

**AVENANT N° 95 DU 28/10/ 2011, RELATIF A LA MODIFICATION DU REGIME FRAIS DE SANTE  
INSTAURE PAR L'AVENANT N°84 DU 28 AVRIL 2008,  
A LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES COMMERCES DE DÉTAIL DES FRUITS ET  
LÉGUMES, ÉPICERIE, PRODUITS LAITIERS DU 15 AVRIL 1988**

Entre, d'une part :

- La Fédération Nationale des Détaillants en Produits Laitiers (FNDPL)
- La Fédération Nationale de l'Épicerie (FNDE)
- L'Union Nationale des Syndicats de Détaillants en Fruits, Légumes et Primeurs (UNFD)

et, d'autre part,

- La Fédération des Services CFDT
- La Fédération des syndicats CFTC, Commerce, Services et Force de vente
- La Fédération Générale des Travailleurs de l'Agriculture, de l'Alimentation, des Tabacs et Activités Annexes (FO)
- La Fédération Nationale Agro-alimentaire (CFE-CGC)
- La Fédération (CGT) Commerce, Distribution et Services

### **Préambule**

Le présent avenant modifie l'article 10 et améliore les garanties mentionnées à l'annexe de l'avenant n°84 du 28 avril 2008 de la Convention Collective Nationale des commerces de détail de fruits et légumes, épiceries et produits laitiers.

### **ARTICLE 1**

L'article 10 « Cessation des garanties » de l'avenant n°84 du 28 avril 2008 est rédigé comme suit afin de préciser l'articulation entre le dispositif de portabilité des droits et les dispositions de l'article 4 de la loi EVIN :

« Article 10 – Cessation des garanties

Pour le salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise ou, en cas de maintien des droits au titre de l'article 4 Bis du présent régime, le dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire cesse d'être garanti.

*AS*  
*CF* *8V*  
*PP* *LE*  
P.1

A titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittées, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail.

Dans le respect de 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, l'organisme assureur désigné 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, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

Dans l'attente de la révision de l'article 4 de la Loi EVIN demandée par les signataires de l'A.N.I du 11 janvier 2008, les anciens salariés visés par l'article 4 bis du présent régime disposent de leur période de portabilité pour demander à bénéficier des dispositions de l'article 4 de la Loi EVIN. La garantie prendra effet au plus tôt à l'issue de la période prise en charge au titre du dispositif de portabilité.

Les anciens salariés qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation auprès de l'organisme assureur désigné.

La cotisation retenue est égale à 125% de la cotisation des actifs prévue à l'article 5 du régime de remboursement de frais de soin de santé.

La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Pour les ayants droit d'un salarié décédé ayant bénéficié de la gratuité prévue à l'article 4 de l'avenant n°84 du 28 avril 2008, le bénéfice du maintien de couverture définit ci-dessus en application de l'article 4 de la loi n°89 – 1009 du 31 décembre 1989 prendra effet à l'issue de leur période de gratuité, sous réserve qu'ils en fassent expressément la demande.

Handwritten notes and signatures in blue ink at the bottom right of the page, including the initials "GP", "FV", "B", "LW", and "P", along with the page number "p.2".

## ARTICLE 2

L'annexe de l'avenant n°84 du 28 avril 2008 est rédigée comme suit afin de prendre en compte l'amélioration des garanties (en gras dans le tableau) :

<b>POSTES</b>	<b>PRESTATIONS Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE</b>
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>	
• <b>Frais de séjour</b>	<b>175% de la Base de Remboursement</b>
• <b>Honoraires : Actes de chirurgie (ADC), • Actes d'anesthésie (ADA), Autres honoraires</b>	<b>175% de la Base de Remboursement</b>
• <b>Chambre particulière (1) en secteur conventionné</b>	<b>55€ par jour</b>
• Forfait hospitalier engagé	100 % des frais réels dans la limite de la législation en vigueur
• <b>Frais d'accompagnement (enfant à charge de moins de 16 ans sur présentation d'un justificatif)</b>	<b>35€ par jour</b>
• Transport (accepté par la SS)	100% de la Base de Remboursement
<b>Consultations et visites</b>	
• <b>Consultation et visite de généraliste (2)</b>	<b>155% de la Base de Remboursement</b>
• <b>Consultation et visite de spécialiste (2)</b>	<b>175% de la Base de Remboursement</b>
• <b>Actes de chirurgie (ADC), • Actes techniques médicaux (ATM)</b>	<b>175% de la Base de Remboursement</b>
<b>Auxiliaires médicaux</b>	100% de la Base de Remboursement
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
• Analyses, actes de biologie et prélèvements	100% de la Base de Remboursement
<b>Actes de radiologie</b>	
• Actes d'imagerie médicale (ADI) • Actes d'échographie (ADE)	100% de la Base de Remboursement
<b>Pharmacie</b>	
• Vignette blanche et vaccins remboursés • Vignette bleue • Vignette orange	100% de la Base de Remboursement
<b>Dentaire en secteur conventionné</b>	
• Soins dentaires (hors inlay et onlay)	100% de la Base de Remboursement
• Inlay simple et onlay	325% de la Base de Remboursement
• Inlay core et inlay à clavettes	325% de la Base de Remboursement
• Prothèses dentaires remboursées par la SS	325% de la Base de Remboursement
• Prothèses dentaires non remboursées par la SS	325% de la Base de Remboursement
• Orthodontie acceptée par la SS	250% de la Base de Remboursement
• Orthodontie refusée par la SS	150% de la Base de Remboursement
• Implants	Crédit de 800€ par année civile et par bénéficiaire

AS  
GP  
FV  
CG  
JTT p.3

POSTES	PRESTATIONS Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE
<b>Optique (par bénéficiaire)</b>	
• Monture	Remboursement Sécurité Sociale + Crédit de 110€ par année civile
• <b>Verres unifocaux simples(3)</b>	<b>Remboursement Sécurité Sociale + 75€ par verre limité à 2 verres par année civile</b>
• Verres unifocaux complexes (4)	Remboursement Sécurité Sociale + 140€ par verre limité à 2 verres par année civile
• Verres multifocaux ou progressifs simples(5)	Remboursement Sécurité Sociale + 140€ par verre limité à 2 verres par année civile
• Verres multifocaux ou progressifs complexes(6)	Remboursement Sécurité Sociale + 200€ par verre limité à 2 verres par année civile
• Lentilles acceptées par la SS	Remboursement Sécurité Sociale + Crédit de 150€ par année civile
• Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 150€ par année civile
• <b>Chirurgie réfractive dont kératotomie (correction de la myopie par laser)</b>	<b>Crédit de 500€ par œil et par année civile</b>
<b>Prothèses non dentaires (acceptées par la SS)</b>	
• Prothèses auditives	Remboursement Sécurité Sociale + Crédit de 800€ par année civile et par bénéficiaire
• Orthopédie et autres prothèses	Remboursement Sécurité Sociale + Crédit de 500€ par année civile et par bénéficiaire
<b>Cure thermique (remboursée par la SS)</b>	
• Honoraires et frais de traitement	100% de la Base de Remboursement
• Frais de voyage et d'hébergement	200€ limité à une intervention par année civile et par bénéficiaire
<b>Actes hors nomenclature</b>	
• Acupuncture, chiropractie et ostéopathie (intervention dans le cadre d'un praticien inscrit auprès d'une association agréée)	30€ par consultation limitée à 4 consultations par année civile et par bénéficiaire.
<b>Prévention (décret 2005-1226 du 29 septembre 2005 et de ses arrêtés subséquents)</b>	
• Voir détails (8)	100% de la Base de Remboursement
<b>Maternité (7)</b>	
• Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (dans la limite des frais réels)	300€

(1) dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.

(2) Y compris déplacements et majorations (nuit /jour férié)

(3) Verres unifocaux simples : LPP 22 61874 - 22 42457 – 22 00393 – 22 70413 – 22 03240 – 22 87916 – 22 59966 – 22 26412

(4) Verres unifocaux complexes : LPP 22 43540 – 22 97441 -22 43304 – 22 91088 – 22 73854 – 22 48320 – 22 83953 – 22 19381 – 22 38941 – 22 68385 – 22 45036 – 22 06800 – 22 82793 – 22 63459 – 22 80660 – 22 65330 – 22 35776 – 22 95896 – 22 84527 – 22 54868 – 22 12976 – 22 52668 – 22 88519 – 22 99523

(5) Verres multifocaux ou progressifs simples : LPP 22 59245 – 22 64045 – 22 40671 – 22 82221 – 22 90396 – 22 91183 – 22 27038 – 22 99180

(6) Verres multifocaux ou progressifs complexes : LPP 22 38792 – 22 02452 – 22 34239 – 22 59660 – 22 45384 – 22 95198 – 22 02239 – 22 52042

Handwritten notes and signatures in blue ink, including initials like 'Y', 'P', 'GP', 'FV', 'L6', and 'P', along with the text 'JAN p.4'.

(7) Le forfait maternité est versé en cas de naissance d'un enfant du participant (viable ou mort-né). Son montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'évènement. Le forfait maternité du participant 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.

(8) Détail des actes de Prévention suite au décret 2005-1226 du 29 septembre 2005 et de ses arrêtés subséquents) :

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risque carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en deux séances maximum (SC12).
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale (CDQP010), audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015), audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011), audiométrie tonale et vocale (CDQP012), audiométrie tonale et vocale tympanométrie (CDQP002).
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite et ce quel que soit l'âge, de la coqueluche avant 14 ans, de l'hépatite B avant 14 ans, du BCG avant 6 ans, de la rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, de l'Haemophilus influenzae B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

### **ARTICLE 3 – Date d'effet**

Le présent avenant prendra effet le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

### **ARTICLE 4 – Formalités administratives**

Le présent avenant fera l'objet d'un dépôt auprès des services centraux du ministre chargé du travail et au Greffe du Conseil de Prud'hommes de Paris.

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, son extension et ce en application de l'article L. 911-3 du Code de la Sécurité sociale.

S  
M  
GP  
NP  
FU  
GO  
JMR p.5

L'Union Nationale des Syndicats de Détaillants en Fruits, Légumes et Primeurs (UNFD) est chargée des formalités nécessaires.

Fait à Paris en 10 exemplaires, le 28 octobre 2011

z  
no GP FU  
DD G  
JON p.6

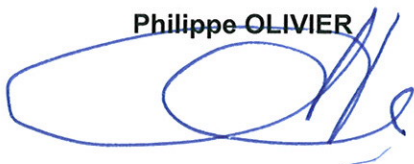
**La Fédération Nationale de l'Épicerie (FNDE)**  
5 rue des Reulettes – 75013 PARIS

**Claude BOISSEAU**



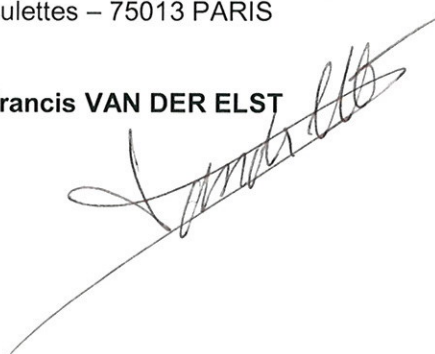
**La Fédération Nationale des Détaillants en Produits Laitiers (FNDPL)**  
5 rue des Reulettes – 75013 PARIS

**Philippe OLIVIER**



**L'Union Nationale des Syndicats de Détaillants en Fruits, Légumes et Primeurs (UNFD)**  
5 rue des Reulettes – 75013 PARIS

**Francis VAN DER ELST**



**La Fédération des Services CFDT**  
14 rue Scandicci – Tour Essor – 93508 PANTIN

**Mireille MUNOZ**



**La Fédération des Syndicats CFTC – CSFV**  
251 rue du Fg Saint Martin – 75010 PARIS

**Joël CHIARONI**



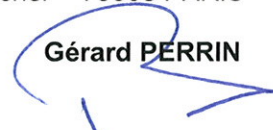
**La Fédération Générale des travailleurs de l'Agriculture, de l'Alimentation, des Tabacs et Activités Annexes (FO)**  
7 Passage Tenaille – 75680 PARIS Cedex 14

**Didier PIEUX**



**La Fédération Nationale Agroalimentaire (CGC Agro – alimentaire)**  
59/63 rue du Rocher – 75008 PARIS

**Gérard PERRIN**



**La Fédération CGT Commerce, Distribution et Services**  
263 rue de Paris – 93154 MONTREUIL

**Elisabeth CHARTIER**

