

**Avenant n°32
relatif au régime des frais de soins de santé
de la Convention Collective Nationale des Activités Industrielles de Boulangerie et
Pâtisserie
(Brochure n° 3102- IDCC n°1747)**

Article 1 : Objet de l'avenant

A compter du 1^{er} janvier 2021 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.

Article 2 : Modification

L'article 128.1 « garanties » de la Convention Collective Nationale des Activités Industrielles de Boulangerie et Pâtisserie est modifié selon les nouvelles modalités décrites ci-dessous.

• **128.1. Garanties**

A 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 :

TABLEAU DES GARANTIES FRAIS DE SANTE

**Convention Collective Nationale des Activités Industrielles de
Boulangerie et Pâtisserie
(IDCC 1747)**

ABREVIATIONS :

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

CCAM : Classification commune des actes médicaux

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

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

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

€ : Euro

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

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

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

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

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 –

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.

HOSPITALISATION

NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		130 % BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	250 % BR	
Actes d'anesthésie (ADA)		200 % BR	
Actes techniques médicaux (ATM)		200 % BR	
Autres honoraires		200 % BR	
Chambre particulière		28 €	
Frais d'accompagnement			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		35 €	

TRANSPORT

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

SOINS COURANTS

NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :			
► Remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	100 % BR	
	Non adhérents DPTM :	100 % BR	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	100 % BR	
	Non adhérents DPTM :	100 % BR	
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM :	100 % BR	
	Actes techniques médicaux (ATM)	Non adhérents DPTM :	100 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Adhérents DPTM :	100 % BR	
	Actes d'échographie (ADE)	Non adhérents DPTM :	100 % BR
► Non remboursés SS			
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		35 € par acte limité à 4 actes par année civile	
Densitométrie osseuse		Néant	
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire			

Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	100% BR
Médicaments :	
▶ Remboursés SS	100 % BR
▶ Non remboursés SS	Néant
Contraception	Crédit annuel par bénéficiaire de 1% du PMSS
Forfait automédication avec facture et sans prescription : fluidifiant bronchique, traitement des affections de la gorge, des inflammations et de la douleur, décongestionnant nasal et oropharynx	Néant
Pharmacie (hors médicaments) :	
▶ Remboursée SS Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits	100 % BR
▶ Non remboursée SS	
- - Vaccins:	Forfait de 50 € par an et par bénéficiaire (sur présentation prescription et facture)
Sevrage tabagique	Crédit de 1 % du PMSS par année civile
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % BR + crédit de 1000 € 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	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives	100 % BR + crédit de 1000 € par année civile	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100 % BR	
A COMPTER DU 01.01.2021 :		
Equipements 100 % Santé (**):		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} 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 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		
Equipements libres (****):		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	225 % BR (***)	
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)	120 % BR (***)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100 % BR	

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) 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).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
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	100 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	200 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	200 % BR dans la limite des HLF	
► Panier libre (***)		
Inlay, onlay	100 % BR	

Inlay core	200 % BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	200 % BR
Soins	
▪ Consultation de dépistage gratuite en 2021	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR
Autres actes dentaires remboursés SS	
Orthodontie remboursée SS	180 % 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	100% BR
Parodontologie	Néant
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Crédit de 200 € par année civile
Orthodontie	110 % 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	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de classe A (quel que soit l'âge) (**)		
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	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 (quel que soit l'âge) (**)	85 €	
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
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-	100 % BR dans la limite des PLV	

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 + 5 % PMSS par an
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	7 % PMSS par an
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 7 % du PMSS par année civile et par oeil

(*) 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 « verres de classe B »

VERRES UNIFOCALX / MULTIFOCALX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)
			Adulte et enfant de 16 ans et +
UNIFOCALX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	85
		SPH < à -6 ou > à + 6	85
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	85
		SPH > 0 et S ≤ + 6	85
		SPH > 0 et S > + 6	85
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	85
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	85
Sphériques	SPH de - 4 à + 4	85	
	SPH < à -4 ou > à + 4	85	
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	85

PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	SPH > 0 et S ≤ + 8	85
	SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	85
	SPH > 0 et S > + 8	85
	SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	85

(1) (*) 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	Néant
Frais de voyage et hébergement	Néant
Fécondation in vitro	Néant
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 100 €
Téléconsultation	
Téléconsultation médicale	Néant
Garantie Assistance	
Assistance	Néant

(2)

(3) -

(4) 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.

(5)

- i. Audiométrie vocale dans le bruit
 - ii. Audiométrie tonale et vocale
 - iii. Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie
- b. Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans
- c. 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.

(6) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

(7) GRILLE OPTIQUE

Adulte (> ou = 18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	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 / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	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 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2.5% du PMSS	
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	2.5% du PMSS	
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté		Cylindre < à 4	de -6 à +6	2.5% du PMSS	
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté			< à -6 et > à +6	2.5% du PMSS	
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	2.5% du PMSS	
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > 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	2.5% du PMSS
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} janvier 2021.

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 accusé 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 accusé 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 santé dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective et ce quel que soit l'effectif de leur entreprise.

Fait à Paris en 7 exemplaires, le 12 février 2021

FEDERATION DES ENTREPRISES DE BOULANGERIE ET PATISSERIE
FRANCAISES

FEDERATION GENERALE AGROALIMENTAIRE C.F.D.T.

FEDERATION NATIONALE AGROALIMENTAIRE – C.F.E. - C.G.C.

FEDERATION GENERALE DES TRAVAILLEURS DE L'AGRICULTURE DE
L'ALIMENTATION, DES TABACS ET DES SECTIONS CONNEXES – F.G.T.A. –
F.O.

FEDERATION NATIONALE AGROALIMENTAIRE ET FORESTIERE – F.N.A.F. -
C.G.T.