charcuterie, Boucherie Hippophagique, Triperie, Commerce de Volailles et gibiers, mais sans que la cause de la consultation soit liée nécessairement à des raisons professionnelles (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINISS)		Prise en charge au titre des actions de prévention décidées au 7.4 : jusqu'à 4 actes supplémentaires par année civile, dès le 4 ^{ème} acte et jusqu'au 7 ^{ème} acte de l'année civile (dans la limite du fonds).
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		100 % BR
Kinésithérapeutes		100 % BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		100 % BR
Médicaments :		
► remboursés SS		100 % BR
Pharmacie (hors médicaments) :		
► remboursée SS		100 % BR
► non remboursée SS		
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits		Crédit de 50 € par an et par bénéficiaire

Sevrage tabagique	Crédit de 30 € par an et par bénéficiaire
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % BR + crédit de 500 € par année civile

Actes de prévention remboursés SS	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR

Prévention : campagne nationale définie par la CPPNI pour 2019-2020	
--	--

Prévention des risques professionnels en boucherie	<ul style="list-style-type: none"> Intervention de professionnels de santé dans des Centres de Formation et d'Apprentissage (CFA) pour sensibiliser les apprentis en boucherie sur la prévention des Troubles Musculosquelettiques, l'importance du port des équipements de protection (EPI) et sur la prévention dans la réalisation des gestes « métier » dans les situations à risques spécifiques. Outils de sensibilisation à la prévention des risques professionnels : livrets de prévention remis aux apprentis.
--	--

Sensibilisation aux gestes de premiers secours	<ul style="list-style-type: none"> Intervention de formateurs secouristes agréés dans des Centres de Formation et d'Apprentissage (CFA) pour sensibiliser les apprentis en boucherie aux gestes de premiers secours notamment en cas d'accidents liés à des risques professionnels. Outils de sensibilisation aux gestes de premiers secours : plateforme en ligne
--	--

Santé bucco-dentaire	
-----------------------------	--

Campagne d'incitation à une consultation de prévention bucco-dentaire à des âges clés.	<p><u>Nature de l'action</u> : Examen bucco-dentaire de prévention à 35 ans et à 55 ans.</p> <p><u>Niveau de prise en charge</u> : selon conditions contractuelles prévues au poste dentaire du présent tableau de garantie.</p>
--	--

Actions en lien avec le traitement des cancers et la prévention de leurs récurrences	
---	--

Aide à la décision thérapeutique, notamment opératoire, d'un cancer. La	<u>Nature de l'action</u> : prise en charge d'un forfait d'acte d'analyse aboutissant à la
---	--

PM
 JP NB MR

<p>pertinence médicale de cette aide est subordonnée à l'avis des médecins en charge du patient (oncologues, chirurgien...).</p>	<p>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. <u>Niveau de prise en charge</u> : A hauteur de 650 € HT/acte.</p>
<p>Prévention des récurrences de cancers</p>	<p><u>Nature de l'action</u> : 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. 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. <u>Niveau de prise en charge</u> : prise en charge totale et directe du coût du programme.</p>
<p>Bilan de prévention</p>	
<p>Bilan de prévention personnel</p>	<p><u>Nature de l'action</u> : Accès à un bilan personnel de prévention en ligne permettant une analyse des habitudes de vie et des conseils personnalisés en prévention. <u>Niveau de prise en charge</u> : prise en charge totale.</p>

AIDES AUDITIVES	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
JUSQU'AU 31.12.2020 :	
Aides auditives remboursées SS :	
Aides auditives	100 % BR + crédit de 800 € par année civile
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS ⁽³⁾	100 % BR + 400 € par année civile et par bénéficiaire
A COMPTER DU 01.01.2021 :	

113 119
 P M

Equipements 100 % Santé (*) :	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	100 % des frais dans la limite des PLV (1)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	
Equipements libres (2) :	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	100 % BR + 800 € (1)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	100 % BR + 300 € (1)
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (3)	100 % BR + 400 € par année civile et par bénéficiaire

(*) Equipements de classe I tels que définis réglementairement.

(1) 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).

(2) 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)

(3) 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
Soins et prothèses 100 % Santé (*)	
Inlay core	100% des frais dans la limite des HLF
Autres appareillages prothétiques dentaires	
Soins	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR
Prothèses	
▶ Panier maîtrisé (1)	
Inlay simple, onlay	330 % BR dans la limite des HLF
Inlay core	330 % BR

DP n° 1/15
PM

Autres appareillages prothétiques dentaires	dans la limite des HLF 330 % BR dans la limite des HLF
► Panier libre (2)	
Inlay simple, onlay	330 % BR
Inlay core	330 % BR
Autres appareillages prothétiques dentaires	330 % BR
Autres actes dentaires remboursés SS	
Orthodontie remboursée SS	280 % BR
Actes dentaires non remboursés SS	
Parodontologie	Crédit de 200 € par année civile
Implants dentaires	800 € par acte limité à 3 actes par année civile
Orthodontie	280 % BR

(*) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(1) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(2) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

OPTIQUE	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Equipements 100 % Santé (*) :	
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (1)	100 % des frais dans la limite des PLV
Verres de classe A (quel que soit l'âge) (1)	
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	100 % des frais dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de classe A	100 % des frais dans la limite des PLV
Equipements libres (2) :	
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (1)	100 €
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (1)	Voir grille optique (3)
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	100 % BR dans la limite des PLV

cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	
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 160 € par an et par bénéficiaire
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 160 € par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 1 000 € 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.

(1) 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 la réglementation en vigueur (soit au jour de la signature de l'accord, 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).

(2) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

(3) Grille optique des verres de classe B :

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX X / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	70 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	110 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	70 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	70 €
		SPH > 0 et S > + 6	110 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	110 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	110 €

PROGRESSIFS ET MULTIFOCAU X	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	130 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	150 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	130 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	130 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	150 €
		SPH > 0 et S > + 8	150 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	150 €

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

COUVERTURES ANNEXES	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermale remboursée SS :	
Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR
Frais de voyage et hébergement	Forfait de 250 € par année civile et par bénéficiaire
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré ⁽¹⁾	250 € par enfant déclaré

(1) Cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré.

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.

DROITS NON CONTRIBUTIFS - ACTION SOCIALE	
En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle donnant lieu à un arrêt de travail de plus de 6 mois Cf. point 7.1	Maintien de la garantie sans paiement des cotisations pendant 12 mois à compter du 1 ^{er} jour du 7 ^{ème} mois d'arrêt de travail.
En cas de décès d'un salarié affilié Cf. point 7.2	Maintien de la garantie sans paiement des cotisations au bénéfice des ayants droit pendant 12 mois à compter du premier jour du mois suivant le décès.
Fonds de solidarité cf. point 7.4	Fonds de solidarité alimenté par une part égale à 2 % de la cotisation et utilisé selon les orientations définies par la CPPNI.

2.2. Limites des garanties. - Exclusions

18 113 119 PM

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

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 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 le présent régime sur la base de remboursement utilisée par la sécurité sociale et selon les garanties prévues par le régime ;
- 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, sauf pour les actes prévus expressément dans le tableau de garanties ;
- engagés dans le cadre de la législation sur les pensions militaires ;
- engagés 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 ;

- les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge du salarié prévues à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale ;

- la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et L. 1111-15 du code de la santé publique ;

- 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 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 utilisée 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.

A l'exception du forfait maternité, pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel, le crédit annuel 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.

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 de remboursement utilisée par le régime de sécurité sociale.

2.3. Plafond des remboursements

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 de la sécurité sociale 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.

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

3. Suspension du contrat de travail

Le régime et les cotisations sont maintenues dans les mêmes conditions :

- en cas d'arrêt de travail pour maladie, congé maternité, adoption ou paternité ;
- en cas d'arrêt de travail pour accident du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle, pour la période non couverte au titre de l'article 7.1 ;
- en cas de suspension du contrat de travail, avec maintien de salaire total ou partiel ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

En cas de suspension du contrat de travail, sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, la garantie est suspendue. Elle est maintenue à la demande du salarié sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation.

4. Cessation des garanties

4.1 Principe

Le bénéfice du régime cesse à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise.

4.2 Portabilité des garanties pour les anciens salariés pris en charge par le régime d'assurance chômage

Toutefois, en cas de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, le salarié bénéficie du maintien de la garantie dans les conditions de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

4.3 Maintien individuel de la couverture pour les anciens salariés relevant de l'article 4 de la Loi Evin

Par ailleurs, l'organisme assureur maintient, à titre individuel, la couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des 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, dans les conditions prévues par l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite " loi Evin ") et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990.

Par conséquent, les tarifs applicables à ces anciens salariés :

- ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs la première année de l'adhésion ;
- ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs la deuxième année de l'adhésion ;
- ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs la troisième année de l'adhésion.

5. Cotisations

Conformément aux dispositions de l'article L.862-4 du Code de la sécurité sociale, les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des bénéficiaires du régime.

La cotisation mensuelle s'élève à 40 euros pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale et à 24 euros pour les salariés relevant du régime local d'Alsace Moselle. Elle est prise en charge pour moitié par l'employeur et pour moitié par le salarié.

6. Règlement des prestations

Les modalités pratiques du règlement des prestations (pièces justificatives ...) sont détaillées dans le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise et la notice d'information remise par l'employeur aux salariés.

7. Solidarité

PM
JP
NB
14

Conformément à l'article L.912-1 du Code de la sécurité sociale, le présent régime présente un degré élevé de solidarité se déclinant notamment par des droits non contributifs, une action sociale et une politique de prévention.

7.1. Salariés en arrêt de travail au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle donnant lieu à un arrêt de travail de plus de 6 mois, la garantie est maintenue sans paiement des cotisations pendant 12 mois à compter du premier jour du septième mois d'arrêt de travail.

Toute reprise de travail met fin au bénéfice de la gratuité à compter du premier jour qui suit la reprise d'activité.

Tout salarié, qui reprend le travail moins de 6 mois après la date d'arrêt initial, 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 pris en charge au titre de la législation "accidents du travail/ maladies professionnelles".

Tout salarié qui reprend le travail après avoir bénéficié partiellement de l'exonération du paiement des cotisations, conserve son droit à gratuité en cas de rechute au sens de la législation de la sécurité sociale "accidents du travail/ maladies professionnelles", dans la limite de la période d'exonération restant à courir.

En cas de cessation du contrat de travail, les anciens salariés, relevant de la législation "accidents du travail/ maladies professionnelles" du régime de base de la sécurité sociale bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, continuent à bénéficier après la rupture du contrat de travail de la garantie avec exonération des cotisations dans les conditions fixées ci-dessus.

7.2. Ayants droit des salariés décédés

En cas de décès d'un salarié bénéficiaire, y compris en période de portabilité des droits, ses ayants droit bénéficient du maintien de la garantie, sans paiement des cotisations, pendant 12 mois à compter du premier jour du mois suivant le décès.

Ont la qualité d'ayant droit au titre des présentes dispositions le conjoint ou le concubin du bénéficiaire décédé lié ou non par un pacte civil de solidarité (Pacs) et les enfants à charge tels que ci-après définis :

- 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) à charge du salarié au sens de la législation fiscale à savoir :
 - pris 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.

7.3. Couverture santé des anciens salariés

Les partenaires sociaux considèrent que la solidarité doit non seulement être professionnelle, mais également intergénérationnelle et entendent favoriser l'accès des retraités à une couverture santé. Dans cette perspective, l'employeur souscrit un contrat d'assurance prévoyant qu'à l'expiration de la période de trois ans visée par le décret n° 90-769 du 30 août 1990, l'organisme assureur propose, aux anciens salariés retraités, un contrat prévoyant des garanties identiques à celles en vigueur pour les salariés. Le souscripteur organise chaque année avec l'assureur l'affectation des résultats bénéficiaires du contrat des actifs de manière à obtenir un lissage de la cotisation des anciens salariés retraités dans l'objectif de limiter la cotisation appelée auprès de ces derniers à 150 % de celle des actifs.

7.4. Fonds de solidarité

Dans le cadre des articles R.912-1 et R.912-2 du code de la sécurité sociale, un fonds de solidarité est alimenté chaque année par une part égale à 2 % de la cotisation prévue au point 5. Ce fonds permet le financement d'actions procédant d'un objectif de solidarité, selon les orientations définies par la CPPNI.

L'intervention du fonds s'exerce dans la limite des sommes disponibles et s'opère chaque année sans que les salariés ou les anciens salariés puissent revendiquer un droit au renouvellement.

Solidarité intergénérationnelle

Considérant l'objectif de solidarité intergénérationnelle évoqué ci-avant, le fonds de solidarité est utilisé prioritairement pour limiter la cotisation appelée auprès des retraités couverts au titre des contrats visés au point 7.3 ci-dessus.

Action sociale

Ce fonds permet également le versement d'aides à caractère exceptionnel aux salariés les plus défavorisés ou les plus en détresse selon des critères que la CPPNI définit. Les aides à caractère exceptionnel interviennent pour compléter des dépenses médicales

au-delà des prises en charge de la sécurité sociale et éventuellement du régime de frais de soins de santé conventionnel, sans pouvoir excéder les frais réels exposés par les salariés et dans les conditions prévues par la réglementation sur les contrats frais de santé responsables.

Les aides possèdent le caractère de secours, c'est-à-dire exceptionnel, individuel, en fonction des besoins du salarié et sans condition d'ancienneté, de position hiérarchique, d'assiduité.

Les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale sont déterminées par la CPPNI, en prenant en compte, le cas échéant, les objectifs d'amélioration de la santé définis dans le cadre de la politique de santé.

Prévention santé

Les métiers de la Boucherie générant une activité physique importante, le fonds est également destiné à financer les actions de prévention décidées par la commission paritaire.

Ces actions de prévention sont déterminées par la CPPNI, en prenant en compte, le cas échéant, les objectifs d'amélioration de la santé définis dans le cadre de la politique de santé. Elles ont pour objectif d'améliorer les taux de fréquence et de gravité des sinistres et de contribuer à l'accès à l'emploi par la préservation de l'intégrité physique et psychique des salariés.

Les partenaires sociaux estiment qu'un suivi de santé régulier permet de limiter les sinistres et les arrêts de travail. Les salariés bénéficiaires du régime peuvent ainsi demander à bénéficier de la prise en charge de 4 actes supplémentaires d'acupuncture, chiropractie et ostéopathie pratiqués par un praticien inscrit auprès d'une association agréée par année civile (soit à compter du quatrième acte et jusqu'au septième acte par année civile).

Par ailleurs, considérant que l'adoption précoce de gestes et postures appropriés est importante pour la préservation de l'intégrité physique, la CPPNI a décidé d'orienter la campagne de prévention 2020 vers les apprentis dans un double objectif de réduction des risques par la prévention et de réduction des conséquences des éventuels sinistres par la sensibilisation aux gestes de premiers secours.

Les actions suivantes ont ainsi été décidées :

- Prévention des risques professionnels en Boucherie :

Intervention de professionnels de santé dans des Centres de Formation et d'Apprentissage (CFA) pour sensibiliser les apprentis en boucherie sur la prévention des Troubles Musculosquelettiques, l'importance du port des équipements de protection (EPI) et sur la prévention dans la réalisation des gestes

métier dans les situations à risques spécifiques. Les dates et lieux d'intervention sont décidées par la CPPNI.

Elaboration et diffusion d'outils de sensibilisation à la prévention des risques professionnels : livrets de prévention remis aux apprentis.

- La sensibilisation aux gestes de premiers secours.

Intervention de formateurs secouristes agréés dans des Centres de Formation et d'Apprentissage (CFA) pour sensibiliser les apprentis en boucherie aux gestes de premiers secours notamment en cas d'accidents liés à des risques professionnels. Les dates et lieux d'intervention sont décidées par la CPPNI.

Outils de sensibilisation aux gestes de premiers secours : plateforme en ligne.

7.4. Contrôle

La commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) contrôle la mise en œuvre des mesures de solidarité par les organismes auprès desquels les entreprises organisent la couverture de leurs salariés.

A cet effet, l'organisme assureur transmet chaque année à l'entreprise un rapport sur la mise en œuvre des éléments de solidarité ou intègre les informations relatives à la mise en œuvre des éléments de solidarité dans le rapport annuel sur les comptes du contrat prévu par l'article 15 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989. Les entreprises de la branche transmettent ces rapports à la CPPNI avant le 31 décembre de chaque année :

- par voie postale, à l'adresse suivante : commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la branche de la boucherie : 98, boulevard Pereire, 75850 Paris Cedex 17 ;
- sous format numérique, à l'adresse suivante : cppni.idcc992@boucherie-france.org.

8. Organisme assureur

Les entreprises organisent l'application intégrale du dispositif conventionnel par la souscription de contrats d'assurance. A cet effet, les contrats font expressément référence aux présentes dispositions conventionnelles et mettent en œuvre les garanties et l'ensemble des mesures de solidarité.

9. Comité paritaire de suivi et de gestion

Un comité paritaire de suivi et de gestion du régime est constitué sous forme d'association entre les représentants des organisations syndicales de salariés et d'employeurs représentatives au sein de la convention collective nationale de la

boucherie, boucherie-charcuterie, boucherie hippophagique, triperie, commerce de volailles et gibiers du 12 décembre 1978, étendue par arrêté du 15 mai 1979.

Ce comité a pour vocation d'assister la CPPNI dans le cadre du pilotage du régime au mieux des intérêts des salariés et entreprises de la branche.

Il fonctionne grâce à une indemnité égale à 2 % des cotisations prévues au point 5 notamment pour :

- préparer les travaux de la CPPNI tant en ce qui concerne les négociations, que le suivi du régime et l'examen des contrats et conventions transmis chaque année par les entreprises ;
- organiser l'information des entreprises et des salariés pour la mise en œuvre du régime
- couvrir ses frais de fonctionnement (déplacements, salaires, secrétariat) ;
- former et informer les négociateurs paritaires.

Les modalités de fonctionnement de ce comité sont détaillées aux statuts de l'association susmentionnée.

10. Prééminence des stipulations de la convention collective de branche

Conformément aux dispositions de l'article L.2253-1 du code du travail, les présentes stipulations prévoyant des garanties collectives complémentaires présentant un degré élevé de solidarité prévalent sur celles des conventions d'entreprise, sauf lorsque la convention d'entreprise assure des garanties au moins équivalentes. L'appréciation du caractère équivalent des garanties inclut l'ensemble des mesures de solidarité qui sont un élément essentiel du régime.

Les présentes stipulations se substituent à compter de leur entrée en vigueur à toutes les décisions unilatérales ayant le même objet.

Article II : entrée en vigueur - dépôt

Compte tenu de la taille des entreprises de la branche et de l'objet du présent avenant qui met en œuvre des garanties collectives identiques pour l'ensemble des salariés, il n'y a pas lieu de prévoir de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Le présent avenant fera l'objet d'un dépôt dans les conditions prévues aux articles L2231-6, D2231-2, D2231-3, D2231-7 et D2231-8 du Code du travail et d'une demande d'extension dans les conditions fixées à l'article L2261-15 dudit Code. Il entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Fait à Paris, le 4 décembre 2019

PM
AB
JK

Organisation syndicale d'employeurs :

CFBCT - Confédération française de la boucherie, boucherie-charcuterie, traiteurs - 98 boulevard Pereire 75850 Paris cedex 17



Organisations syndicales de salariés :

FGTA -FO - Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes- 15 avenue Victor Hugo 92170 Vanves

Didier PIEDY



FNAF-CGT -Fédération Nationale agro-alimentaire et Forestière CGT- 263 rue de Paris -case 428- 93514 Montreuil Cedex



FSC-UNSA-Fédération commerces et services -union nationale des syndicats autonomes -21 rue Jules Ferry 93177 Bagnolet cedex

P/O Fatima HIRAKI
Nicolas Braquet



CFTC-CSFV - Fédération Commerce, Services, Force de vente- 34 quai de la Loire 75019 Paris

J. CAIRONI

