

Brochure n° 3262

Convention collective nationale
IDCC : 1621. – RÉPARTITION PHARMACEUTIQUE

AVENANT N° 1 DU 31 MAI 2018
À L'ACCORD DU 12 JANVIER 2016
RELATIF À LA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ ET À LA PRÉVOYANCE
NOR : ASET1850887M
IDCC : 1621

Entre :
CSRP,
D'une part, et
FNIC CGT ;
FCE CFDT ;
CFE-CGC chimie ;
Pharmacie LABM FO,
D'autre part,
il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le présent avenant constitue un avenant de révision à l'accord du 12 janvier 2016 relatif à la complémentaire frais de santé et à la prévoyance dans la branche de la répartition pharmaceutique.

Il annule et remplace les dispositions prévues dans l'accord précité aux articles suivants :

- article 4.3 « Ayants droit » ;
- article 5.2 « Montant des remboursements accordés aux salariés cadres et non cadres » ;
- article 6 « Cotisations du régime frais de santé » ;
- article 12 « Haut degré de solidarité ».

Il annule également l'annexe II relative à l'indemnisation complémentaire de l'incapacité temporaire (reprise de l'accord du 28 novembre 1979) de la convention collective nationale de la répartition pharmaceutique.

Article 1^{er}

Champ d'application

Cet avenant 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.

Article 2

Ayants droit

L'article 4.3 « Ayants droit » de l'accord du 12 janvier 2016 est annulé et remplacé par les dispositions suivantes :

« 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 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 ou de tout régime obligatoire ;
- 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 du conjoint du salarié, à charge au sens du régime obligatoire, dans le cas où il ne bénéficie pas pour eux d'un régime frais de santé. Lorsque le conjoint bénéficie pour eux d'un régime frais de santé, la garantie n'intervient qu'en déduction de ce régime ;
- les ascendants du salarié, dès lors qu'ils sont ayants droit au sens de la sécurité sociale, ou dans le cas contraire, dès lors qu'ils sont affiliés à titre personnel à un régime obligatoire et qu'ils répondent à la définition de l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale ;
- les petits-enfants du salarié à charge au sens sécurité sociale ou de son conjoint ;
- les membres de la famille à charge du salarié, bénéficiaires de l'article L. 212-1 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 des salariés 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.

Le conjoint à charge du salarié, au sens du présent accord, est défini comme étant :

- l'époux ou l'épouse légitime du salarié, même séparé de corps mais non divorcé ;
- le concubin du salarié ;
- le partenaire de pacte civil de solidarité du salarié,

dès lors que cette personne :

- est ayant droit au sens de la sécurité sociale ;
- ou, dans le cas contraire, dès lors qu'elle est affiliée à titre personnel à un régime obligatoire et qu'elle est en mesure de prouver, par la fourniture du dernier avis d'imposition commune, l'absence d'activité professionnelle, et :
 - l'absence de perception d'un revenu d'activité ;
 - ou l'absence d'un revenu de remplacement supérieur, pour l'année de référence fiscale, au montant annuel du revenu de solidarité active (RSA) versé pour une personne seule sans enfant.

En outre, le conjoint retraité du salarié qui est désormais affilié à titre personnel à un régime obligatoire du fait de la liquidation de ses propres droits à la retraite, peut continuer à bénéficier du présent régime, aux conditions cumulatives suivantes :

- avoir été couvert au titre du présent accord en qualité de conjoint à charge 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 3

Montant des remboursements frais de santé accordés aux salariés cadres et non cadres

La convention médicale du 25 août 2016 a acté le remplacement, depuis le 1^{er} janvier 2017, du « contrat d'accès aux soins » (CAS) par deux autres dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTM) que sont :

- « l'option pratique tarifaire maîtrisée » (OPTAM) ;
- et « l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique » (OPTAM-CO).

Sans que les garanties prévues dans l'accord du 12 janvier 2016 ne soient modifiées, l'article 5.2 « Montant des remboursements accordés aux salariés cadres et non cadres » de l'accord du 12 janvier 2016 est annulé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 5.2

Montant des remboursements accordés aux salariés cadres et non cadres

(Voir tableaux pages suivantes.)

PRESTATIONS	GARANTIES	
CONSULTATIONS ET VISITES		
Consultations	Conventionné et non conventionné	
	Adhérent à un DPTM	Non adhérent à un DPTM
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 à un DPTM	Non adhérent à un DPTM
	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 à un DPTM	Non adhérent à un DPTM
	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 ⁽¹⁾	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		
Majeurs ⁽²⁾		
	Dans le réseau partenaire	Hors réseau partenaire
Verre simple ⁽⁴⁾	100% des frais réels dans les limites du contrat responsable	Voir grille hors réseau ci-dessous (entre 60€ et 230€)
Verre complexe unifocal ⁽⁴⁾		
Verre complexe multifocal ⁽⁴⁾		
Verre hypercomplexe multifocal ⁽⁴⁾		
Monture	60€	

Mineurs (moins de 18 ans) ⁽²⁾		
Verre simple ⁽⁴⁾	100% des frais réels dans les limites du contrat responsable	Voir grille hors réseau ci-dessous (entre 40€ et 150€)
Verre complexe unifocal ⁽⁴⁾		
Verre complexe multifocal ⁽⁴⁾		
Verre hypercomplexe multifocal ⁽⁴⁾		
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 à un DPTM	Non adhérent à un DPTM
	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 à un DPTM	Non adhérent à un DPTM
	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 ⁽³⁾	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) Ces définitions des verres doivent respecter les définitions faites dans le cadre du contrat responsable.

GRILLE OPTIQUE HORS RESEAU (4)		
Verre unifocal		
Type de verre ⁽⁴⁾	Majeurs ⁽²⁾	Mineurs (moins de 18 ans) ⁽²⁾
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	90€	55€

ou de sphère 4,25 à 6 dioptries et cylindre inférieur ou égal à 4 dioptries		
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 ⁽⁴⁾	Majeurs ⁽²⁾	Mineurs (moins de 18 ans) ⁽²⁾
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) 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 sont entrées en vigueur au 1^{er} février 2016. »

Article 4

Cotisations du régime frais de santé

L'article 6 « Cotisations du régime frais de santé » de l'accord du 12 janvier 2016 est annulé et remplacé par les dispositions suivantes :

(Voir page suivante.)

« Article 6

Cotisations du régime frais de santé

Article 6.1

Taux de cotisation du régime des cadres

Depuis le 1^{er} juillet 2017, 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 %	1,38 %

RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
TA et TB	0,95 %	0,92 %

À compter du 1^{er} juillet 2018, le taux de cotisation destiné à couvrir les garanties maladie-chirurgie-maternité du régime frais de santé pour les salariés cadres sera fixé à :

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

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

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

Depuis le 1^{er} juillet 2017, 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 %	2,31 %

RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
TA et TB	1,61 %	1,56 %

À compter du 1^{er} juillet 2018, le taux de cotisation destiné à couvrir les garanties maladie-chirurgie-maternité du régime frais de santé pour les salariés non cadres sera fixé à :

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

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

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

Depuis le 1^{er} janvier 2016, le conjoint à charge, tel que défini à l'article 4.3.2 du présent accord, 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 prévu à l'article 12 du présent accord.

Tous les ans, à l'occasion de la présentation par l'assureur recommandé 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

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 sont définies et évoluent, depuis le 1^{er} juillet 2017, comme indiqué ci-dessous. Ces dernières correspondent à un pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Adultes retraités

RÉGIME GÉNÉRAL		
Départs antérieurs au 1 ^{er} juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
Depuis le 1 ^{er} janvier 2017	2,267 %	2,190 %
À compter du 1 ^{er} janvier 2019	2,267 %	2,267 %
Départs depuis le 1 ^{er} juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
1 ^{re} année de départ	2,267 %	1,554 %
2 ^e année de départ	2,267 %	1,942 %
3 ^e année de départ	2,267 %	2,267 %
À partir de la 4 ^e année de départ	2,267 %	2,267 %

RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE		
Départs antérieurs au 1 ^{er} juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
Depuis le 1 ^{er} janvier 2017	1,542 %	1,490 %
À compter du 1 ^{er} janvier 2019	1,542 %	1,542 %
Départs depuis le 1 ^{er} juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
1 ^{re} année de départ	1,542 %	1,057 %
2 ^e année de départ	1,542 %	1,321 %
3 ^e année de départ	1,542 %	1,542 %
À partir de la 4 ^e année de départ	1,542 %	1,542 %

Adultes non retraités

RÉGIME GÉNÉRAL		
Départs antérieurs au 1 ^{er} juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
Depuis le 1 ^{er} janvier 2017	1,848 %	1,780 %
À compter du 1 ^{er} janvier 2019	1,848 %	1,848 %
Départs depuis le 1 ^{er} juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
1 ^{re} année de départ	1,848 %	1,554 %
2 ^e année de départ	1,848 %	1,701 %
3 ^e année de départ	1,848 %	1,848 %
À partir de la 4 ^e année de départ	1,848 %	1,848 %

RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE		
Départs antérieurs au 1 ^{er} juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
Depuis le 1 ^{er} janvier 2017	1,257 %	1,211 %
À compter du 1 ^{er} janvier 2019	1,257 %	1,257 %
Départs depuis le 1 ^{er} juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
1 ^{re} année de départ	1,257 %	1,057 %
2 ^e année de départ	1,257 %	1,157 %
3 ^e année de départ	1,257 %	1,257 %
À partir de la 4 ^e année de départ	1,257 %	1,257 %

Enfants

RÉGIME GÉNÉRAL		
Depuis le 1 ^{er} juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
	1,20 %	1,17 %

RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE		
Depuis le 1 ^{er} juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
	0,82 %	0,80 %

Les cotisations “adultes” correspondent aux cotisations que doit verser chaque adulte pour continuer à bénéficier du régime frais de santé. Peuvent être concernés :

- chaque ancien salarié, retraité ou non régime général ;
- 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^e enfant.

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

Article 5

Haut degré de solidarité

L'article 12 « Haut degré de solidarité » de l'accord du 12 janvier 2016 est annulé et remplacé par les dispositions ci-dessous :

« 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 % des cotisations frais de santé et prévoyance, conformément à l'article R. 912-1 du code de la sécurité sociale. Ces actions seront honorées dans la limite des fonds disponibles dans le budget du haut degré de solidarité.

Ces actions de solidarité ou de prévention dans le cadre du haut degré de solidarité, mises en œuvre au profit des bénéficiaires des régimes frais de santé et prévoyance de la branche, sont les suivantes :

- prise en charge d'une partie de la couverture des conjoints à charge au sens du présent accord ;
- fonds social ;
- aide aux aidants.

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

Article 12.1

Mise en œuvre des actions de solidarité et de prévention dans le cadre du haut degré de solidarité pour les salariés des entreprises adhérant aux régimes frais de santé et prévoyance de la branche auprès des assureurs recommandés

Les salariés des entreprises adhérant aux régimes frais de santé et prévoyance de la branche de la répartition pharmaceutique auprès des assureurs recommandés, ainsi que leurs ayants droit lorsque cela est prévu, accèdent aux actions financées par le haut degré de solidarité géré par les assureurs recommandés.

De même, les retraités adhérant au régime frais de santé auprès de l'assureur recommandé pour ce risque bénéficient du fonds social prévu à l'article 12.1.2, financé par le haut degré de solidarité géré par les assureurs recommandés.

Un bilan des actions mises en œuvre à ce titre doit être indiqué chaque année dans le rapport sur les comptes de résultats frais de santé et prévoyance.

12.1.1. Prise en charge d'une partie de la couverture des conjoints à charge au sens du présent accord

Une partie du haut degré de solidarité sera consacrée au financement de la couverture des conjoints à charge tels que définis à l'article 4.3.2 du présent accord, adhérant volontairement au régime frais de santé de la branche. 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 tel que défini à l'article 4.3.2 du présent accord, qui vient de devenir veuf/veuve, à maintenir sa couverture frais de santé en continuant d'en financer une partie durant 12 mois.

12.1.2. Financement du fonds social de la branche de la répartition pharmaceutique

Les signataires du présent accord souhaitent également affecter annuellement une part du budget relatif au haut degré de solidarité, pour un montant maximum de 10 % du budget susvisé, à l'alimentation du fonds social de la branche de la répartition pharmaceutique géré par les assureurs recommandés.

Ce montant sera défini annuellement par le comité paritaire de gestion.

Ce fonds a pour objectif de conduire à discrétion du comité paritaire de gestion différentes opérations à vocation sociale. Il pourra notamment prévoir l'attribution d'une aide exceptionnelle, sur décision du comité paritaire de gestion, au salarié d'une entreprise ayant adhéré auprès des assureurs recommandés ayant fait face à des dépenses importantes par rapport à ses ressources familiales, pour lui ou ses ayants droit :

- soit en complément des remboursements de la sécurité sociale et/ou du régime frais de santé dont le salarié bénéficie ;
- 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.

La demande d'intervention du fonds social devra être formulée par écrit.

12.1.3. Aide pour les aidants familiaux

a) 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 à charge au sens du présent accord, 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 de la branche de la répartition pharmaceutique 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 par an, financée par ce dispositif. Ces jours seront cumulables avec tout dispositif légal (congé de soutien familial, congé de solidarité familiale, congé de présence parentale par exemple) ou prévu par un accord d'entreprise, poursuivant les mêmes objectifs, sous réserve que ces derniers n'entraînent pas déjà le versement d'une indemnité au salarié.

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.

b) 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 représentative dans la branche de la répartition pharmaceutique, et d'un nombre de représentants patronaux identique, issus également de la même instance. Cette fonction est cumulaire 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 12.2

Mise en œuvre des actions de solidarité et de prévention dans le cadre du haut degré de solidarité pour les salariés des entreprises n'adhérant pas aux régimes frais de santé et prévoyance de la branche auprès des assureurs recommandés

Pour les entreprises n'adhérant pas auprès des assureurs recommandés dans le présent accord, un budget de 2 % des cotisations des régimes frais de santé et prévoyance doit également être alloué au

financement d'actions de haut degré de solidarité qu'elles mettent en œuvre avec leur(s) assureur(s) respectif(s).

Ces dernières doivent, *a minima*, mettre en place les trois actions prévues dans le présent accord, à savoir :

- la prise en charge d'une partie de la couverture des conjoints à charge au sens du présent accord.

Cette prise en charge par le haut degré de solidarité correspond à la différence entre la cotisation d'équilibre pour les conjoints à charge, évaluée tous les ans par l'assureur, et la cotisation forfaitaire demandée qui ne peut pas dépasser 20 € par mois, en application de l'article 6.3 du présent accord ;

- un fonds social ;

- l'aide aux aidants, en respectant *a minima* les dispositions prévues à l'article 12.1.3, *a*, "Principe" du présent accord.

Ces actions doivent bénéficier aux salariés des entreprises non adhérentes aux assureurs recommandés, leurs ayants droit et les retraités de ces mêmes entreprises adhérant au régime frais de santé de leur ancienne entreprise, en application de l'article 4.2.3 du présent accord, dans les mêmes conditions que celles décrites dans le présent accord, aux articles 12.1 et suivants. »

Article 6

Dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés

Le présent avenant ne comporte pas de stipulations spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés, les garanties prévues conventionnellement pour les régimes frais de santé et prévoyance, ainsi que pour le haut degré de solidarité, devant être celles qui s'appliquent *a minima* à tous les salariés de la répartition pharmaceutique, peu important la taille de l'entreprise dans laquelle ils travaillent.

Article 7

Durée et entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet dès les formalités de dépôt effectuées.

Article 8

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 avenant 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.

Le présent avenant sera également déposé dans la base de données nationale des accords collectifs, dans une version permettant l'anonymisation des noms et prénoms des signataires et des négociateurs.

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 31 mai 2018.

(Suivent les signatures.)