

Brochure n° 3316

Convention collective nationale
IDCC : 2372. – DISTRIBUTION DIRECTE

AVENANT N° 2 DU 2 OCTOBRE 2019
À L'AVENANT N° 29 DU 31 JANVIER 2014 RELATIF À LA MISE EN PLACE
D'UN RÉGIME COLLECTIF DE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE
« FRAIS DE SANTÉ »
NOR : ASET1951285M
IDCC : 2372

Entre :

SDD,

D'une part, et

CGT ;

F3C CFDT ;

SNPEP FO ;

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 », à adhésion 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° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a modifié l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale portant sur le contenu des contrats d'assurance santé « responsables », afin d'intégrer la réforme du « 100 % santé » dont l'objet est de supprimer le reste à charge des assurés sur certains postes de dépenses, par l'intervention du couple sécurité sociale et régime complémentaire.

En conséquence, le cahier des charges des « contrats responsables », porté aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, a été modifié par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

Les partenaires sociaux ont donc décidé de signer un nouvel 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 2020.

Le présent accord collectif s'inscrit dans la continuité de l'avenant n° 29 et de l'accord du 21 novembre 2017 (portant avenant n° 1 à 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 4 « Garanties minimales du régime santé »

L'article 4 « Garanties minimales du régime santé » de l'accord du 31 janvier 2014, dont les termes résultent de l'article 2 de l'avenant n° 1 du 21 novembre 2017, est dorénavant rédigé comme suit :

GARANTIES FRAIS MÉDICAUX sous déduction de la sécurité sociale		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 DE VILLE				
Honoraires médicaux				
Médecins généralistes	Adhérent au DPTAM	100 % BR	120 % BR	150 % BR
	Non adhérent au DPTAM	100 % BR	100 % BR	130 % BR
Médecins spécialistes	Adhérent au DPTAM	120 % BR	200 % BR	250 % BR
	Non adhérent au DPTAM	100 % BR	180 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoires		100 % BR	120 % BR	150 % BR
Honoraires paramédicaux. – Auxiliaires médicaux		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie et de radiologie	Adhérent au DPTAM	100 % BR	120 % BR	150 % BR
	Non adhérent au DPTAM	100 % BR	100 % BR	130 % BR
Actes de Chirurgie et actes techniques médicaux	Adhérent au DPTAM	120 % BR	120 % BR	150 % BR
	Non adhérent au DPTAM	100 % BR	100 % BR	130 % BR
Transport		100 % BR	100 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ				
Frais de séjour	Secteur conventionné	100 % BR	200 % BR	250 % BR
	Secteur non conventionné	100 % BRR	200 % BRR	250 % BRR

GARANTIES FRAIS MÉDICAUX sous déduction de la sécurité sociale		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)
Honoraires	Adhérent au DPTAM	150 % BR	200 % BR	250 % BR
	Non adhérent au DP-TAM	130 % BR	180 % BR	200 % BR
	Secteur non conventionné	100 % TA	200 % TA	200 % TA
Forfait journalier		100 % FR du forfait en vigueur	100 % FR du forfait en vigueur	100 % FR du forfait en vigueur
Transport		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière par jour		30 € par jour (*)	60 € par jour (*)	80 € par jour (*)
Frais d'accompagnant par jour		30 € par jour (limité à 20 jours pour les enfants entre 12 et 18 ans)	45 € par jour (limité à 20 jours pour les enfants entre 12 et 18 ans)	60 € par jour (limité à 20 jours pour les enfants entre 12 et 18 ans)
MÉDICAMENTS				
Médicaments pris en charge par la sécurité sociale remboursés à 65 % ou 100 %		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments pris en charge par la sécurité sociale remboursés à 15 % ou 30 %		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments prescrits non pris en charge par la sécurité sociale		Néant	20 € par an	40 € par an
DENTAIRE				
Soins				
Soins conservateurs y compris inlay/onlay		100 % BR	120 % BR	150 % BR
100 % santé : prothèses dentaires				
Prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé sans reste à charge pour l'assuré		Remboursement intégral dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)	Remboursement intégral dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)	Remboursement intégral dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)
Prothèses dentaires hors 100 % santé (panier RAC maîtrisé et panier libre)				
Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale dans le cadre du panier RAC maîtrisé (****)		150 % BR dans la limite de 2 par an ou 200 €/an (au-delà du plafond 125 % BR) dans la limite des HLF (***)	250 % BR dans la limite des HLF (***)	300 % BR dans la limite des HLF (***)
Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale dans le cadre du panier libre		150 % BR dans la limite de 2 par an ou 200 €/an (au-delà du plafond 125 % BR)	250 % BR	300 % BR

GARANTIES FRAIS MÉDICAUX sous déduction de la sécurité sociale	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)
Prothèses dentaires non prises en charge par la sécurité sociale			
Prothèses dentaires non prises en charge par la sécurité sociale	161,25 € dans la limite de 2 par an ou 200 €/an (au-delà du plafond 125 % BR)	268,75 € par prothèse	322,50 € par prothèse
Orthodontie			
Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Orthodontie non prise en charge par la sécurité sociale	Néant	Néant	200 % BRR
Implantologie non prise en charge par la sécurité sociale			
Implants dentaires – forfait par an (pose de l'implant et du faux moignon)	Néant	150 € par an	300 € par an
OPTIQUE			
100 % santé : équipement optique (verres et monture)			
Verres de classe A (la paire) sans reste à charge pour l'assuré	Remboursement intégral dans la limite des prix limites de vente (PLV)	Remboursement intégral dans la limite des prix limites de vente (PLV)	Remboursement intégral dans la limite des prix limites de vente (PLV)
Monture de classe A sans reste à charge pour l'assuré	Remboursement intégral dans la limite des prix limites de vente (PLV)	Remboursement intégral dans la limite des prix limites de vente (PLV)	Remboursement intégral dans la limite des prix limites de vente (PLV)
Prestations d'appairage sans reste à charge pour l'assuré	Remboursement intégral dans la limite des prix limites de vente (PLV)	Remboursement intégral dans la limite des prix limites de vente (PLV)	Remboursement intégral dans la limite des prix limites de vente (PLV)
Équipement optique hors 100 % santé			
Un équipement de 2 verres de classe B + 1 monture de classe B			
Avec 2 verres simples (a)	200 € (dont 100 € maxi pour la monture)	200 € (dont 100 € maxi pour la monture)	300 € (dont 100 € maxi pour la monture)
Avec 2 verres complexes (c)	220 € (dont 100 € maxi pour la monture)	250 € (dont 100 € maxi pour la monture)	370 € (dont 100 € maxi pour la monture)
Avec 2 verres très complexes (f)	220 € (dont 100 € maxi pour la monture)	250 € (dont 100 € maxi pour la monture)	370 € (dont 100 € maxi pour la monture)
Avec 1 verre simple et 1 verre complexe (b)	210 € (dont 100 € maxi pour la monture)	225 € (dont 100 € maxi pour la monture)	335 € (dont 100 € maxi pour la monture)

GARANTIES FRAIS MÉDICAUX sous déduction de la sécurité sociale	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)
Avec 1 verre simple et 1 verre très complexe (d)	210 € (dont 100 € maxi pour la monture)	225 € (dont 100 € maxi pour la monture)	335 € (dont 100 € maxi pour la monture)
Avec 1 verre complexe et 1 verre très complexe (e)	220 € (dont 100 € maxi pour la monture)	250 € (dont 100 € maxi pour la monture)	370 € (dont 100 € maxi pour la monture)
En cas de choix d'une monture en classe A et de verres en classe B, le prix de la monture (30 €) sera déduit des forfaits ci-dessus.			
Renouvellement des verres et monture selon dispositions réglementaires (cf. rappel des conditions de renouvellement telles que définies dans la circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SDB/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative à la réforme des « contrats responsables »)			
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables)	50 € tous les 2 ans	100 € par an	150 € par an
Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables)	50 € tous les 2 ans	100 € par an	150 € par an
MATÉRIEL MÉDICAL			
Matériel médical			
Appareillage remboursé par la sécurité sociale (hors dentaire et auditif)	Appareillage remboursé par la sécurité sociale (hors dentaire et auditif)	Appareillage remboursé par la sécurité sociale (hors dentaire et auditif)	Appareillage remboursé par la sécurité sociale (hors dentaire et auditif)
Orthopédie	Orthopédie	Orthopédie	Orthopédie
AIDES AUDITIVES			
Jusqu'au 31 décembre 2020			
Aides auditives de Classe 1 et 2 (y compris accessoires, piles et entretien pris en charge par la sécurité sociale)	120 % BR	170 % BR	250 % BR
À partir du 1 ^{er} janvier 2021			
100 % SANTÉ : Aides auditives			
Aides auditives de classe 1 entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé sans reste à charge pour l'assuré	Remboursement intégral dans la limite des prix limites de vente (PLV)	Remboursement intégral dans la limite des prix limites de vente (PLV)	Remboursement Intégral dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
Aides auditives remboursées par la sécurité sociale hors 100 % santé			
Aides auditives hors panier de soins 100 % santé (appareil de classe 2 à prix libre)	120 % BR (maxi 1 700 € par oreille tous les 4 ans y compris sécurité sociale)	170 % BR (maxi 1 700 € par oreille tous les 4 ans y compris sécurité sociale)	250 % BR (maxi 1 700 € par oreille tous les 4 ans y compris sécurité sociale)
Accessoires, piles et entretien pris en charge par la sécurité sociale	120 % BR	170 % BR	250 % BR

GARANTIES FRAIS MÉDICAUX sous déduction de la sécurité sociale	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)
Renouvellement des prothèses auditives selon dispositions réglementaires (cf. rappel des conditions de renouvellement telles que définies dans la circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SDB/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative à la réforme des « contrats responsables »)			
AUTRES ACTES			
Cure thermique prise en charge par la sécurité sociale (traitement et honoraires)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Cure thermique prise en charge par la sécurité sociale (transports et hébergement)	100 % BR	150 € par an	200 € par an
Actes de médecine douce non pris en charge par la sécurité sociale (ostéopathe)	Néant	20 € par séance (max 3 par an)	30 € par séance (max 3 par an)
Actes de prévention prévus dans la liste fixée par arrêté du 8 juin 2006	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait naissance ou adoption	Néant	100 €	150 €
ACTES DE PRÉVENTION			
	100 % BR	100 % BR	100 % BR
ASSISTANCE			
Assistance	Incluse	Incluse	Incluse
(*) Dans la limite de 60 jours par an en cas d'hospitalisation en service psychiatrie ou en maison de repos. (**) Prix limite de vente. (***) Honoraires limite de facturation. (****) Panier reste à charge maîtrisé. Signification des abréviations utilisées dans le tableau : BR : base de remboursement sécurité sociale. BRR : base de remboursement sécurité sociale reconstituée. FR : frais réels.			

Nota bene : 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 rappelées en préambule.

Information relative à la périodicité de renouvellement des équipements d'optique médicale et des aides auditives à la date de signature du présent avenant en application de la circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SDB/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative à la réforme des « contrats responsables ».

Le remboursement par l'assurance maladie obligatoire est limité aux périodicités de prise en charge prévues notamment par la LPP et la classification commune des actes médicaux.

S'agissant plus spécifiquement des équipements d'optique médicale et des aides auditives, ils connaissent une périodicité minimale de renouvellement de leur prise en charge qui diffère selon certaines conditions.

1. Les équipements d'optique médicale du panier de soins 100 % santé et autres que 100 % santé

Sous réserve des dérogations listées ci-dessous, les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de 2 ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus ;
- par période de 1 an pour les assurés de moins de 16 ans ;
- par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, la période de 2 ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées au VIII.2 du chapitre II du titre II de la LPP, à 1 an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue.

Par dérogation, la période de 1 an n'est pas opposable aux jeunes de moins de 16 ans, pour les verres, en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

Ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au cours des périodes susmentionnées.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'organisme complémentaire doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de lui par l'assuré concerné.

Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties des contrats peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements, sur la période correspondant à son cas, corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus. Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considérés individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement...).

2. Les aides auditives du panier de soins 100 % santé et autres que 100 % santé

Les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Ces dispositions s'appliquent à partir du 1^{er} janvier 2021 et tiennent compte des 4 années antérieures.

L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'organisme complémentaire doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence

de prise en charge durant ladite période au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de lui par l'assuré concerné.

(Suite du texte pages suivantes.)

Ci-après le tableau de la circulaire présentant les cas d'application des périodicités de prise en charge dérogatoires pour les équipements d'optique médicale.

Assurés concernés	Assurés de 16 ans et plus	Assurés de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation et 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un <u>équipement complet</u> (2 verres + monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> - variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; - variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; - somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. 	
Constatation de l'évolution de la vue	Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicale particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des <u>verres</u>	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<i>Troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique</i> <ul style="list-style-type: none"> - glaucome ; - hypertension intraoculaire isolée ; - DMLA et atteintes maculaires évolutives ; - rétinopathie diabétique ; - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ; - cataracte évolutive à composante réfractive ; - tumeurs oculaires et palpébrales ; - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ; - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ; - greffe de cornée datant de moins de 1 an ; - kératocône évolutif ; - kératopathies évolutives ; - dystrophie cornéenne ; 	

	<ul style="list-style-type: none"> - amblyopie ; - diplopie récente ou évolutive ; <p><i>Troubles de réfraction associés à une pathologie générale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - diabète ; - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ; - hypertension artérielle mal contrôlée ; - sida ; - affections neurologiques à composante oculaire ; - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ; <p><i>Troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - corticoïdes ; - antipaludéens de synthèse ; - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.
Constatation de l'évolution de la réfraction	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière

Article 2

Modification de l'article 7 « Contrat responsable »

L'article 7 « Contrat responsable » de l'accord du 31 janvier 2014, dont les termes résultent de l'article 3 de l'avenant n° 1 du 21 novembre 2017, est dorénavant rédigé comme suit :

« Le présent régime respecte les obligations du contrat "responsable" conformément aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2, et L. 160-13 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 soin ;
- 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. 130-13 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 3

Modification de l'article 11 « Modalités de réexamen du régime »

L'article 11 « Modalité de réexamen du régime » de l'accord du 31 janvier 2014 est dorénavant rédigé comme suit :

« Le présent accord fera l'objet d'un réexamen par les parties signataires dans un délai de cinq (5) ans maximum à compter de la date de signature du présent accord.

Le réexamen interviendra sur les bases de l'analyse opérée dans le cadre de l'application du suivi décrit à l'article 10 du présent accord. »

Article 4

Modification de l'article 12 « Application et entrée en vigueur »

Le 3^e alinéa de l'article 12 « Application et entrée en vigueur » de l'accord du 31 janvier 2014 est supprimé.

Les 1^{er} et 2^e alinéas de l'article 12 « Application et entrée en vigueur » sont maintenus dans leur rédaction résultant de l'accord du 31 janvier 2014.

Article 5

Effet, durée, révision et dénonciation

Le présent accord collectif prendra effet le 1^{er} janvier 2020.

Il modifie l'accord collectif portant avenant n° 29 à la convention collective nationale de la distribution directe, signé le 31 janvier 2014, ainsi que son avenant n° 1 signé le 21 novembre 2017 à effet du 1^{er} janvier 2018.

Toutes les autres dispositions de l'accord du 31 janvier 2014 ainsi que de l'avenant n° 1 du 21 novembre 2017 restent inchangées.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra être dénoncé dans les conditions prévues par l'article L. 2261-9 du code du travail.

Il pourra également être révisé à tout moment dans les conditions prévues par l'article L. 2261-7 du 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.

Le présent accord fera l'objet d'une publication sur la base de données nationale prévue à l'article L. 2231-5-1 du code du travail.

Le présent accord sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives dans la branche et non signataires de celui-ci.

Il fait par ailleurs l'objet d'une demande d'extension par les parties signataires, dans les conditions prévues par le code du travail et par l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Fait à Paris, le 2 octobre 2019.

(Suivent les signatures.)