

Brochure n° 3316

Convention collective nationale
IDCC : 2372. – DISTRIBUTION DIRECTE

AVENANT N° 1 DU 21 NOVEMBRE 2017
À L'ACCORD DU 31 JANVIER 2014 RELATIF À LA MISE EN PLACE
D'UN RÉGIME COLLECTIF DE PROTECTION SOCIALE
COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
NOR : ASET1850067M
IDCC : 2372

Entre :

SDD,

D'une part, et

CGT ;

F3C CFDT ;

FPT CFTC ;

SNCTPP CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Aux termes de l'accord collectif du 31 janvier 2014 portant avenant n° 29 à la convention collective de la distribution directe (ci-après l'« avenant n° 29 »), les partenaires sociaux ont mis en place un régime collectif de protection sociale complémentaire « frais de santé » obligatoire commun à l'ensemble des salariés distributeurs de la branche.

Cette couverture sociale repose sur :

- des garanties minimales obligatoires et des options de couverture facultatives au choix de chaque salarié ;
- une répartition des cotisations entre les salariés et leur employeur.

La loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a modifié l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale portant sur le contenu des contrats d'assurance santé « responsables ».

Le nouveau cahier des charges des « contrats responsables » a été précisé par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 qui a modifié les articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux ont donc décidé de signer un avenant à la convention collective applicable au sein de la branche de la distribution directe afin de faire évoluer la couverture d'assurance santé dont bénéficient les salariés distributeurs pour la mettre en conformité avec le nouveau cahier des charges des contrats responsables, à effet du 1^{er} janvier 2018.

Cet avenant est également l'occasion de mettre à jour le dispositif au regard des différentes réformes intervenues, notamment en ce qui concerne la généralisation de la couverture santé, régie par l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale et l'institution de cas de dispense d'ordre public par le décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015.

Le présent accord collectif s'inscrit dans la continuité de l'avenant n° 29 et conserve le principe de garanties minimales obligatoires et d'options de couverture facultatives au choix de chaque salarié.

Article 1^{er}

Modification de l'article 3.2 « Dispenses d'affiliation »

L'article 3.2 « Dispenses d'affiliation » de l'accord du 31 janvier 2014 est dorénavant rédigé comme suit :

« L'adhésion au régime est obligatoire pour tous les salariés bénéficiaires mentionnés à l'article 2 du présent accord. Les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Cependant, ont la faculté d'être dispensés d'adhésion sans remise en cause du caractère obligatoire du régime, quelle que soit leur date d'embauche :

1. Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (CMU complémentaire) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en application de l'article L. 863-1.

Dans ces cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.

2. Les salariés couverts par une assurance individuelle "frais de santé" au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure.

Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel.

3. À condition de le justifier chaque année, les salariés bénéficiant par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies :

- dans le cadre d'un dispositif de protection sociale complémentaire d'entreprise, collectif et obligatoire, conforme à l'alinéa 6 de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Lorsque le salarié est couvert en tant qu'ayant droit, cette faculté de dispense ne peut être sollicitée que lorsque le dispositif de protection sociale complémentaire prévoit l'adhésion obligatoire des ayants droit.

- par le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale (dit "régime d'Alsace-Moselle") ;

- dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (dits "Madelin").

4. Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois à condition de justifier par écrit, en produisant tous documents, d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties.

5. Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.

6. Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Dans tous les cas susvisés, ces salariés devront faire parvenir leur demande de dispense au présent régime de remboursement de frais de santé, par écrit, accompagnée le cas échéant, du (des) justificatif(s) requis, dans le respect du délai fixé par son entreprise d'appartenance.

Ce courrier fera mention que le salarié a bien été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

A défaut de respecter les exigences détaillées ci-dessus, le salarié, sera automatiquement affilié au régime de remboursement de "frais de santé".

Les salariés sollicitant le bénéfice de ces dispenses voient leur attention attirée sur le fait qu'en refusant d'adhérer au présent régime, ils ne pourront solliciter le bénéfice ni des contributions patronales ni des prestations visées dans le cadre du présent dispositif de remboursement de "frais de santé", et ne pourront pas bénéficier du dispositif de portabilité après la rupture de leur contrat de travail. Ainsi, en cas de dépenses de santé, les salariés dispensés ne pourront en aucun cas bénéficier d'un quelconque remboursement de ces dépenses au titre du présent régime.

Une communication sera réalisée au niveau de chaque entreprise afin de sensibiliser les salariés aux cas de dispense légaux existants et rappeler l'importance de déclarer la mutuelle de leur choix auprès des services de la sécurité sociale lorsque ces derniers bénéficient de plusieurs couvertures frais de santé complémentaires. »

Article 2

Modification de l'article 4 « Garanties minimales du régime santé »

L'article 4 « Garanties minimales du régime santé » de l'accord du 31 janvier 2014 est dorénavant rédigé comme suit :

NATURE DES PRESTATIONS	RÉGIME DE BASE collectif et obligatoire Montant des prestations (sous déduction des prestations de la sécurité sociale)	OPTION 1 collectif et facultatif Montant des prestations (sous déduction des prestations de la sécurité sociale et du régime de base)	OPTION 2 collectif et facultatif Montant des prestations (sous déduction des prestations de la sécurité sociale et du régime de base)
Soins médicaux courants			
Consultation et visite généraliste adhérent à l'OPTAM	100 % BR	120 % BR	150 % BR
Consultation et visite généraliste non adhérent à l'OPTAM	100 % BR	100 % BR	130 % BR
Consultation et visite spécialiste adhérent à l'OPTAM	120 % BR	200 % BR	250 % BR
Consultation et visite spécialiste non adhérent à l'OPTAM	100 % BR	180 % BR	200 % BR
Analyses biologiques	100 % BR	120 % BR	150 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie, radiologie adhérent à l'OPTAM	100 % BR	120 % BR	150 % BR
Actes d'imagerie, radiologie non adhérent à l'OPTAM	100 % BR	100 % BR	130 % BR

NATURE DES PRESTATIONS	RÉGIME DE BASE collectif et obligatoire Montant des prestations (sous déduction des prestations de la sécurité sociale)	OPTION 1 collectif et facultatif Montant des prestations (sous déduction des prestations de la sécurité sociale et du régime de base)	OPTION 2 collectif et facultatif Montant des prestations (sous déduction des prestations de la sécurité sociale et du régime de base)
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux adhérent à l'OPTAM	120 % BR	120 % BR	150 % BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux non adhérent à l'OPTAM	100 % BR	100 % BR	130 % BR
Transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris maternité)			
Frais de séjours – secteur conventionné	100 % BR	200 % BR	250 % BR
Frais de séjours – secteur non conventionné	100 % BRR	200 % BRR	250 % BRR
Honoraires hospitalisation (actes de chirurgie et d'anesthésie) secteur conventionné adhérent à l'OPTAM	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Honoraires hospitalisation (actes de chirurgie et d'anesthésie) secteur conventionné non adhérent à l'OPTAM	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Honoraires hospitalisation (actes de chirurgie et d'anesthésie) secteur non conventionné	100 % TA	200 % TA	200 % TA
Forfait journalier	100 % frais réels	100 % frais réels	100 % frais réels
Chambre particulière	30 € par jour (*)	60 € par jour (*)	80 € par jour (*)
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans)	30 € par jour (enfant entre 12 et 18 ans, limité à 20 jours)	45 € par jour	60 € par jour
Pharmacie remboursée par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite mais non remboursée par le RO	Néant	20 € par an et par bénéficiaire	40 € par an et par bénéficiaire
Dentaire			
Soins dentaires pris en charge par le RO (secteur conventionné ou non conventionné)	100 % BR	120 % BR	150 % BR
Prothèse dentaire prise en charge par le RO	150 % BR dans la limite de 2 par an et par bénéficiaire ou à 200 € par an et par bénéficiaire, puis 125 % BR	250 % BR	300 % BR

NATURE DES PRESTATIONS	RÉGIME DE BASE collectif et obligatoire Montant des prestations (sous déduction des prestations de la sécurité sociale)	OPTION 1 collectif et facultatif Montant des prestations (sous déduction des prestations de la sécurité sociale et du régime de base)	OPTION 2 collectif et facultatif Montant des prestations (sous déduction des prestations de la sécurité sociale et du régime de base)
Prothèse dentaire non prise en charge par le RO	161,25 € dans la limite de 2 par an et par bénéficiaire ou 200 € par an et par bénéficiaire	268,75 € par prothèse	322,50 € par prothèse
Orthodontie prise en charge par le RO	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Orthodontie non prise en charge par le RO (*) sur la base d'une BR reconstituée fixée à 193,50 € par semestre actif et par personne	Néant	Néant	200 % BRR (*)
Implants dentaires (pose de l'implant et faux moignon) non remboursée par le RO	Néant	150 € par an et par bénéficiaire	300 € par an et par bénéficiaire
Optique			
Paire de lunettes adultes	1 équipement tous les 2 ans sauf changement de vue	1 équipement tous les 2 ans sauf changement de vue	1 équipement tous les 2 ans sauf changement de vue
Équipement à verres simples (verres + montures)	200 € dont 50 € par verre et 100 € pour la monture	200 € dont 50 € par verre et 100 € pour la monture	300 € dont 90 € par verre et 120 € pour la monture
Équipement à verres complexes (verres + montures)	220 € dont 60 € par verre et 100 € pour la monture	250 € dont 75 € par verre et 100 € pour la monture	370 € dont 125 € par verre et 120 € pour la monture
Équipement à verres hyper complexes (verres + montures)	220 € dont 60 € par verre et 100 € pour la monture	250 € dont 75 € par verre et 100 € pour la monture	370 € dont 125 € par verre et 120 € pour la monture
Paire de lunettes enfants	1 équipement tous les ans	1 équipement tous les ans	1 équipement tous les ans
Équipement à verres simples (verres + montures)	150 € (dont 50 € par verre et 50 € pour la monture)	180 € (dont 50 € par verre et 80 € pour la monture)	280 € (dont 90 € par verre et 100 € pour la monture)
Équipement à verres complexes (verres + montures)	200 € dont 60 € par verre et 80 € pour la monture	230 € dont 75 € par verre et 80 € pour la monture	350 € dont 125 € par verre et 100 € pour la monture
Équipement à verres hyper complexes (verres + montures)	200 € dont 60 € par verre et 80 € pour la monture	230 € dont 75 € par verre et 80 € pour la monture	350 € dont 125 € par verre et 100 € pour la monture
Lentilles prises en charge par le RO (y compris lentilles jetables) Forfait par an et par bénéficiaire	50 € tous les 2 ans	100 € par an	150 € par an
Lentilles non prises en charge par le RO (y compris lentilles jetables)	50 € tous les 2 ans	100 € par an	150 € par an

NATURE DES PRESTATIONS	RÉGIME DE BASE collectif et obligatoire Montant des prestations (sous déduction des prestations de la sécurité sociale)	OPTION 1 collectif et facultatif Montant des prestations (sous déduction des prestations de la sécurité sociale et du régime de base)	OPTION 2 collectif et facultatif Montant des prestations (sous déduction des prestations de la sécurité sociale et du régime de base)
Autres prothèses			
Petit appareillage et orthopédie	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Prothèses auditives prises en charge par la sécurité sociale	120 % BR	170 % BR	250 % BR
Cure thermique prise en charge par la sécurité sociale			
Traitement et honoraires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Voyage et hébergement	100 % BR	150 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire
Médecines alternatives et actes de prévention			
Ostéopathie (*) Dans la limite de 3 séances par an et par personne assurée	Néant	20 € par séance (*)	30 € par séance (*)
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus au titre des contrats responsables notamment dépistage hépatite B, vaccins (compris dans les pres- tations de prévention : diphtérie, tétanos, poliomyélite [tous âges], coqueluche [avant 14 ans], hépatite B [avant 14 ans], BCG [avant 6 ans], rubéole [pour certaines femmes], <i>haemophilus influenzae B</i> , vaccina- tion contre les infections invasives à pneumocoques [enfant de moins de 18 mois])	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait naissance			
Forfait naissance / adoption	Néant	100 €	150 €
(*) Dans la limite de 60 jours continus par année civile et par bénéficiaire en cas d'hospitalisation en service psychiatrie ou maison de repos.			

Signification des abréviations utilisées dans le tableau :

BR : base de remboursement de la sécurité sociale.

BRR : base de remboursement reconstituée.

OPTAM/OPTAM-CO : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) et l'OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée-chirurgie et obstétrique) lesquels se substituent au contrat d'accès aux soins (CAS).

FR : frais réellement engagés sous déduction du remboursement de la sécurité sociale.

PMSS : salaire plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur lors de l'événement ouvrant droit aux prestations.

TM : ticket modérateur tel que défini aux conditions générales.

RO : régime obligatoire.

TA : tarif d'autorité.

NB. – Les garanties sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de la conclusion du présent avenant. Les garanties respectent en toutes circonstances les exigences du contrat « responsable » en termes d'interdictions et d'obligations minimales et maximales de prise en charge, conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale. »

Article 3

L'article 7 « Contrat responsable » de l'accord du 31 janvier 2014 est dorénavant rédigé comme suit.

« Le présent régime respecte les obligations du contrat “responsable” conformément aux articles L. 322-2, II et III, L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Le régime mis en œuvre au niveau de la branche ne prend pas en charge :

- la majoration de participation de l'assuré en cas :
 - de consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins conformément à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale ;
 - ou en cas de refus du droit d'accès au dossier médical personnel conformément à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par certains médecins spécialistes, lorsque l'assuré les consulte sans prescription du médecin traitant et qu'il ne relève pas d'un protocole de soins ;
- la participation forfaitaire de l'assuré pour chaque acte ou consultation, mentionnée au II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale ;
- les franchises prévues au III de l'article L. 160-13 précité.

En outre, les salariés qui adhèrent au présent régime bénéficient du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties visées à l'article 4 du présent accord, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

Toute nouvelle modification de la réglementation afférente au cahier des charges des contrats responsables pourra être mise en œuvre sans modification du présent accord, sauf si cela modifie le niveau de financement du régime. »

Article 4

Modification de l'article 8 « Maintien de la complémentaire « Frais de santé » en cas de suspension du contrat de travail et/ou de rupture du contrat »

L'alinéa 1 de l'article 8 est remplacé par un article 8.1 « Salarié dont le contrat de travail est suspendu » rédigé comme suit :

« L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par la société.

Dans une telle hypothèse, la société verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire ni perception d'indemnités journalières complémentaires ne bénéficieront pas du maintien du bénéfice du régime frais de santé. »

L'alinéa 2 de l'article 8 est remplacé par un article 8.1 « Portabilité des garanties » rédigé comme suit :

« Les salariés bénéficiaires du présent régime auront droit au maintien des garanties en vigueur dans leur entreprise en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, pendant une durée maximale de 12 mois, sous réserve de remplir l'ensemble des conditions fixées par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre. Ce maintien de garanties sera financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de frais de santé des salariés en activité. »

Article 5

Effet, durée, révision et dénonciation

Le présent accord collectif modifie l'accord collectif portant avenant n° 29 à la convention collective nationale de la distribution directe, signé le 31 janvier 2014, à effet du 1^{er} janvier 2018. Toutes les autres dispositions de l'accord du 31 janvier 2014 restent inchangées.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra être révisé et dénoncé dans les conditions prévues par le code du travail.

Article 6

Dépôt

Conformément aux articles L. 2231-6, D. 2231-2 et D. 2231-3 du code du travail, le présent accord est déposé en deux exemplaires (dont un sur support papier signé des parties et une version sur support électronique) par le syndicat de la distribution directe, auprès des services centraux du ministre chargé du travail et un exemplaire unique auprès du secrétariat du greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Il fait par ailleurs l'objet d'une demande d'extension par les parties signataires.

Fait à Paris, le 21 novembre 2017.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE

RAPPEL DES CAS DE DISPENSE D'ORDRE PUBLIC

Depuis le 1^{er} janvier 2016, une dispense de droit bénéficie aux salariés :

- bénéficiant de l'ACS ou de la CMU-C, cette dispense jouant jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- couverts par une assurance individuelle lors de la mise en place du régime collectif et obligatoire ou lors de l'embauche si elle est postérieure, et ce jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- bénéficiant, y compris en tant qu'ayants droit, d'une des couvertures suivantes :
 - complémentaire santé collective et obligatoire ;
 - régime local en vigueur dans les départements du Bas-Rhin du Haut-Rhin et de la Moselle ;
 - régime complémentaire relevant de la CAMIEG ;
 - mutuelles des agents de l'État ou des collectivités ;
 - contrats d'assurance groupe, dits Madelin ;

Nota : le salarié concerné doit alors justifier chaque année de la couverture obligatoire dont il bénéficie ;

- en CDD ou en contrat de mission, dont la durée de couverture collective et obligatoire dont ils bénéficient en matière de frais de santé est inférieure à 3 mois, sous condition pour les salariés de pouvoir justifier être couverts par une autre couverture santé « responsable ».