

Brochure n° 3262

**Convention collective nationale**

**IDCC : 1621. – RÉPARTITION PHARMACEUTIQUE**

ACCORD DU 12 JANVIER 2016

RELATIF À LA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ ET À LA PRÉVOYANCE

NOR : ASET1650280M

IDCC : 1621

PRÉAMBULE

Le présent accord constitue un accord de révision à l'accord professionnel de prévoyance du 8 mars 1994 et à ses avenants de révision.

Il annule et remplace toutes les dispositions contenues dans les accords et avenants précédemment signés.

Il garantit aux salariés des entreprises relevant de la convention collective de la répartition pharmaceutique, dès le premier jour de leur contrat de travail, le bénéfice d'un régime complémentaire collectif frais de santé couvrant les risques maladie, chirurgie, maternité et d'un régime collectif de prévoyance couvrant les risques décès, incapacité et invalidité.

PARTIE 1

CADRE GÉNÉRAL

**Article 1<sup>er</sup>**

*Assureurs recommandés*

Une procédure de mise en concurrence a été réalisée dans la branche durant l'année 2015, afin de procéder à une recommandation pour les régimes frais de santé et prévoyance.

Suite à cette procédure, les partenaires sociaux de la branche de la répartition pharmaceutique ont décidé de recommander, pour une période minimale de 3 ans et maximale de 5 ans, par une décision du 21 octobre 2015, l'offre commune d'APGIS et Allianz.

Cette recommandation est basée sur une offre commune APGIS/Allianz. L'APGIS assurera la couverture des risques maladie, chirurgie, maternité du régime frais de santé et Allianz assurera celle des risques incapacité, invalidité et décès du régime prévoyance.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'APGIS est nommé gestionnaire unique des régimes frais de santé et prévoyance, Allianz lui déléguant la gestion du régime prévoyance pour la durée de la recommandation.

Les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective de la répartition pharmaceutique n'ont pas l'obligation de contracter avec les organismes recommandés. Elles doivent, par contre, offrir à leurs salariés un niveau de garanties minimales égal à celui prévu par la branche dans le présent accord, pour les régimes frais de santé et prévoyance, avec des taux de cotisation à la charge du salarié ne dépassant pas ceux fixés dans le présent accord, à garanties identiques.

A contrario, les assureurs recommandés ne peuvent refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de l'accord. Ils sont tenus d'appliquer les cotisations prévues dans le présent accord et d'offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les salariés concernés (hors régimes surcomplémentaires d'entreprise éventuels).

Cette recommandation se faisant dans le cadre d'une offre commune, l'adhésion ou la non-adhésion d'une entreprise se fait pour les deux régimes, simultanément. Il n'est donc pas possible pour une entreprise d'adhérer à l'un des deux régimes de la branche (frais de santé avec APGIS ou prévoyance avec Allianz) sans adhérer à l'autre.

## **Article 2**

### *Définition des cadres et des non-cadres*

Les partenaires sociaux conviennent que les catégories professionnelles cadres et non-cadres, mentionnées dans le présent accord, s'entendent comme suit :

- cadres : salariés relevant des dispositions des articles 4 et 4 *bis* de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe de cette convention ;
- non-cadres : ensemble des autres salariés.

## **Article 3**

### *Cadre général des cotisations*

Les cotisations (taux contractuel et taux d'appel), rappelées aux articles 6 et 9 du présent accord, pourront évoluer en fonction des nécessités d'équilibre du régime frais de santé et du régime prévoyance, ainsi que de l'évolution de la législation.

Un taux d'appel peut être décidé, pour tout ou partie des risques santé et prévoyance, par le comité paritaire de gestion prévu à l'article 11 du présent accord et en concertation avec l'organisme assureur, en fonction des résultats techniques soit du régime, soit d'un ou plusieurs des risques considérés. Le taux d'appel est plafonné à plus ou moins 10 % du taux contractuel. L'application du taux d'appel n'emporte pas modification de l'accord, par rapport au taux mentionné dans les deux articles précités.

Les cotisations sont calculées sur le salaire brut tel que défini dans les contrats d'assurance de mise en œuvre de l'accord, et sont limitées aux tranches A et B du plafond annuel de la sécurité sociale.

Le taux minoré en Alsace-Moselle pour le régime frais de santé se justifie par le régime local, qui prévoit une indemnisation supérieure de la part de la sécurité sociale et donc par conséquent un remboursement moindre du régime complémentaire.

Les niveaux de cotisations diffèrent en fonction des catégories professionnelles, cela se justifiant par l'expression des cotisations en pourcentage du salaire brut, et en fonction des salaires moyens de chaque catégorie.

PARTIE 2  
RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

**Article 4**  
*Bénéficiaires*

**Article 4.1**  
*Affiliation des salariés*

Les salariés bénéficient du régime dès leur premier jour d'embauche. Aucune condition d'ancienneté n'est requise.

Par ailleurs, en dehors des dispositions légales de dispense d'affiliation, la branche de la répartition pharmaceutique ne prévoit pas d'autres dispositifs de dispense d'affiliation.

Un assuré cesse d'être garanti à la date de suspension de son contrat de travail. Toutefois, dans certains cas, les salariés dont le contrat de travail est suspendu continuent à bénéficier du régime frais de santé.

4.1.1. Salariés dont le contrat de travail est suspendu  
mais bénéficiant du maintien du régime

Les salariés restent bénéficiaires du régime frais de santé en cas de suspension de leur contrat de travail pour cause de maternité, maladie (professionnelle ou non professionnelle) ou accident (professionnel ou non professionnel), pour la durée de la suspension et tant qu'ils sont inscrits aux effectifs de l'entreprise, et cela exclusivement pour la période au titre de laquelle ces salariés bénéficient :

- d'un maintien de salaire, total ou partiel ;
- ou d'indemnités journalières complètes du régime obligatoire ;
- ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par le souscripteur, qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

De même, les salariés présents aux effectifs d'une entreprise adhérant au régime et percevant une rente d'invalidité ou d'incapacité sont également maintenus au bénéfice des garanties.

4.1.2. Salariés dont le contrat de travail est suspendu  
et ne bénéficiant pas du maintien des garanties du régime

Les garanties sont suspendues de plein droit dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé sans solde).

Néanmoins, dans ces derniers cas, ces salariés ont la possibilité, moyennant une cotisation entièrement à leur charge, d'adhérer à titre individuel. Cette cotisation est définie aux articles 6.1 ou 6.2 (en fonction du statut du salarié), ces derniers devant s'acquitter du versement de la part employeur et de la part salarié.

Ils bénéficieront ainsi des garanties qui leur étaient applicables en tant qu'actifs. Ce maintien est possible pendant toute la durée des congés considérés :

- sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la prise de congé ;
- pendant 24 mois au plus pour les congés sans solde ;
- et à condition que les intéressés aient toujours droit aux prestations en nature de la sécurité sociale.

**Article 4.2**  
*Anciens salariés*

Les anciens salariés peuvent bénéficier du maintien des garanties du régime frais de santé, dans les conditions décrites ci-dessous.

#### 4.2.1. Maintien gratuit des garanties en cas de rupture du contrat de travail

Le salarié bénéficiaire du régime et ses ayants droit affiliés à titre obligatoire bénéficient gratuitement du maintien des garanties frais de santé, pendant 6 mois à compter du terme du contrat de travail du salarié (préavis effectué ou non), sous réserve que ce dernier :

- ait cotisé pendant une durée supérieure à 6 mois au présent régime d'une façon continue ou discontinue dans une ou plusieurs entreprises relevant du champ d'application de la convention collective ;
- soit inscrit à Pôle emploi à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ;
- perçoive une indemnisation par l'assurance chômage, et ce quelle que soit la durée de cette indemnisation, ou soit inscrit à un congé de reclassement ou un contrat de sécurisation professionnelle.

Est concerné :

- le salarié licencié ;
- le salarié ayant adhéré à un congé de reclassement ou un contrat de sécurisation professionnelle, en application des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles en vigueur ;
- le salarié démissionnaire, dont la démission a été reconnue comme légitime par Pôle emploi.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la portabilité, telle que décrite à l'article 4.2.2 du présent accord, mais intervient sous déduction de cette dernière.

#### 4.2.2. Rupture ou fin de contrat de travail ouvrant droit à la portabilité

L'ancien salarié éligible à la portabilité bénéficie d'un maintien des garanties frais de santé, à titre gratuit, pour une durée égale à celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois et, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois.

L'ancien salarié est éligible à la portabilité s'il justifie cumulativement :

- de la cessation de son contrat de travail (non consécutive à une faute lourde) ;
- de l'ouverture de ses droits à couverture dans l'entreprise, avant la cessation de son contrat de travail ;
- de l'ouverture de ses droits à Pôle emploi.

Les garanties maintenues sont celles définies dans le régime et suivront, s'il y a lieu, l'évolution des garanties des salariés actifs de l'entreprise dans laquelle il était salarié.

Les ayants droit, tels que définis dans le présent accord à l'article 4.3, couverts en tant qu'ayants droit à la date de cessation du contrat de travail, bénéficient également du maintien des garanties, et ce tant que l'ancien salarié ouvre droit à la portabilité.

#### 4.2.3. Titulaires d'une rente d'incapacité, d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'un revenu de remplacement ; ayants droit du salarié en cas de décès de ce dernier

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les anciens salariés qui bénéficient :

- d'une rente d'incapacité ou d'invalidité de la sécurité sociale ;
- ou d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire d'assurance vieillesse ;
- ou d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi,

peuvent conserver les garanties frais de santé dont ils bénéficiaient, pour eux-mêmes et leurs ayants droit tels que définis à l'article 4.3 du présent accord, à l'issue de la cessation de leur contrat de travail et, éventuellement, de la période de portabilité (art. 4.2.2) ou de maintien gratuit des garanties (art. 4.2.1) lorsqu'elle s'applique, moyennant le paiement des cotisations correspondantes, telles que définies à l'article 6.4 du présent accord.

Cette possibilité est ouverte à condition :

- qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la fin des garanties antérieures, ou après la période de portabilité des droits ;
- qu'ils adhèrent à titre individuel au régime des anciens salariés de la répartition pharmaceutique.

Les ayants droit d'un salarié décédé, tels que définis dans le présent accord à l'article 4.3, peuvent également demander le maintien de la couverture dont ils bénéficiaient par l'intermédiaire du salarié décédé.

Dans ce cas, les ayants droit bénéficient du maintien des garanties pendant une durée de 12 mois à compter du décès du salarié, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès et sous réserve de paiement par le conjoint à charge, tel que défini à l'article 4.3.2 du présent accord, de la cotisation « conjoint à charge au sens de la sécurité sociale » telle que définie à l'article 6.3 du présent accord.

Les ayants droit, tels que définis dans le présent accord à l'article 4.3, qui conservent le numéro d'immatriculation du salarié décédé peuvent bénéficier sans limitation de durée du régime sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès du salarié. Dans ce cas-là, l'intégralité de la cotisation définie à l'article 6.4 du présent accord est à leur charge.

#### 4.2.4. Invalidité de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> catégories

Les garanties maladie, chirurgie, maternité du régime frais de santé peuvent être assurées à ces personnes, à titre individuel, et moyennant le versement d'une cotisation personnelle telle que définie à l'article 6.4 du présent article.

L'organisme assureur leur adressera une proposition de maintien de la couverture frais de santé à titre individuel.

Elles devront en faire la demande :

- dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ;
- ou, si elles ont bénéficié de la portabilité, dans les 6 mois suivant l'issue du dispositif de portabilité.

#### 4.2.5. Démission. – Fin de période d'essai. – Fin de CDD

##### Fin de la période de portabilité

L'organisme assureur adressera aux anciens salariés relevant de ces situations une proposition de souscription à une assurance à titre individuel auprès du régime frais de santé leur permettant de conserver les mêmes garanties maladie, chirurgie, maternité, et moyennant le versement d'une cotisation personnelle telle que définie à l'article 6.4 du présent article.

S'ils ont bénéficié de la portabilité, ces anciens salariés auront un délai de 6 mois suivant l'issue du dispositif de portabilité pour en faire la demande.

### **Article 4.3**

#### *Ayants droit*

##### 4.3.1. Ayants droit affiliés à titre obligatoire

Les ayants droit affiliés à titre obligatoire sont définis comme étant :

- les enfants à charge du salarié ou de son conjoint au sens de la sécurité sociale ;
- les enfants du salarié ou de son conjoint, de moins de 27 ans poursuivant leurs études et, s'ils ont plus de 18 ans, immatriculés sous leur propre numéro de sécurité sociale. Dans ce cas, les remboursements sont effectués sous déduction des prestations perçues de leur mutuelle d'étudiants ;

- les enfants du salarié ou de son conjoint, inscrits sous leur propre numéro de sécurité sociale, sous contrat d'apprentissage ou bénéficiant des mesures en faveur de l'emploi dans le cadre des dispositions légales ou réglementaires en vigueur ;
- les enfants à charge du conjoint au sens de la sécurité sociale, dans le cas où le conjoint ne bénéficie pas pour eux d'un régime frais de santé. S'il bénéficie d'un tel régime, la garantie n'intervient qu'en déduction de ce régime ;
- les ascendants du salarié bénéficiant des prestations en nature du régime obligatoire au titre d'ayant droit du salarié ;
- les petits-enfants du salarié à charge au sens de la sécurité sociale ou de son conjoint ;
- les membres de la famille à charge du salarié, bénéficiaires de l'article 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.

#### 4.3.2. Ayants droit affiliés à titre optionnel

Les conjoints à charge du salarié, au sens de la sécurité sociale, peuvent être affiliés de façon optionnelle au régime frais de santé. Cette affiliation est faite de façon volontaire, en contrepartie du paiement direct d'une cotisation à l'assureur, telle que définie à l'article 6.3 du présent accord.

Les conjoints à charge du salarié, au sens de la sécurité sociale, sont définis comme étant :

- l'époux ou l'épouse légitime du salarié, même séparé de corps mais non divorcé, lorsque, non-salarié, il bénéficie des prestations en nature de la sécurité sociale, s'il est couvert par la sécurité sociale au titre d'ayant droit du salarié ;
- le concubin du salarié lorsque, non-salarié, il bénéficie des prestations en nature de la sécurité sociale, s'il est couvert par la sécurité sociale au titre d'ayant droit du salarié ;
- la personne avec laquelle le salarié est lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) lorsque, non-salarié, il bénéficie des prestations en nature de la sécurité sociale, s'il est couvert par la sécurité sociale au titre d'ayant droit du salarié.

En outre, le conjoint retraité du salarié, qui n'est donc plus à charge au sens de la sécurité sociale du fait de la liquidation de ses propres droits à la retraite, peut continuer à bénéficier du présent régime, aux conditions suivantes :

- avoir été couvert en tant qu'ayant droit au sens de la sécurité sociale du salarié au moment de l'adhésion de ce dernier ;
- s'acquitter directement auprès de l'assureur du versement intégral de la cotisation « adulte retraité » prévue à l'article 6.4 du présent accord.

### Article 4.4

#### *Adhésion optionnelle des mandataires sociaux*

Les entreprises adhérant au régime frais de santé et prévoyance de la branche de la répartition pharmaceutique ont la possibilité, par décision de leurs instances dirigeantes, de faire adhérer ou pas au régime frais de santé les mandataires sociaux de l'entreprise. L'adhésion au régime frais de santé des mandataires sociaux n'empêche pas l'adhésion obligatoire au régime prévoyance, sans décision prise expressément en ce sens par les instances dirigeantes de l'entreprise.

### Article 5

#### *Garanties*

#### Article 5.1

##### *Objet*

Cette garantie a pour objet d'assurer un remboursement complémentaire aux prestations en nature de la sécurité sociale et de tout autre organisme, ainsi que le versement d'une indemnité forfaitaire en cas de cure thermale.

Les prestations de frais de santé sont identiques, quelle que soit la catégorie à laquelle le salarié appartient.

## Article 5.2

### *Montant des remboursements accordés aux salariés cadres et non cadres*

PRESTATIONS	GARANTIES	
CONSULTATIONS ET VISITES		
Consultations	Conventionné et non conventionné	
	Adhérent au CAS (Contrat d'Accès aux Soins)	Non adhérent au CAS
Généraliste	100% de la Base de Remboursement Sécurité Sociale moins le remboursement de la Sécurité Sociale	
Spécialistes (dont professeur, neuropsychiatre, cardiologue, avis ponctuel de consultant)	170% de la Base de Remboursement Sécurité Sociale moins le remboursement de la Sécurité Sociale	150% de la Base de Remboursement Sécurité Sociale moins le remboursement de la Sécurité Sociale
DEPLACEMENTS ET MAJORATIONS		
Visites de nuit ou jour férié		
Auxiliaires médicaux	100% de la Base de Remboursement Sécurité Sociale moins le remboursement de la Sécurité Sociale	
Autres		

AUXILIAIRES MEDICAUX		
Auxiliaires médicaux	100% de la Base de Remboursement Sécurité Sociale moins le remboursement de la Sécurité Sociale	
ANALYSES ET PRELEVEMENTS		
Analyses et prélèvements	Conventionné et non conventionné	
	100% de la Base de Remboursement Sécurité Sociale moins le remboursement de la Sécurité Sociale	
PROTHESES AUDITIVES		
Prothèses auditives	210% de la Base de Remboursement Sécurité Sociale moins le remboursement de la Sécurité Sociale	
APPAREILLAGES / PROTHESES MEDICALES		
Autres que dentaires et auditives	175% de la Base de Remboursement Sécurité Sociale moins le remboursement de la Sécurité Sociale	
PHARMACIE		
Pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale	100% de la Base de Remboursement Sécurité Sociale moins le remboursement de la Sécurité Sociale	
ACTES DE SPECIALISTES		
Actes de spécialistes	Conventionné et non conventionné	
	Adhérent au CAS	Non adhérent au CAS
	345% de la Base de Remboursement moins le Remboursement de la Sécurité Sociale	200% de la Base de Remboursement moins le remboursement de la Sécurité Sociale
RADIOLOGIE		
Radiologie	Conventionné et non conventionné	
	Adhérent au CAS	Non adhérent au CAS
	100% de la Base de Remboursement Sécurité Sociale moins le remboursement de la Sécurité Sociale	



DENTAIRE		
Dentaire	Conventionné et non conventionné	
Chirurgie dentaire	100% de la Base de Remboursement Sécurité Sociale moins le remboursement de la Sécurité Sociale	
Soins dentaires hors inlays-onlays		
Inlays-onlays	Conventionné et non conventionné	
	310% de la Base de Remboursement Sécurité Sociale moins le remboursement de la Sécurité Sociale	
Prothèses dentaires <sup>(1)</sup>	Conventionné et non conventionné	
<i>remboursées par la Sécurité Sociale</i>	320% de la Base de Remboursement Sécurité Sociale moins le remboursement de la Sécurité Sociale	
<i>Non remboursées par la Sécurité Sociale</i>	250% de la Base de Remboursement	
Orthodontie	Conventionné et non conventionné	
<i>remboursées par la Sécurité Sociale</i>	350% de la Base de Remboursement Sécurité Sociale moins le remboursement de la Sécurité Sociale	
<i>Non remboursées par la Sécurité Sociale</i>	250% de la Base de Remboursement	
OPTIQUE DANS LE RESEAU DE SOINS <sup>(4)</sup>		
Majeurs <sup>(2)</sup>		
	Dans le réseau partenaire	Hors réseau partenaire
Verre simple <sup>(5)</sup>	100% des frais réels dans les limites du contrat responsable	Voir grille hors réseau ci-dessous (entre 60€ et 230€)
Verre complexe unifocal <sup>(5)</sup>		
Verre complexe multifocal <sup>(5)</sup>		
Verre hypercomplexe multifocal <sup>(5)</sup>		
Monture	60€	
Mineurs (moins de 18 ans) <sup>(2)</sup>		
Verre simple <sup>(5)</sup>	100% des frais réels dans les limites du contrat responsable	Voir grille hors réseau ci-dessous (entre 40€ et 150€)
Verre complexe unifocal <sup>(5)</sup>		
Verre complexe multifocal <sup>(5)</sup>		
Verre hypercomplexe multifocal <sup>(5)</sup>		
Monture	45€	
Lentilles		
Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale	70,13€ par paire (et au moins le ticket modérateur)	

HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE, Y COMPRIS LA MATERNITE		
Frais de séjour	Conventionné	
	200% de la Base de Remboursement Sécurité Sociale moins le remboursement de la Sécurité Sociale	
	Non conventionné	
	150% de la Base de Remboursement Sécurité Sociale moins le remboursement de la Sécurité Sociale	
Honoraires médicaux	Conventionné et non conventionné	
	Adhérent au CAS	Non adhérent au CAS
	200% de la Base de Remboursement Sécurité Sociale moins le remboursement de la Sécurité Sociale	180% de la Base de Remboursement Sécurité Sociale moins le remboursement de la Sécurité Sociale
Honoraires chirurgicaux	Adhérent au CAS	Non adhérent au CAS
	325% de la Base de Remboursement Sécurité Sociale moins le remboursement de la Sécurité Sociale	200% de la Base de Remboursement Sécurité Sociale moins le remboursement de la Sécurité Sociale
Chambre particulière	40€ par jour	
Forfait journalier hospitalier	100% des frais réels	
Transport du malade avec ou sans hospitalisation	100% de la Base de Remboursement moins la Sécurité Sociale	
CURES THERMALES		
Cures thermales acceptées par la Sécurité Sociale <sup>(3)</sup>	Indemnité forfaitaire de 3,66€ par jour, avec un maximum de 21 jours	
ACTES HORS NOMENCLATURE		
Ostéopathie	100% des frais réels, dans la limite de 25€ par séance, dans la limite de 3 séances par année civile et par bénéficiaire	

(1) Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale : sont **uniquement** concernées les couronnes sur dents vivantes.

(2) Limitation à un équipement « monture et verres » tous les 2 ans, sauf :

- prescription médicale justifiant d'une différence de correction : limitation à un équipement par période de 1 an,
- bénéficiaires mineurs : limitation à un équipement par période de 1 an.

(3) L'allocation est également versée pour les cures acceptées au titre de l'article 115 du Code des Pensions Militaires d'Invalidités et des Victimes de Guerre.

(3) À l'exclusion de tout autre remboursement pour lequel la Sécurité Sociale serait intervenue.

(4) Le tiers-payant en optique n'est possible que chez les opticiens appartenant au réseau de soins.

(5) Ces définitions des verres doivent respecter les définitions faites dans le cadre du Contrat Responsable.

GRILLE OPTIQUE HORS RESEAU (5)		
Verre unifocal		
Type de verre <sup>(5)</sup>	Majeurs <sup>(2)</sup>	Mineurs (moins de 18 ans) <sup>(2)</sup>
Verre simple de sphère 0 à 4 dioptries et cylindre inférieur ou égal à 2	60€	40€
Verre simple de sphère 0 à 4 dioptries et cylindre entre 2 et 4 dioptries  ou  de sphère 4,25 à 6 dioptries et cylindre inférieur ou égal à 4 dioptries	90€	55€
Verre simple de sphère 0 à 6 dioptries et cylindre supérieur à 4 dioptries  ou  de sphère 6,25 à 8 dioptries	140€	90€
Verre simple de sphère supérieur ou égale à 8,25 dioptries	200€	150€
Verre multifocal		
Type de verre <sup>(5)</sup>	Majeurs <sup>(2)</sup>	Mineurs (moins de 18 ans) <sup>(2)</sup>
Verre simple de sphère 0 à 4 dioptries et cylindre inférieur ou égale à 2	120€	150€
Verre simple de sphère 0 à 4 dioptries et cylindre entre 2 et 4 dioptries  ou  de sphère 4,25 à 6 dioptries et cylindre inférieur ou égal à 4 dioptries	140€	
Verre simple de sphère 0 à 6 dioptries et cylindre supérieur à 4 dioptries  ou  de sphère 6,25 à 8 dioptries	200€	
Verre simple de sphère supérieur ou égale à 8,25 dioptries	230€	

(2) Limitation à un équipement « monture et verres » tous les 2 ans, sauf :

- prescription médicale justifiant d'une différence de correction : limitation à un équipement par période de 1 an,
- bénéficiaires mineurs : limitation à un équipement par période de 1 an.

(4) Le tiers-payant en optique n'est possible que chez les opticiens appartenant au réseau de soins.

(5) Ces définitions des verres doivent respecter les définitions faites dans le cadre du Contrat Responsable.

Les garanties en optique dans le cadre du réseau de soins entreront en vigueur au 1<sup>er</sup> février 2016.

### Article 5.3

#### *Contrat responsable*

Les garanties du régime frais de santé sont conformes aux conditions des contrats dits « responsables », telles que définies au titre VII du livre VIII du code de la sécurité sociale et les dispositions y afférent.

En particulier, sont exclus de la prise en charge :

- la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins (absence de désignation du médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant) ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques lorsque le salarié ou un de ses ayants droit ne respectent pas le parcours de soins, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- la participation forfaitaire et les franchises médicales restant à la charge de l'assuré et prévues par l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

En revanche, les garanties sont conformes aux dispositions de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, notamment dans le cadre du parcours de soins et de l'équipement optique, et aux dispositions relatives au panier de soins minimum définies aux articles L. 911-7 et D. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Toute modification législative ou réglementaire ultérieure concernant le caractère responsable du contrat sera automatiquement appliquée au régime frais de santé, sans que la conclusion d'un avenant de révision au présent accord ne soit nécessaire. L'assureur devra informer le comité paritaire de gestion, prévu à l'article 11 du présent accord, des modifications nécessaires et de leurs modalités de mise en œuvre proposées.

### Article 5.4

#### *Actes de prévention*

Outre les garanties prévues au présent accord, la totalité du ticket modérateur de l'ensemble des actes de prévention de la liste des actions considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique et fixées par l'arrêté du 8 juin 2006 (publié au *Journal officiel* du 18 juin 2006) est prise en charge par l'assureur.

Les actes de prévention concernés sont :

1. Le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, 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 risques carieux et avant le 14<sup>e</sup> anniversaire ;
2. Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum ;
3. Un 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 14 ans ;
4. Le dépistage de l'hépatite B ;
5. Le dépistage, une fois tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
  - a) Audiométrie tonale ou vocale ;
  - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie ;
  - c) Audiométrie vocale dans le bruit ;
  - d) Audiométrie tonale et vocale ;
  - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.

6. Un acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'Assurance maladie, une fois tous les 6 ans, pour les femmes de plus de 50 ans.

7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

- a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
- b) Coqueluche : avant 14 ans ;
- c) Hépatite B : avant 14 ans ;
- d) BCG : avant 6 ans ;
- e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- f) *Haemophilus influenzae* B ;
- g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

## Article 6

### *Cotisations du régime frais de santé*

#### Article 6.1

##### *Taux de cotisation du régime des cadres*

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, le taux de cotisation destiné à couvrir les garanties maladie, chirurgie, maternité du régime frais de santé pour les salariés cadres est fixé à :

RÉGIME GÉNÉRAL		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
TA et TB	1,42 %	1,34 %

  

RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
TA et TB	0,95 %	0,90 %

La part prise en charge par l'entreprise est, au minimum, de 50 % de ces cotisations.

#### Article 6.2

##### *Taux de cotisation du régime des non-cadres*

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, le taux de cotisation destiné à couvrir les garanties, maladie, chirurgie-maternité du régime frais de santé pour les salariés non cadres est fixé à :

RÉGIME GÉNÉRAL		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
TA et TB	2,38 %	2,25 %

  

RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
TA et TB	1,61 %	1,52 %

La part prise en charge par l'entreprise est, au minimum, de 50 % de ces cotisations.

### Article 6.3

#### *Cotisation forfaitaire des conjoints à charge*

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, le conjoint à charge au sens de la sécurité sociale peut adhérer volontairement au régime, en contrepartie du versement d'une cotisation forfaitaire d'un montant mensuel de 20 €, qu'il verse directement à l'assureur.

La différence entre la cotisation d'équilibre pour les conjoints à charge, évaluée tous les ans par l'assureur, et la cotisation forfaitaire demandée sera prise en charge dans le cadre du haut degré de solidarité, tel que décrit à l'article 12.1 du présent accord, pour les conjoints à charge des salariés dont l'entreprise adhère aux assureurs recommandés dans le présent accord.

Tous les ans, à l'occasion de la présentation par l'assureur au comité paritaire de gestion de la cotisation d'équilibre, le montant de la cotisation forfaitaire pourra être modifié par le comité paritaire de gestion sans qu'un avenant au présent accord ne soit nécessaire.

### Article 6.4

*Cotisation notamment pour les anciens salariés titulaires d'une rente d'incapacité, d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'un revenu de remplacement et pour leurs ayants droit, notamment en cas de décès du salarié*

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, le taux de cotisation destiné à couvrir les garanties maladie, chirurgie, maternité du régime frais de santé pour les anciens salariés visés aux articles 4.2.3, 4.2.4 et 4.2.5 du présent accord et leurs ayants droit défini ci-dessous. Ces dernières correspondent à un pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

RÉGIME GÉNÉRAL		
Situation	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
Retraité (par adulte)	2,21 %	2,15 %
Non-retraité (par adulte)	1,80 %	1,75 %
Enfant	1,20 %	1,17 %

RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE		
Situation	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
Retraité (par adulte)	1,50 %	1,46 %
Non-retraité (par adulte)	1,22 %	1,19 %
Enfant	0,82 %	0,80 %

Les cotisations « adultes » correspondent aux cotisations que doit verser chaque adulte pour continuer à bénéficier du régime frais de santé. Peut être concerné :

- chaque ancien salarié, retraité ou non ;
- chaque adulte ayant droit, tel que défini à l'article 4.3 du présent accord, bénéficiant de la couverture au titre d'un ancien salarié, retraité ou non.

Par ailleurs, la cotisation enfant devient gratuite à partir du 4<sup>e</sup> enfant.

Le montant des cotisations pourra être modifié annuellement, après avis du comité paritaire de gestion.

PARTIE 3  
RÉGIME PRÉVOYANCE

**Article 7**  
*Bénéficiaires*

**Article 7.1**  
*Affiliation des salariés*

Tous les salariés bénéficient du régime dès leur premier jour d'embauche. Aucune condition d'ancienneté n'est requise.

**Article 7.2**  
*Maintien de la garantie décès pour les salariés en arrêt de travail ou en invalidité*

La garantie décès est maintenue pendant les périodes d'arrêt de travail pour maladie ou accident ou pour invalidité ayant débuté avant la rupture du contrat de travail, ou avant la fin de la portabilité des droits. Ce maintien est limité à la date de liquidation de la retraite.

**Article 7.3**  
*Rupture ou fin de contrat de travail ouvrant droit à la portabilité*

Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015, l'ancien salarié éligible à la portabilité bénéficie d'un maintien des garanties prévoyance, à titre gratuit, pour une durée égale à celle de son dernier contrat de travail, ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois et, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois.

L'ancien salarié est éligible à la portabilité s'il justifie cumulativement :

- de la cessation de son contrat de travail (non consécutive à une faute lourde) ;
- de l'ouverture de ses droits à couverture dans l'entreprise, avant la cessation de son contrat de travail ;
- de l'ouverture de ses droits à Pôle emploi.

Les garanties maintenues sont celles définies dans le régime et suivront, s'il y a lieu, l'évolution des garanties des salariés actifs de l'entreprise à laquelle le salarié appartenait.

**Article 7.4**  
*Adhésion optionnelle des mandataires sociaux*

Les entreprises adhérant au régime frais de santé et prévoyance de la branche de la répartition pharmaceutique ont la possibilité, par décision de leurs instances dirigeantes, de faire adhérer ou non au régime prévoyance les mandataires sociaux de l'entreprise. L'adhésion au régime prévoyance des mandataires sociaux n'entraîne pas adhésion obligatoire au régime frais de santé, sans décision prise expressément en ce sens par les instances dirigeantes de l'entreprise.

**Article 8**  
*Garanties*

En dehors de l'allocation forfaitaire pour frais d'obsèques versée en cas de décès de l'assuré, du conjoint, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge, les garanties prévoyance varient en fonction de la catégorie à laquelle le salarié appartient.

Lorsque les garanties prévoyance sont modifiées, ces modifications ne sont effectives que pour les risques survenant à partir du jour de l'entrée en vigueur de ces nouvelles garanties.

La définition des conjoints et des enfants à charge est fixée dans la convention d'assurance signée avec l'assureur.

## Article 8.1

### *Garantie incapacité*

Les indemnités complémentaires, versées au titre du présent régime en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident, sont calculées en pourcentage du traitement de référence brut, ces pourcentages variant selon la tranche du salaire, mais étant limitées à quatre plafonds de la sécurité sociale.

Ces indemnités complémentaires constituent une somme brute sur laquelle sont précomptées les charges sociales, selon la législation et les réglementations en vigueur. En aucun cas le total des sommes nettes perçues par le salarié (sécurité sociale, mensualisation, régime de prévoyance) ne peut excéder son salaire réel net d'activité.

Par ailleurs, l'assureur en charge du régime prévoyance ne pourra pas procéder à des opérations de contrôle médical sur les salariés en arrêt de travail.

#### 8.1.1. Cadres

##### *a) Incapacité de travail en cas de maladie ou d'accident*

La période de versement des indemnités varie en fonction de l'ancienneté du salarié cadre. Le taux des indemnités varie avec la durée de l'arrêt.

*(En pourcentage.)*

CATÉGORIE DU SALARIÉ		CADRE			
		Ancienneté < 1 AN		Ancienneté ≥ 1 AN	
Tranche de salaire		TA	TB	TA	TB
Période de versement	Du 4 <sup>e</sup> au 30 <sup>e</sup> jour	30	80		
	Du 31 <sup>e</sup> au 90 <sup>e</sup> jour	30	80		
	Du 91 <sup>e</sup> au 274 <sup>e</sup> jour	30	85	30	85
	A partir du 275 <sup>e</sup> jour	30	90	30	90

##### *b) Incapacité de travail en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle*

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, le régime verse des indemnités complémentaires à celles de la sécurité sociale, de manière à garantir 90 % du salaire brut de référence dans la limite de TA + TB, sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale reconstituées en brut. La période de versement des indemnités varie en fonction de l'ancienneté du salarié.

CATÉGORIE DU SALARIÉ	CADRE	
	Ancienneté < 1 AN	Ancienneté ≥ 1 AN
Montant des indemnités	Indemnités complémentaires à celles de la sécurité sociale versées de manière à garantir 90 % du salaire brut de référence dans la limite de TA + TB, sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale reconstituées en brut, à partir du 4 <sup>e</sup> jour d'arrêt de travail.	Indemnités complémentaires à celles de la sécurité sociale versées de manière à garantir 90 % du salaire brut de référence dans la limite de TA + TB, sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale reconstituées en brut, à partir du 91 <sup>e</sup> jour d'arrêt de travail.



### 8.1.2. Non-cadres

#### a) Incapacité de travail en cas de maladie ou d'accident

Le taux des indemnités varie avec la durée de l'arrêt. De plus, le montant de ces indemnités est déterminé de façon que leur cumul avec l'indemnité de sécurité sociale ne dépasse pas :

- 70 % du traitement de référence à partir du 4<sup>e</sup> jour ;
- 75 % du traitement de référence à partir du 31<sup>e</sup> jour.

(En pourcentage.)

CATÉGORIE DU SALARIÉ		NON-CADRE	
Tranche de salaire		TA	TA
Période de versement	Du 4 <sup>e</sup> au 30 <sup>e</sup> jour	20	70
	A partir du 31 <sup>e</sup> jour	25	75

#### b) Incapacité de travail en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, le régime verse des indemnités complémentaires à celles de la sécurité sociale au salarié non cadre. La période de versement des indemnités varie en fonction de l'ancienneté du salarié.

CATÉGORIE DU SALARIÉ	NON-CADRE	
	Ancienneté < 1 AN	Ancienneté ≥ 1 AN
Montant des indemnités	Indemnités complémentaires à celles de la sécurité sociale versées de manière à garantir 70 % du salaire brut de référence (TA et TB), sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale reconstituées en brut à partir du 1 <sup>er</sup> jour d'arrêt, si celui-ci est égal ou supérieur à 4 jours.	Indemnités complémentaires à celles de la sécurité sociale versées de manière à garantir 70 % du salaire brut de référence (TA et TB), sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale reconstituées en brut à partir du 4 <sup>e</sup> jour d'arrêt.

## Article 8.2

### *Garantie invalidité*

Le salarié reconnu en invalidité par la sécurité sociale perçoit du régime de prévoyance une rente, exprimée en pourcentage de son salaire brut TA et TB.

Par ailleurs, les enfants du salarié classé en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> catégorie d'invalidité (ou parmi les invalides du travail dont le taux d'incapacité permanente est d'au moins 66 %) sont admis au bénéfice de l'allocation éducation, dont le montant est égal à 50 % de celui alloué aux enfants d'un assuré décédé.

### 8.2.1. Cadres

#### a) Rente d'invalidité

Le calcul de la rente du salarié cadre invalide est fonction de la catégorie d'invalidité dans laquelle il est classé.

CADRE		
Catégorie de l'invalidité	Montant de la rente	
	TA	TB
2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> catégorie	30 %	90 %
1 <sup>re</sup> catégorie	Rente minorée de 25 %	

*b) Rente d'invalidité pour une invalidité résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle*

Les invalidités résultant d'accidents du travail ou de maladies professionnelles peuvent donner droit à une rente du régime prévoyance, complémentaire à celle de la sécurité sociale, dont le montant est variable en fonction du taux de rente.

Si le taux de rente servi par la sécurité sociale est inférieur à 20 %, aucune rente n'est servie au titre du régime.

*c) Allocation éducation*

Le montant annuel de l'allocation éducation versée aux enfants du salarié cadre classé en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> catégorie d'invalidité, ou parmi les invalides du travail dont le taux d'incapacité permanente est d'au moins 66 %, est fonction de l'âge de chaque enfant à charge encore en étude.

*(En euros.)*

ENFANT À CHARGE	ALLOCATION ÉDUCATION INVALIDITÉ ANNUELLE
	Cadre
De moins de 11 ans	228,67
De 11 ans à moins de 18 ans	381,12
De 18 ans à moins de 27 ans	571,68

### 8.2.2. Non cadres

*a) Rente d'invalidité*

Le calcul de la rente du salarié non cadre invalide est fonction de la catégorie d'invalidité dans laquelle il est classé.

NON CADRE	
Catégorie de l'invalidité	Montant de la rente
	TA et TB
2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> catégorie	75 % de TA et TB, rente de la sécurité sociale comprise
1 <sup>re</sup> catégorie	Rente minorée de 25 %

*b) Rente d'invalidité pour une invalidité résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle*

Les invalidités résultant d'accidents du travail ou de maladies professionnelles peuvent donner droit à une rente du régime prévoyance, complémentaire à celle de la sécurité sociale, dont le montant est variable en fonction du taux de rente.

Si le taux de rente servi par la sécurité sociale est inférieur à 20 %, aucune rente n'est servie au titre du régime.

c) Allocation éducation

Le montant annuel de l'allocation éducation versée aux enfants du salarié non cadre classé en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> catégorie d'invalidité, ou parmi les invalides du travail dont le taux d'incapacité permanente est d'au moins 66 %, est fonction de l'âge de chaque enfant à charge encore en étude.

(En euros.)

ENFANT À CHARGE	ALLOCATION ÉDUCATION INVALIDITÉ ANNUELLE
	Non cadre
De moins de 11 ans	183,00
De 11 ans à moins de 18 ans	274,42
De 18 ans à moins de 27 ans	365,88

### Article 8.3

#### Garantie décès

Le régime de prévoyance garantit, en cas de décès de l'assuré, le versement au bénéficiaire qu'il a désigné ou à défaut de désignation à son conjoint, à défaut à ses enfants, à défaut à ses père et mère, à défaut à ses héritiers, d'un capital calculé en pourcentage de son salaire annuel brut, limité à TA et TB. Ce capital varie en fonction de la situation de famille et des enfants ou personnes à charge au sens du code de la sécurité sociale.

Le capital « décès maladie » est payé par anticipation à l'assuré, sur demande, s'il est classé en invalidité 3<sup>e</sup> catégorie.

Une allocation forfaitaire pour frais d'obsèques est versée en cas de décès de l'assuré, du conjoint, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge.

Une allocation éducation annuelle est accordée, sous certaines conditions, aux orphelins qui poursuivent leurs études, pour autant qu'un capital décès ait été versé par le régime. Le montant est déterminé par tranches d'âge des enfants. Il est double pour les orphelins de père et de mère.

#### 8.3.1. Cadres

a) Capital décès en cas de décès du salarié cadre

Le capital est différent suivant que le décès du salarié est consécutif à une maladie ou à un accident (sauf en cas de versement anticipé pour un invalide de 3<sup>e</sup> catégorie et pour la garantie double effet prévue à l'article « Capital décès en cas de décès d'un proche du salarié cadre », où seul le barème « maladie » est appliqué).

(En pourcentage.)

SITUATION DU SALARIÉ	CADRE	
	Décédé par maladie	Décédé par accident
Célibataire, veuf, divorcé ou vivant maritalement	Sans personne à charge : 170	Sans personne à charge : 270
	Avec une personne à charge : 275	Avec une personne à charge : 450
Marié, pacsé	Sans personne à charge : 220	Sans personne à charge : 370
	Avec une personne à charge : 275	Avec une personne à charge : 450
Majoration (par personne à charge supplémentaire)	Au-delà de 1 personne à charge : 55	Au-delà de 1 personne à charge : 80

*b) Capital décès en cas de décès d'un proche du salarié cadre*

	CADRE
Décès du conjoint	20 % du salaire de référence annuel (TA + TB) Majoration de 10 % par personne à charge
Décès d'un enfant à charge	20 % du salaire de référence (TA + TB)
Décès d'un ascendant à charge	20 % du salaire de référence (TA + TB)
Garantie double effet (en cas de décès du salarié et de décès simultané ou postérieur de son conjoint)	Dans le cas du décès simultané du salarié et de son conjoint, il est versé, en plus du capital décès du salarié (lorsqu'ils en sont bénéficiaires), un capital global égal à 50 % du capital « maladie ». Ce capital global « supplémentaire » est versé aux enfants du couple qui étaient encore à charge au moment du décès du salarié et de son conjoint.  Dans le cas du décès postérieur du conjoint, il est versé aux enfants du couple qui étaient encore à charge au moment du décès du conjoint un capital global égal à 50 % du capital « maladie ».

*c) Allocation éducation*

Le montant annuel de l'allocation éducation versée en cas de décès du salarié cadre est fonction de l'âge de chaque enfant à charge encore en étude.

*(En euros.)*

ENFANT À CHARGE	ALLOCATION ÉDUCATION DÉCÈS ANNUELLE dans le cas du décès de l'assuré
	Cadre
De moins de 11 ans	457,35
De 11 ans à moins de 18 ans	762,25
De 18 ans à moins de 27 ans	1 143,37

Ce montant est double dans le cas d'un enfant orphelin de père et de mère :

*(En euros.)*

ENFANT À CHARGE	ALLOCATION ÉDUCATION DÉCÈS ANNUELLE dans le cas d'un enfant orphelin de père et de mère
	Cadre
De moins de 11 ans	914,70
De 11 ans à moins de 18 ans	1 524,50
De 18 ans à moins de 27 ans	2 286,74

*d) Frais d'obsèques*

Une allocation forfaitaire pour frais d'obsèques est versée en cas de décès de l'assuré, de son conjoint, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge.

FRAIS D'OBSÈQUES
25 % du plafond mensuel de la sécurité sociale

### 8.3.2. Non-cadres

#### a) Capital décès en cas de décès du salarié non cadre

Le capital est différent suivant que le décès du salarié est consécutif à une maladie ou à un accident (sauf en cas de versement anticipé pour un invalide de 3<sup>e</sup> catégorie, où seul le barème « maladie » est appliqué).

(En pourcentage.)

SITUATION DU SALARIÉ	NON CADRE	
	Décédé par maladie	Décédé par accident
Célibataire, veuf, divorcé ou vivant maritalement	Sans personne à charge : 120	Sans personne à charge : 192
	Avec une personne à charge : 192	Avec une personne à charge : 312
Marié, pacsé	Sans personne à charge : 156	Sans personne à charge : 251
	Avec une personne à charge : 192	Avec une personne à charge : 312
Majoration (par personne à charge supplémentaire)	Au-delà de 1 personne à charge : 36	Au-delà de 1 personne à charge : 60

#### b) Capital décès en cas de décès d'un proche du salarié non cadre

	NON CADRE
Décès du conjoint	26 % du salaire de référence annuel (TA + TB)
Décès d'un enfant à charge	12 % du salaire de référence annuel (TA + TB)

#### c) Allocation éducation

Le montant annuel de l'allocation éducation versée en cas de décès du salarié non cadre est fonction de l'âge de chaque enfant à charge encore en étude.

(En euros.)

ENFANT À CHARGE	ALLOCATION ÉDUCATION DÉCÈS ANNUELLE dans le cas du décès de l'assuré
	Non cadre
De moins de 11 ans	365,88
De 11 ans à moins de 18 ans	548,82
De 18 ans à moins de 27 ans	731,76

Ce montant est double dans le cas d'un enfant orphelin de père et de mère :

(En euros.)

ENFANT À CHARGE	ALLOCATION ÉDUCATION DÉCÈS ANNUELLE dans le cas d'un enfant orphelin de père et de mère
	Non cadre
De moins de 11 ans	731,76
De 11 ans à moins de 18 ans	1 097,64
De 18 ans à moins de 27 ans	1 463,52

d) Frais d'obsèques

Une allocation forfaitaire pour frais d'obsèques est versée en cas de décès de l'assuré, de son conjoint, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge.

FRAIS D'OBSÈQUES
25 % du plafond mensuel de la sécurité sociale

**Article 9**

*Cotisations du régime prévoyance*

**Article 9.1**

*Taux de cotisation du régime des cadres*

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, le taux de cotisation destiné à couvrir les garanties incapacité-invalidité-décès du régime prévoyance pour les salariés cadres est fixé à 1,50 % des tranches A et B du salaire brut. La répartition par risque est la suivante :

*(En pourcentage.)*

RISQUE INCAPACITÉ		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
TA	0,34	0
TB	0,17	0,17

*(En pourcentage.)*

RISQUE INVALIDITÉ		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
TA	0,37	0
TB	0,185	0,185

*(En pourcentage.)*

RISQUE DÉCÈS		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
TA	0,79	0
TB	0,395	0,395

*(En pourcentage.)*

TOTAL		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
TA	1,50	0
TB	0,75	0,75

La part prise en charge par l'entreprise est fixée à 1,50 % de la tranche A, répartie au prorata des taux de cotisation cités ci-dessus. Les pourcentages restant sur les tranches A et B sont pris en charge, au minimum, à 50 % par l'entreprise.

## Article 9.2

### *Taux de cotisation du régime des non-cadres*

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, le taux de cotisation destiné à couvrir les garanties incapacité, invalidité, décès du régime prévoyance pour les salariés non cadres est fixé à 2,47 % des tranches A et B du salaire brut. La répartition par risque est la suivante :

*(En pourcentage.)*

RISQUE INCAPACITÉ		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
TA	0,44	0,44
TB	0,44	0,44

*(En pourcentage.)*

RISQUE INVALIDITÉ		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
TA	0,285	0,285
TB	0,285	0,285

*(En pourcentage.)*

RISQUE DÉCÈS		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
TA	0,18	0,18
TB	0,18	0,18

*(En pourcentage.)*

TOTAL		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
TA	0,905	0,905
TB	0,905	0,905

Pour les trois risques invalidité, incapacité et décès, la part prise en charge par l'entreprise est, au minimum, de 50 % de ces cotisations.

Ce taux global inclut, par ailleurs, la garantie « mensualisation » prévue dans le cadre du régime incapacité. Cette cotisation destinée à couvrir une partie de la mensualisation est à la seule charge de l'entreprise.

MENSUALISATION COUVERTE PAR LE RÉGIME PRÉVOYANCE		
Cotisation correspondant à la partie de l'obligation de maintien de salaire par l'employeur couverte dans le régime		
Tranche du salaire	Taux de cotisation employeur	Taux de cotisation salarié
TA et TB	0,66	0

## Article 10

### *Revalorisation des prestations*

Conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, les rentes en cours de service à la date de changement d'organisme assureur (y compris les prestations décès prenant la forme de rente) continueront à être revalorisées.

Les garanties décès seront également maintenues au profit des bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail ou d'invalidité lors de la résiliation du contrat d'assurance, étant précisé que la revalorisation des bases de calcul des prestations décès devra être au moins égale à celle prévue par le contrat résilié.

Lors du changement d'organisme assureur, les partenaires sociaux s'engagent à organiser la prise en charge des obligations ci-dessus définies, soit par l'organisme dont le contrat a été résilié, soit par le nouvel organisme assureur.

## PARTIE 4

### GESTION DU RÉGIME

## Article 11

### *Comité paritaire de gestion*

Un comité paritaire de gestion a été créé dans la branche de la répartition pharmaceutique. Il est composé, pour moitié, des représentants de l'organisation d'employeurs et, pour l'autre moitié, des représentants de l'ensemble des organisations syndicales de salariés représentatives, signataires de la convention collective ou y ayant adhéré en totalité et sans réserve.

Ce comité paritaire de gestion a pour missions de veiller au bon fonctionnement des régimes professionnels frais de santé et prévoyance, d'étudier les modifications des prestations et des cotisations et de gérer le fonds social de la branche de la répartition pharmaceutique.

La composition et les règles de fonctionnement du comité paritaire de gestion sont définies dans les articles ci-dessous.

Pour chaque exercice civil, pour le régime frais de santé et le régime prévoyance, l'organisme assureur recommandé pour le régime établit un rapport sur l'ensemble du régime correspondant aux activités consolidées de toutes les sociétés adhérentes.

Ce rapport comprend, d'une part, le montant des cotisations brutes de réassurance, le montant des prestations payées brutes de réassurance, le montant des provisions techniques brutes de réassurance le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre de l'exercice considéré ; d'autre part, la quote-part des produits financiers nets des autres charges, des participations aux résultats de la réassurance. Il est présenté au comité paritaire de gestion tous les ans.

Ce rapport sera transmis par l'assureur gestionnaire à la même date à la direction de chaque entreprise adhérente au régime. Il sera présenté, pour information, au comité d'entreprise ou, s'il y a lieu, au CCE de l'entreprise adhérent auprès des assureurs recommandés.

Les entreprises qui n'adhèrent pas auprès des assureurs recommandés dans le présent accord doivent respecter, auprès de leurs assureurs respectifs, les dispositions décrites dans le présent accord.



Les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective, mais qui auraient confié la gestion de leur régime frais de santé et prévoyance à un autre organisme, doivent communiquer à leur comité d'entreprise le rapport correspondant à leur propre résultat (à défaut aux délégués du personnel) ou, s'il y a lieu, au CCE au plus tard le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré.

### **Article 11.1**

#### *Composition du comité paritaire de gestion*

Ce comité paritaire de gestion, nommé pour un exercice de 12 mois, exercice se terminant le 31 décembre de chaque année, comprend deux collèges :

- un collège des salariés, composé de quatre membres pour chacune des organisations syndicales signataires de la convention collective nationale et représentatives au niveau de la branche ;
- un collège des employeurs, composé d'un nombre égal de membres.

Tout membre qui ne peut assister à une séance est représenté de plein droit, sans qu'il soit exigé un pouvoir à cet effet, par un autre membre de sa délégation.

Dans l'hypothèse d'un empêchement durable ou définitif de l'un des membres, il peut être procédé à la désignation d'un autre membre dont le mandat expirera à la fin de l'exercice en cours.

### **Article 11.2**

#### *Bureau du comité paritaire de gestion*

##### 11.2.1. Composition du bureau

Lors de la première réunion de chaque exercice, le comité paritaire de gestion élit, parmi ses membres, un bureau comprenant :

- un président ;
- un vice-président ;
- un secrétaire ;
- un secrétaire adjoint ;
- un membre supplémentaire par collège constituant le comité paritaire de gestion.

Le président doit appartenir alternativement au collège des employeurs et au collège des salariés, sauf désistement exprès du collège auquel devait revenir la présidence.

Le vice-président doit appartenir au collège des salariés lorsque le président appartient au collège des employeurs ; il doit appartenir au collège des employeurs lorsque le président appartient au collège des salariés.

Le secrétaire doit appartenir au même collège que le président.

Le secrétaire adjoint doit appartenir au collège du vice-président.

En cas de décès ou de démission d'un membre du bureau, il sera procédé à une élection en vue de son remplacement par un membre appartenant au même collège, sauf désistement exprès de ce collège, le mandat expirant à la fin de l'exercice en cours.

### 11.2.2. Modalités de l'élection du bureau

Le président et le vice-président sont élus à l'unanimité des deux collèges, la position de chaque collège étant au préalable déterminée au moyen d'un vote exprimé comme décrit à l'article 11.3.2 du présent accord. Si l'unanimité ne se réalise pas au cours du premier tour de scrutin, il est organisé autant de tours qu'il est nécessaire.

Le collège auquel appartient le président, votant séparément, comme il est dit à l'article 11.3.2, élit le secrétaire. L'autre collège votant séparément, comme il est dit à l'article précité, élit le secrétaire adjoint.

Chaque collège votant séparément élit son membre supplémentaire.

### 11.2.3. Fonctionnement du bureau

Le bureau a pour fonction de préparer le travail du comité paritaire de gestion, de le convoquer et de suivre la bonne exécution de ses décisions. A moins d'une délégation de pouvoir du comité paritaire de gestion, le bureau n'a de pouvoir de décision que pour statuer sur des cas sociaux urgents.

Le bureau se réunit sur convocation écrite de son président ou du vice-président le remplaçant, mentionnant l'ordre du jour et sous préavis de 48 heures au moins.

Le bureau prend ses décisions à la majorité des membres présents, non compris les abstentions.

Au cas où une majorité ne se dégage pas lors d'un vote du bureau, le président du bureau doit porter l'objet du désaccord à l'ordre du jour de la prochaine réunion du comité paritaire de gestion.

## Article 11.3

### *Fonctionnement du comité paritaire de gestion*

#### 11.3.1. Réunion du comité paritaire de gestion

Le comité paritaire de gestion peut se réunir tous les mois selon un calendrier préétabli, ou plus souvent si cela s'avère nécessaire, sur convocation écrite du bureau mentionnant l'ordre du jour et sous préavis de 7 jours francs. Cette convocation est transmise par l'assureur gestionnaire du régime. En tout état de cause, en cas de situation urgente et exceptionnelle, le comité paritaire de gestion se réunira en juillet et en août.

Le secrétaire est chargé d'établir un procès-verbal de chaque réunion, que le président doit faire approuver à la réunion suivante à l'unanimité des membres présents ou représentés.

Dans le cas où il est empêché, le président doit avertir au préalable le vice-président, afin qu'il assure son remplacement.

Dans le cas où le président et le vice-président sont empêchés, il appartient au comité paritaire de gestion de désigner, parmi ses membres, un président de séance dans les formes prévues à l'article 11.2.2 du présent accord.

#### 11.3.2. Prises de décisions du comité paritaire de gestion

Les décisions du comité paritaire de gestion sont prises par accord constaté au moyen d'un vote des deux collèges.

Chaque collège dispose à cet effet d'une voix.

Préalablement au vote prévu à l'alinéa précédent, chaque collège détermine sa position séparément.

Au cas où une majorité au sein du comité paritaire de gestion ne se dégage pas lors d'un vote, celui-ci doit obligatoirement se réunir à nouveau 15 jours francs au plus tard après la séance où a eu lieu le vote.

Si, passé le délai de 1 mois, aucune solution n'est trouvée, le conflit sera porté devant la commission paritaire nationale, qui devra se réunir dans un délai de 15 jours francs.

Un ou des représentants du gestionnaire recommandé participent, en tant que conseillers techniques non rémunérés, à toutes les réunions. L'assureur gestionnaire en assure le secrétariat administratif, et doit communiquer au comité paritaire de gestion tous les documents administratifs, comptables ou techniques relatifs au fonctionnement des contrats.

Enfin, le comité paritaire de gestion élit domicile au siège social de la CSRP.

#### 11.3.3. Indemnisation des membres du comité paritaire de gestion participant à la réunion

Les membres du comité paritaire de gestion participant à la réunion perçoivent :

- une indemnité forfaitaire de participation de 30 € pour les participants résidants en Ile-de-France ;
- une indemnité forfaitaire de participation de 60 € pour les participants résidant en province, ainsi que la prise en charge de leurs frais réels de déplacement.

#### 11.3.4. Accompagnement du comité paritaire de gestion par un actuaire

Les membres du comité paritaire de gestion pourront bénéficier de l'assistance d'une société d'actuariat afin de les accompagner pour le pilotage technique des comptes et la veille réglementaire. Le choix de l'actuaire sera défini par le comité paritaire de gestion.

Cet accompagnement sera pris en charge par l'assureur, dans la limite d'un forfait annuel fixé à 30 000 € HT maximum. Cette enveloppe doit être prise sur les frais de l'assureur et intégrer le protocole technique.

### Article 12

#### *Haut degré de solidarité*

Les signataires du présent accord souhaitent mettre en œuvre des actions de solidarité ou de prévention dans le cadre du haut degré de solidarité, avec un budget correspondant à 2 % hors taxes des cotisations frais de santé et prévoyance, conformément à l'article R. 912-1 du code de la sécurité sociale. Les actions résultant de ce haut degré de solidarité sont uniquement accessibles aux salariés des entreprises adhérant aux régimes frais de santé et prévoyance de la branche de la répartition pharmaceutique auprès des assureurs recommandés, et éventuellement à leurs ayants droit si cette possibilité est ouverte dans les dispositifs prévus ci-dessous. Par ailleurs, le fonds social prévu à l'article 12.2 du présent accord est également accessible aux retraités adhérant au régime frais de santé auprès de l'assureur recommandé pour ce risque.

Ces actions seront honorées dans la limite des fonds disponibles dans le budget du haut degré de solidarité.

L'utilisation du haut degré de solidarité pourra être modifiée par voie d'avenant au présent accord.

#### Article 12.1

##### *Prise en charge d'une partie de la couverture des conjoints à charge au sens de la sécurité sociale*

Une partie du haut degré de solidarité sera consacré au financement de la couverture des conjoints à charge au sens de la sécurité sociale, adhérant volontairement au régime frais de santé de la branche auprès de l'assureur recommandé pour ce risque. Ce financement viendra en complément de la cotisation forfaitaire versée par ces derniers, conformément à l'article 6.3 du présent accord.

Cette prise en charge poursuit un objectif de solidarité, en aidant le salarié, dont le conjoint est entièrement dépendant économiquement, à financer une couverture complémentaire frais de santé pour ce dernier, permettant ainsi une meilleure prise en charge de ses dépenses santé. Elle aide également le conjoint à charge au sens de la sécurité sociale, qui vient de devenir veuf/veuve, à maintenir sa couverture frais de santé en continuant d'en financer une partie durant 12 mois.

## Article 12.2

### *Financement du fonds social de la branche de la répartition pharmaceutique*

Les signataires du présent accord souhaitent également affecter une part du haut degré de solidarité, pour un montant maximum de 10 % du budget relatif au haut degré de solidarité, à l'alimentation du fonds social de la branche de la répartition pharmaceutique. Le montant sera défini annuellement par le comité paritaire de gestion.

Ce fonds a pour vocation de conduire à discrétion du comité paritaire de gestion différentes opérations à vocation sociale. Il permet ainsi l'attribution, sur décision du comité paritaire de gestion, d'une aide exceptionnelle au salarié du régime assuré par son entreprise auprès des assureurs recommandés en faisant la demande, ou à l'un de ses ayants droit :

- soit en complément des remboursements de la sécurité sociale et/ou du régime frais de santé dont le salarié bénéficie, pour le salarié ayant fait face à des dépenses importantes par rapport à ses ressources familiales ;
- soit pour des dépenses non prises en charge par la sécurité sociale.

Cette possibilité est également ouverte aux retraités du régime assurés auprès de l'assureur recommandé pour ce risque.

## Article 12.3

### *Aide pour les aidants familiaux*

#### 12.3.1. Principe

Les partenaires sociaux de la branche de la répartition pharmaceutique souhaitent que le reliquat des sommes consacrées au haut degré de solidarité contribue au financement d'un dispositif de branche répondant à des valeurs d'entraide, de générosité et de solidarité à destination des salariés de cette dernière, et qui soit non contributif pour ces derniers.

Face aux difficultés que peuvent rencontrer les familles face à la maladie ou au handicap d'un proche, une aide pourra être apportée à tout salarié qui s'occupe :

- d'un enfant du salarié, à charge au sens de la sécurité sociale, ou âgé de moins de 27 ans ;
- de son conjoint, s'entendant comme l'époux/l'épouse légitime, le concubin ou le partenaire de Pacs ;
- ou d'un de ses ascendants,

atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et/ou des soins contraignants.

La particulière gravité de la maladie, du handicap ou de l'accident mentionnés ci-dessus ainsi que le caractère indispensable d'une présence soutenue et/ou de soins contraignants sont attestés par un certificat médical détaillé, établi par le médecin qui suit la personne au titre de la maladie, du handicap ou de l'accident.

Cette aide prendra la forme du versement d'une somme forfaitaire, versée pour soutenir financièrement les salariés des entreprises adhérant aux régimes frais de santé et prévoyance de la branche de la répartition pharmaceutique auprès des assureurs recommandés, devant recourir à des journées d'absence sans solde pour s'occuper d'un enfant, conjoint ou ascendant se trouvant dans une situation telle que décrite ci-dessus. Pour pouvoir bénéficier de cette aide, le salarié devra être en CDI et avoir au moins 1 an d'ancienneté dans l'entreprise.

Le montant de cette aide pour une journée est de 70 €. Cette somme pourra être révisée à la hausse ou à la baisse par une décision du comité paritaire de gestion prévu à l'article 11 du présent accord.

Le salarié dans une telle situation pourra bénéficier, au maximum, d'une aide pour 15 jours d'absences, financée par ce dispositif. Ces jours seront cumulables avec tout dispositif légal (congé de

soutien familial, congé de solidarité familial, congé de présence parental par exemple) ou prévu par un accord d'entreprise, poursuivant les mêmes objectifs.

Durant cette période d'absence, le salarié et ses ayants droit continueront à être affiliés aux régimes frais de santé et prévoyance, sans qu'une cotisation ne soit exigée de leur part.

### 12.3.2. Modalités de décision

Cette aide sera accordée sur décision d'une commission spéciale de solidarité, composée d'un représentant membre du comité paritaire de gestion par organisation syndicale, et d'un nombre de représentants patronaux identiques, issus également de la même instance. Cette fonction est cumuleable avec la fonction de membre du bureau du comité paritaire de gestion. Leur nomination se fera au même moment que l'élection du bureau. Les membres de cette commission spéciale de solidarité désigneront un représentant de la délégation patronale et un représentant de la délégation salariale, qui seront chargés de transmettre à l'assureur la décision rendue par la commission spéciale de solidarité quant à la demande du salarié.

Les demandes des salariés seront envoyées à l'APGIS, qui transmettra, sous un délai de 1 semaine maximum, la demande aux membres de cette commission spéciale de solidarité. Ces derniers rendront leur avis sous 15 jours. La réunion de cette commission spéciale de solidarité se fera par tout moyen permettant une prise de décision rapide, compte tenu de l'urgence des situations dans lesquelles les salariés se trouvent : conférence téléphonique, réunion présentielle, visioconférence, échange de mails... Les représentants de la commission spéciale de solidarité transmettront à l'APGIS la décision qui aura été prise.

## Article 13

### *Informations des bénéficiaires du régime frais de santé et du régime prévoyance*

#### Article 13.1

##### *Informations remises à l'ensemble des salariés et anciens salariés*

Une brochure d'information sera remise à tout salarié du régime frais de santé et prévoyance, ainsi qu'à tout ancien salarié adhérant au régime frais de santé.

Les modifications apportées aux régimes donneront lieu, selon leur importance, soit à l'établissement d'une nouvelle brochure, soit à la communication d'une fiche rectificative. Le contenu de ce document et de ses mises à jour sera établi en liaison avec l'organisme gestionnaire, sous sa responsabilité.

#### Article 13.2

##### *Informations remises aux salariés quittant l'entreprise*

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, l'employeur signale au salarié quittant l'entreprise et remplissant les conditions lui permettant de bénéficier de la portabilité le maintien de ces garanties dans le certificat de travail.

De même, tout salarié quittant l'entreprise et se trouvant dans l'un des cas prévus par la loi Evin (art. 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989), et indiqués dans les articles 4.2.1, 4.2.2 et 7.3 du présent accord, recevra une information individuelle de son entreprise, lors de la remise de son certificat de travail, sur :

- sa possibilité d'adhérer volontairement à un contrat frais de santé et les modalités correspondantes ;
- les conditions tarifaires de son adhésion éventuelle.

Cette information sera donnée au salarié par l'employeur, même si ce dernier, après son départ de l'entreprise et compte tenu de sa situation, reste bénéficiaire pendant une certaine durée, et à titre gratuit, du régime frais de santé et/ou prévoyance.

Les ayants droit d'un salarié décédé seront également informés de leurs droits éventuels, par l'assureur.

## PARTIE 5

### CADRE JURIDIQUE

#### Article 14

##### *Périodicité des procédures de mise en concurrence*

Les partenaires sociaux de la branche de la répartition pharmaceutique conviennent que la périodicité des procédures de mise en concurrence sera, au maximum, quinquennale.

#### Article 15

##### *Durée et entrée en vigueur*

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Cet accord sera examiné annuellement à l'occasion d'une réunion paritaire plénière, afin d'étudier la nécessité de procéder ou non à un avenant, en fonction des nouvelles dispositions législatives et réglementaires.

#### Article 16

##### *Champ d'application*

Cet accord est applicable aux entreprises relevant du champ d'application tel que défini par l'article A.2 de la convention collective nationale de la répartition pharmaceutique. De ce fait, ces dernières devront offrir à leurs salariés une couverture frais de santé et prévoyance au moins équivalente à celle prévue dans le présent accord.

#### Article 17

##### *Formalités de dépôt et d'extension*

Conformément aux articles L. 2231-6, D. 2231-2 et D. 2231-3 du code du travail, le présent accord sera déposé à la direction générale du travail, dépôt des accords collectifs, 39-43, quai André-Citroën, 75902 Paris Cedex 15, et remis au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 12 janvier 2016.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

#### **Organisation patronale :**

CSRP.

#### **Syndicats de salariés :**

FNIC CGT ;

FCE CFDT ;

FNP FO ;

CMTE CFTC ;

CFE-CGC chimie.