

Avenant n° 5 du 25 avril 2024

à l'accord du 12 janvier 2016
relatif à la complémentaire frais de santé et à la prévoyance

NOR : ASET2450553M

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, du 20 novembre 2018, du 7 septembre 2020 et du 11 juillet 2023.

Il a pour objet :

- de modifier l'article 5.2 « Montant des remboursements accordés aux salariés cadres et non-cadres » ;
- d'acter les modifications des cotisations du régime frais de santé et prévoyance ;
- d'entériner une modification de terminologie pour le « Haut degré de solidarité » ;
- de modifier l'article 12.1.3 « Aide pour les aidants familiaux » ;
- de créer un nouvel article 12.1.10 « Aide au financement de la complémentaire santé des anciens salariés retraités ».

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

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 2024, afin d'inclure notamment le dispositif « MonParcoursPsy ».

« 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 couverture 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.

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⁾		
wForfait 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	
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par le RO (3) « MonParcoursPsy »	100 % BR, limité à 8 séances par an et par bénéficiaire	
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 tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée	
Équipement « 100% SANTE » * 	100% FR *
Équipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	
- Bénéficiaire de 20 ans ou plus	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	
Équipement « 100% SANTE »* Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres 	100% FR *
Équipement 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 réglementairement 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 » *		
- Soins dentaires (hors Inlays-Onlays)	100 % BR	
- Inlays-Onlays	310 % BR	
- Chirurgie dentaire	100 % BR	
Prothèses Hors « 100% SANTE » *		
- Prothèses dentaires Tarif maitrisé	320 % BR	
- Prothèses dentaires Tarif libre	320 % BR	
- Inlays-core Tarif maitrisé et libre	320 % BR	
- Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	250 % BRR	
Orthodontie		
- Remboursée par le RO	350 % BR	
- Non remboursée par le RO (3)	250 % BRR	
AUTRES GARANTIES		
Transport	100 % BR	
Cure thermique (3)		
- Forfait thermal et surveillance médicale	3,66 € par jour	
Médecine douce non prise en charge par le RO (3)		
- 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 3 864€ pour 2024)

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 Santclair (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	Concerne des pratiques thérapeutiques non remboursées par le Régime Obligatoire ; seules sont remboursées par le régime les pratiques listées, dans la limite du forfait annuel indiqué

	qui s'applique pour chaque Bénéficiaire et pour l'ensemble des pratiques de la liste ; il peut être utilisé en une ou plusieurs fois sur l'année civile. Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés, dans sa spécialité ou ayant enregistré son diplôme dans les répertoires nationaux RPPS ou ADELI.
Orthodontie non remboursée par le RO	Seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste ou un chirurgien-dentiste diplômé d'état. Cet orthodontiste ou ce chirurgien-dentiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par le RO « MonParcoursPsy »	Séance réalisée par un psychologue conventionné avec l'Assurance maladie obligatoire, sous réserve de la fourniture d'une prescription médicale de la part du médecin traitant ou le cas échéant par un médecin impliqué dans la prise en charge du Bénéficiaire. Cette prestation s'entend dans la limite et les conditions prévues par décret. (article L.162-58 du Code de la Sécurité sociale). Pour toutes informations : https://monpsy.sante.gouv.fr/

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.

(4) Hospitalisation médicale et chirurgicale, y compris maternité. Le contrat d'assurance prend notamment en charge le Forfait patient urgence.

Article 3 | Cotisations du régime frais de santé

Les articles 6.1 « Taux de cotisation du régime des cadres » et 6.2 « Taux de cotisations du régime des 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 2024 :

« Article 6 | Cotisations du régime frais de santé

Article 6.1 | Taux de cotisation du régime des cadres

Depuis le 1^{er} janvier 2024, 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	1,61 %	1,61 %
Régime local Alsace-Moselle		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
TA et TB	1,07 %	1,07 %

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} janvier 2024, 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	2,69 %	2,69 %
Régime local Alsace-Moselle		
Tranche du salaire	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
TA et TB	1,82 %	1,82 %

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

Article 4 | Cotisation du régime prévoyance

L'article 9 « Cotisations du régime prévoyance » de l'accord du 12 janvier 2016 et ses avenants est annulé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 9 | Cotisations du régime prévoyance

Article 9.1 | Taux de cotisation du régime des cadres

À compter du 1^{er} janvier 2024, le taux de cotisation destiné à couvrir les garanties incapacité-invalidité-décès du régime prévoyance pour les salariés cadres est fixé à 1,87 % des tranches A et B du salaire brut.

La répartition par risque est la suivante :

Risque incapacité	
Tranche du salaire	Taux de cotisation
TA et TB	0,43 %

Risque invalidité	
Tranche du salaire	Taux de cotisation
TA et TB	0,46 %
Risque décès	
Tranche du salaire	Taux de cotisation
TA et TB	0,98 %
Total	
Tranche du salaire	Taux de cotisation
TA et TB	1,87 %

L'entreprise devra obligatoirement prendre en charge 100 % de la tranche T A à concurrence de 1,50 %. Au-delà de ce taux pour la tranche TA, ainsi que pour l'intégralité de la cotisation sur la tranche TB, la part prise en charge par l'entreprise est, au minimum, de 50 % de ces cotisations.

Article 9.2 | Taux de cotisation du régime des non-cadres

À compter du 1^{er} janvier 2024, le taux de cotisation destiné à couvrir les garanties incapacité-invalidité-décès du régime prévoyance pour les salariés non-cadres est fixé à 3,09 % des tranches A et B du salaire brut.

La répartition par risque est la suivante :

Risque incapacité	
Tranche du salaire	Taux de cotisation
TA et TB	1,10 %
Risque invalidité	
Tranche du salaire	Taux de cotisation
TA et TB	0,72 %
Risque décès	
Tranche du salaire	Taux de cotisation
TA et TB	0,45 %
Total	
Tranche du salaire	Taux de cotisation
TA et TB	2,27 %

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

Ce taux global inclut, par ailleurs, la garantie "mensualisation" prévue dans le cadre du régime incapacité.

Mensualisation couverte par le régime prévoyance Cotisation correspondant à la partie de l'obligation de maintien de salaire par l'employeur couverte dans le régime	
Tranche du salaire	Taux de cotisation
TA et TB	0,82 %

Cette cotisation destinée à couvrir une partie de la mensualisation est à la seule charge de l'entreprise. »

Article 5 | Degré élevé de solidarité

Article 5.1 | Modification de terminologie

L'expression « Haut degré de solidarité » dans l'accord du 12 janvier 2016 et ses avenants est supprimée et remplacée par le terme « Degré élevé de solidarité ».

Article 5.2 | Modification de l'article 12.1.3 « Aide pour les aidants familiaux »

L'article 12.1.3 « Aide pour les aidants familiaux » de l'accord du 12 janvier 2016 et de ses avenants est annulé et remplacé par les dispositions ci-dessous :

« 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 degré élevé 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 vingt-sept 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 indispensable 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 avoir au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise.

Le montant de cette aide pour une journée est de 70 euros. 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 30 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.

Par ailleurs, dans le cas où le salarié bénéficierait déjà du versement d'une indemnité au titre d'un dispositif légal ou d'entreprise, ce dernier pourra également bénéficier de l'aide pour les aidants, dans les conditions définies ci-dessus. Toutefois, l'indemnité journalière perçue au titre du dispositif légal ou d'entreprise sera déduite de l'indemnité forfaitaire journalière prévue dans le présent dispositif, afin que les deux indemnités cumulées ne dépassent pas 70 € par jour.

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 du comité paritaire de gestion.

Les demandes des salariés seront envoyées au gestionnaire des actions de solidarité et de prévention, qui transmettra la demande aux membres du comité paritaire de gestion. Ces derniers rendront leur avis lors de leurs réunions, telles que prévues à l'article 11.3.1 du présent accord.

Dans le cas où une prise de décision rapide, compte tenu de l'urgence de la situation dans laquelle le salarié se trouverait, s'avère nécessaire, les membres du comité paritaire de gestion pourront être saisi par le gestionnaire des actions de solidarité et de prévention afin qu'ils rendent leur avis avant la tenue de la prochaine réunion. Cette prise de décision se fera alors par tout moyen utile : conférence téléphonique, réunion présentielle, visio-conférence, échange de mails... Les membres du comité paritaire de gestion transmettront ensuite au gestionnaire des actions de solidarité et de prévention la décision qui aura été prise. »

Article 5.3 | Aide au financement de la complémentaire santé des anciens salariés retraités

L'article 12.1.10 vient compléter l'article 12.1 « Mise en œuvre des actions de solidarité et de prévention dans le cadre du degré élevé de solidarité pour les salariés des entreprises adhérant aux régimes frais de santé et prévoyance de la branche auprès des assureurs recommandés ».

« 12.1.10. Aide au financement de la complémentaire santé des anciens salariés retraités

Une aide au financement de la complémentaire santé pour les anciens salariés retraités est créée à compter de l'année 2023. Cette aide financière est ouverte aux anciens salariés retraités dont la pension de retraite annuelle nette de référence est inférieure à un montant annuel défini par le comité paritaire de gestion, qui en fixe également le montant. »

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 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 7 | Durée de l'avenant et entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

En dehors des dispositions de l'article 5.3 « Aide au financement de la complémentaire santé des anciens salariés retraités » qui est entré en vigueur au 1^{er} septembre 2023, les autres dis-

positions de cet avenant ont, sauf indications contraires dans les articles, pris effet au 1^{er} janvier 2024.

Article 8 | 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 9 | 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, de la santé et des solidarités l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 25 avril 2024.

(Suivent les signatures.)