

Avenant n° 3 du 7 septembre 2020
à l'accord du 12 janvier 2016
relatif à la complémentaire frais de santé et à la prévoyance

NOR : ASET2050839M

IDCC : 1621

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

CSRP,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

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 et à ses avenants du 31 mai 2018 et du 20 novembre 2018.

Il a pour objet de venir préciser la définition des tranches A et B, telles qu'utilisées pour le calcul des cotisations frais de santé et prévoyance, afin d'adapter les dispositions de l'accord précité et ses avenants à la fusion au 1^{er} janvier 2019 des régimes de retraite complémentaire AGIRC et ARRCO.

Il annule et remplace également les dispositions prévues à l'article 5.2 « Montant des remboursements accordés aux salariés cadres et non cadres » dans les textes précités, afin d'adapter le régime à la réforme du « 100 % santé », ainsi que les articles 5.3 « Contrat responsable » et 5.4 « Actes de prévention ».

Pour finir, il vient modifier le niveau des cotisations fixées à l'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 » et l'article 12 « Haut degré de solidarité », en intégrant notamment deux nouvelles actions financées dans ce cadre.

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 | Cadre général des cotisations

L'article 3 « Cadre général des cotisations » de l'accord du 12 janvier 2016 est annulé et remplacé par les dispositions ci-dessous :

« 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 des cadres et des non-cadres 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, telles que définies ci-dessous :

- 1^{re} tranche ou "Tranche A" ou "T.A" : fraction du salaire limitée au plafond annuel de la sécurité sociale ;
- 2^e tranche ou "Tranche B" ou "T.B" : fraction du salaire comprise entre une et quatre fois le 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. »

Article 3 | Montant des remboursements frais de santé accordés aux salariés cadres et non-cadres

Le cahier des charges des contrats responsables et solidaires a été modifié par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 « visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires », dans le cadre de la réforme du « 100 % santé ».

L'article 5.2 « Montant des remboursements accordés aux salariés cadres et non-cadres » de l'accord du 12 janvier 2016 et ses avenants est annulé et remplacé par les dispositions suivantes à compter du 1^{er} janvier 2020, afin d'adapter le régime frais de santé au cahier des charges des contrats responsables et solidaires.

« Article 5.2 | Montant des remboursements accordés aux salariés cadres et non-cadres

Les garanties sont conformes aux dispositions relatives aux contrats dits "responsable" telles que définies à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et à la cou-

verture minimale prévue à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que par leurs décrets d'application.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier "100 % santé".

Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous s'entendent "y compris les prestations versées par le régime obligatoire de sécurité sociale", c'est-à-dire que les prestations incluent le remboursement effectué par le régime obligatoire de sécurité sociale dont dépend l'assuré, qu'il s'agisse de remboursements effectués au titre de l'assurance maladie, la maternité ou du régime accidents du travail/maladies professionnelles.

À l'exclusion des garanties monture et verres qui s'entendent régime obligatoire de sécurité sociale inclus, lorsque la prestation est exprimée en euro, elle s'additionne à celle du régime obligatoire.

Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le régime obligatoire de sécurité sociale sont pris en charge.


Les garanties exprimées avec une limitation « par an et par bénéficiaire » sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf mention contraire précisée dans le tableau des garanties.


Le dispositif dit "100 % santé" correspond à l'ensemble des actes faisant l'objet d'une prise en charge intégrale par le régime obligatoire de sécurité sociale et le présent régime complémentaire collectif frais de santé, sous réserve du respect par les professionnels de santé des prix limite de vente (PLV) ou des honoraires limites de facturation (HLF), tels que définis par arrêté. Le but est de rendre ces équipements accessibles sans reste à charge.


Les actes appartenant au dispositif dit "Hors 100 % santé" font l'objet d'un éventuel reste à charge après intervention du régime obligatoire de sécurité sociale et du présent régime complémentaire collectif frais de santé. Il s'agit des dispositifs dits à « tarif maîtrisé », (comportant des Honoraires limites de facturation en matière de garantie dentaire) ou à « tarif libre » (en matière de garanties optique, dentaire et aides auditives).

Dans tous les cas, le total des remboursements du régime obligatoire de sécurité sociale, de l'organisme assureur, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

(Voir page suivante.)

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS ⁽¹⁾	
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
HOSPITALISATION ⁽⁴⁾		
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	
Frais de séjour		
- Séjour en secteur conventionné	200 % BR	
- Séjour en secteur non conventionné	150 % BR	
Honoraires (consultations et actes)		
- Médicaux	200 % BR	180 % BR
- Chirurgicaux	325 % BR	200 % BR
Chambre particulière non remboursée par le RO	40 € par jour	
SOINS COURANTS		
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
Honoraires médicaux		
- Consultations et visites de généraliste	100 % BR	100 % BR
- Consultations et visites de spécialiste	170 % BR	150 % BR
- Actes techniques médicaux	345 % BR	200 % BR
- Actes d'imagerie médicale	100 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	
Médicaments remboursés par le RO	100 % BR	
Matériel médical (hors aides auditives)	175 % BR	
Déplacement et majoration de nuit ou jour férié	100 % BR	
AIDES AUDITIVES		
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil (équipement)/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil (équipement).		
Cette limite prend effet le 1er janvier 2021 en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée		
Equipement « 100% SANTE » *		A compter du 01/01/2021 : 100% FR *
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *		
- Bénéficiaire de 20 ans ou plus	Jusqu'au 31/12/2020 : 300 € par oreille appareillée A compter du 01/01/2021 : Hors « 100% SANTE »- Tarif Libre : 300 € par oreille appareillée, limité à 1 700 € par oreille et par bénéficiaire, remboursement du RO inclus	
- Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité	1 700 € par oreille appareillée et par bénéficiaire, remboursement du RO inclus	
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	175 % BR	

OPTIQUE		
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d’acquisition, ramené à un an en cas d’évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées		
Equipement « 100% SANTE »* Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres		100% FR *
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre*		
- Par monture : Bénéficiaire de 16 ans ou plus Bénéficiaire de moins de 16 ans		60 € par monture 45 € par monture
- Par verre Dans le Réseau partenaire** Hors Réseau partenaire**		100 % FR dans la limite des dispositions définies règlementairement pour les contrats responsables Voir grille garantie par verre ci-dessous
- Prestations d'adaptation et prestation d'appairage		100% BR
Lentilles correctrices : - Remboursées par le RO		70,13 € par paire de lentilles et au minimum le Ticket modérateur
GARANTIE PAR VERRE SELON LE BESOIN DE CORRECTION		
Ces définitions des verres doivent respecter les définitions faites dans le cadre du contrat responsable	BÉNÉFICIAIRE DE 16 ANS OU PLUS	BÉNÉFICIAIRE DE MOINS DE 16 ANS
Verre Unifocal		
Sphère 0 à 4 dioptries et cylindre inférieur ou égale à 2	60 €	40 €
Sphère 0 à 4 dioptries et cylindre entre 2 et 4 dioptries ou sphère 4.25 à 6 dioptries et cylindre inférieur ou égale à 4 dioptries	90 €	55 €
Sphère 0 à 6 dioptries et cylindre supérieur à 4 dioptries ou de sphère 6.25 à 8 dioptries	140 €	90 €
Sphère supérieur ou égale à 8.25 dioptries	200 €	150 €
Verre Multifocal		
Sphère 0 à 4 dioptries et cylindre inférieur ou égale à 2	120 €	150 €
Sphère 0 à 4 dioptries et cylindre entre 2 et 4 dioptries ou sphère 4.25 à 6 dioptries et cylindre inférieur ou égale à 4 dioptries	140 €	150 €
Sphère 0 à 6 dioptries et cylindre supérieur à 4 dioptries ou de sphère 6.25 à 8 dioptries	200 €	150 €
Sphère supérieur ou égale à 8.25 dioptries	230 €	150 €

DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * (2) 	100% FR *
Soins Hors « 100% SANTE » * <ul style="list-style-type: none"> - Soins dentaires (hors Inlays-Onlays) 100 % BR - Inlays-Onlays 310 % BR - Chirurgie dentaire 100 % BR 	
Prothèses Hors « 100% SANTE » * <ul style="list-style-type: none"> - Prothèses dentaires Tarif maîtrisé 320 % BR - Prothèses dentaires Tarif libre 320 % BR - Inlays-core Tarif maîtrisé et libre 320 % BR - Prothèses dentaires <i>non remboursées par le RO</i> (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes) 250 % BRR 	
Orthodontie <ul style="list-style-type: none"> - Remboursée par le RO 350 % BR - Non remboursée par le RO 250 % BRR 	
AUTRES GARANTIES	
Transport	100 % BR
Cure thermique (3) <ul style="list-style-type: none"> - Forfait thermal et surveillance médicale 3,66 € par jour 	
Médecine douce non prise en charge par le RO (3) <ul style="list-style-type: none"> - Ostéopathe 25 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire 	

ABREVIATIONS :

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, l'organisme assureur applique le tarif d'autorité de cet organisme.

BRR : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime Obligatoire s'il était intervenu

FR : Frais réels

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement.

Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif 3 428 € pour 2020)

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

RSS : Remboursement du Régime Obligatoire de Sécurité sociale

TM : Ticket modérateur. Différence entre le tarif retenu par la Sécurité sociale et le remboursement effectué par l'organisme complémentaire

PRECISIONS :

(*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100% Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100% Santé », la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif « Hors 100% Santé ».

(**) Réseau : pour les bénéficiaires assurés auprès de l'assureur recommandé pour le Régime Frais de santé, il s'agit du réseau des Partenaires qualité prix, professionnels du réseau de Santéclair (RCS n° 428 704 977), accessibles selon l'implantation du réseau. Dans ce cas, leurs coordonnées sont consultables à partir de l'espace client de l'assureur recommandé pour le Régime Frais de santé.

(1) Selon les dispositions prévues au contrat d'assurance

(2) Entrée en vigueur progressive à partir du 1^{er} janvier 2020 du dispositif « 100% Santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.

(3) Précisions sur les garanties :

Cure thermique	Remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (nuitée) à l'exclusion des frais de repas. Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermique sont prises en charge dans les conditions fixées au contrat d'assurance pour chaque acte. Cette garantie s'entend à l'exclusion de tout autre remboursement pour lequel le Régime Obligatoire serait intervenu. 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.
Médecine douce	Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET.

(4) Hospitalisation médicale et chirurgicale, y compris maternité. »

Précisions concernant l'optique et le renouvellement des équipements :

Ces remboursements sont prévus dans la limite de l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de :

- deux ans pour les bénéficiaires âgés de plus de 16 ans. Cette période est réduite à 1 an en cas d'évolution de la vue, définie réglementairement et attestée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique ou d'adaptation de la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance par un professionnel de santé conformément à la réglementation,
- un an pour les bénéficiaires de moins de 16 ans. Aucun délai de renouvellement n'est applicable pour les verres en cas d'évolution de la vue, définie réglementairement et objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale,
- six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné ci-dessus s'applique.

Par dérogation à ce qui précède, un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, et sous réserve de la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique mentionnant l'existence d'une situation médicale particulière mentionnée dans cette liste.

Article 4 | Contrat responsable et actes de prévention

Article 4.1 | Modification de l'article 5.3 « Contrat responsable »

L'article 5.3 « Contrat responsable » de l'accord du 12 janvier 2016 et de ses avenants est annulé et remplacé par les dispositions ci-dessous :

« Article 5.3 | Contrat responsable

Les garanties définies à l'article 5.2 du présent accord se conforment aux dispositions relatives aux contrats dits "responsables", telles que définies à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et à la couverture minimale prévue à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que par leurs textes d'application.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués dans la grille des garanties peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration de manière à respecter les minima ou

les maxima prévus dans le cadre du contrat responsable (art. L. 871-1 du code de la sécurité sociale).

En particulier, sont exclus de la prise en charge :

- la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés (absence de désignation du médecin traitant, consultation d'un médecin spécialiste sans prescription du médecin traitant) ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes techniques médicaux et cliniques lorsque le bénéficiaire ne respecte pas le parcours de soins coordonnés, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- la participation forfaitaire pour les actes et consultations réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et pour les actes de biologie, ainsi que les franchises médicales (art. L. 160-13 du code de la sécurité sociale) ;
- la franchise médicale appliquée sur les médicaments délivrés hors hospitalisation, les actes d'auxiliaires médicaux en ville ou en établissement ou centre de santé (hors hospitalisation) et le transport sanitaire à l'exception des transports d'urgence.

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 4.2 | *Modification de l'article 5.4 « Actes de prévention »*

L'article 5.4 « Actes de prévention » de l'accord du 12 janvier 2016 et de ses avenants est annulé et remplacé par les dispositions ci-dessous :

« Article 5.4 | *Actes de prévention*

Les actes de prévention définis réglementairement sont remboursés conformément aux postes de remboursement auxquels ils se rattachent et au minimum à hauteur du ticket modérateur. »

Article 5 | *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*

À compter du 1^{er} juillet 2020, l'article 6.4 « Cotisations 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 » de l'accord du 12 janvier 2016 et de ses avenants est annulé et remplacé par les dispositions suivantes.

« 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, à partir du 1^{er} juillet 2020, comme

indiqué ci-dessous. Ces dernières correspondent à un pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Adulte retraité

Régime général		
Départ antérieur au 1 ^{er} juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
	2,29 %	2,29 %
Départ depuis le 1 ^{er} juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
1 ^{re} année de départ	1,57 %	1,57 %
2 ^e année de départ	1,96 %	1,96 %
3 ^e année de départ	2,29 %	2,29 %
À partir de la 4 ^e année de départ	2,29 %	2,29 %

Régime local Alsace-Moselle		
Départ antérieur au 1 ^{er} juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
	1,56 %	1,56 %
Départ depuis le 1 ^{er} juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
1 ^{re} année de départ	1,07 %	1,07 %
2 ^e année de départ	1,33 %	1,33 %
3 ^e année de départ	1,56 %	1,56 %
À partir de la 4 ^e année de départ	1,56 %	1,56 %

Adulte non-retraité

Régime général		
Départ antérieur au 1 ^{er} juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
	1,87 %	1,87 %
Départ depuis le 1 ^{er} juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
1 ^{re} année de départ	1,57 %	1,57 %
2 ^e année de départ	1,72 %	1,72 %
3 ^e année de départ	1,87 %	1,87 %
À partir de la 4 ^e année de départ	1,87 %	1,87 %

Régime local Alsace-Moselle		
Départ antérieur au 1 ^{er} juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
	1,27 %	1,27 %

Régime local Alsace-Moselle		
Départ depuis le 1 ^{er} juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
1 ^{re} année de départ	1,07 %	1,07 %
2 ^e année de départ	1,17 %	1,17 %
3 ^e année de départ	1,27 %	1,27 %
À partir de la 4 ^e année de départ	1,27 %	1,27 %

Enfant

Régime général		
À compter du 1 ^{er} juillet 2020	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
	1,20 %	1,18 %

Régime local Alsace-Moselle		
À compter du 1 ^{er} juillet 2020	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
	0,82 %	0,81 %

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 ;
- 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 6 | *Haut degré de solidarité*

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

« Article 12 | *Haut degré de solidarité*

Conformément à l'article R. 912-1 du code de la sécurité sociale, 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. 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 ;
- dispositif "aide aux aidants" ;
- dispositif "coups durs" ;

- dispositif de téléconsultation ;
- dispositif “prévention” ;
- actions de prévention ponctuelles décidées et mises en place par le comité paritaire de gestion.

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. La gestion des actions de solidarité et de prévention est effectuée par le gestionnaire unique des régimes frais de santé et prévoyance.

De même, les anciens salariés visés à l'article 4.2.3 du présent accord et leurs ayants droit, adhérant au régime frais de santé auprès de l'assureur recommandé pour ce risque, bénéficient de certaines actions du haut degré de solidarité, lorsque cela est indiqué.

Un bilan des actions mises en œuvre à ce titre doit être indiqué chaque année dans le rapport sur les comptes de résultat 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.

Ce dispositif est également accessible aux anciens salariés visés à l'article 4.2.3 du présent accord et leurs ayants droit, lorsqu'ils adhèrent au régime frais de santé auprès de l'assureur recommandé.

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 année civile, financée par ce dispositif. Ces jours seront cumulables avec tout dispositif légal (congé de proche aidant, 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 titulaire et d'un représentant suppléant par organisation syndicale de salariés représentative dans la branche de la répartition pharmaceutique et membres du comité paritaire de gestion, et d'un nombre de représentants patronaux identique, issus également de la même instance. Le représentant suppléant ne siège qu'en l'absence du représentant titulaire.

Cette fonction est cumulable 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 au gestionnaire des actions de solidarité et de prévention, 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 présenteielle, visioconférence, échange de mails... Les représentants de la commission spéciale de solidarité transmettront au gestionnaire des actions de solidarité et de prévention la décision qui aura été prise.

12.1.4. Dispositif "coups durs"

Depuis le 1^{er} septembre 2018, une partie du haut degré de solidarité est consacrée au financement d'un dispositif, appelé dispositif "coups durs", qui prévoit l'attribution d'une aide financière aux personnes y étant éligibles, pour répondre aux situations difficiles qu'elles rencontrent.

Le règlement du dispositif "coups durs" définit les bénéficiaires de ce dispositif, les actions mises en œuvre dans le cadre de ce dernier et les conditions pour en bénéficier.

Le règlement du dispositif est approuvé par le comité paritaire de gestion, qui peut également acter la décision de le modifier.

12.1.5. Téléconsultation

Depuis le 1^{er} septembre 2018, les salariés des entreprises ayant adhéré auprès des assureurs recommandés, les anciens salariés en portabilité de ces entreprises, ainsi que les ayants droit de ces salariés et anciens salariés en portabilité tels que définis par l'article 4.3 du présent accord, peuvent accéder à un service de téléconsultation.

À compter du 1^{er} juillet 2020, ce dispositif sera également accessible aux anciens salariés visés à l'article 4.2.3 du présent accord et leurs ayants droit, lorsqu'ils adhèrent au régime frais de santé auprès de l'assureur recommandé.

Les modalités de recours à ce service (nombre de téléconsultation par an et par bénéficiaire notamment) sont définies par le comité paritaire de gestion avec l'assureur du régime frais de santé de la branche.

12.1.6. Dispositif "Prévention"

Depuis le 1^{er} juin 2019, une partie du haut degré de solidarité est consacrée au financement d'un dispositif, appelé dispositif "Prévention", qui prévoit la prise en charge de certaines dépenses de prévention, sur remise de justificatifs.

Le règlement du dispositif "Prévention" définit les bénéficiaires de ce dispositif, les actions de prévention prises en charge et les conditions pour en bénéficier.

Le règlement du dispositif est approuvé par le comité paritaire de gestion, qui peut également acter la décision de le modifier.

12.1.7. Actions de prévention ponctuelles décidées et mises en place par le comité paritaire de gestion

Depuis le 1^{er} juin 2019, le comité paritaire de gestion peut décider de la mise en œuvre d'actions de prévention ponctuelles financées par le budget du haut degré de solidarité, sans qu'un avenant au présent accord ne soit nécessaire.

Il lui reviendra de définir ces actions de prévention, et notamment leur contenu, leur durée, leurs modalités de mise en œuvre et le public cible, dans les conditions définies à l'article 11.3.2 du présent accord pour ses prises de décision.

Seules les actions de prévention n'ayant pas vocation à devenir pérennes pourront être mises en place par seule décision du comité paritaire de gestion.

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 suivantes 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, à leurs ayants droit et, lorsque cela est prévu, aux anciens salariés de ces mêmes entreprises, visés à l'article 4.2.3 du présent accord et adhérent au régime frais de santé de leur ancienne entreprise ainsi que leurs ayants droit, dans les mêmes conditions que celles décrites dans le présent accord, aux articles 12.1 et suivants. »

Article 7 | 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 dispositions prévues dans cet avenant étant de nature à s'appliquer à tous les salariés de la répartition pharmaceutique, peu important la taille de l'entreprise dans laquelle ils travaillent.

Article 8 | Durée de l'avenant et entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Les dispositions de l'article 6 « Haut degré de solidarité » ont pris effet au 1^{er} juin 2019, sauf dispositions contraires.

Les dispositions de l'article 5 « 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 » prendront effet au 1^{er} juillet 2020.

Concernant les autres dispositions de cet avenant, sauf indications contraires, ces dernières ont pris effet au 1^{er} janvier 2020.

Article 9 | Dénonciation. Révision

Le présent avenant pourra être dénoncé dans les conditions prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail.

Cet avenant pourra être révisé dans les conditions prévues aux articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Article 10 | 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 7 septembre 2020.

(Suivent les signatures.)