

**Avenant n° 7 du 21 novembre 2025**  
à l'accord du 12 janvier 2016  
relatif à la complémentaire frais de santé et à la prévoyance

NOR : ASET2650201M

IDCC : 1621

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

**CSRP,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FCE CFDT ;**

**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.

Il a pour objet :

- de modifier l'article 4.3.1 « Ayants droit affiliés à titre obligatoire » ;
- de modifier l'article 4.3.2 « Ayants droit affiliés à titre optionnel » ;
- de modifier l'article 5.2 « Montant des remboursements accordés aux salariés cadres et non-cadres » ;
- de modifier l'article 5.3 « Contrat responsable » ;
- de modifier l'article 6.3 « Cotisation forfaitaire des conjoints à charge » ;
- d'acter les modifications des cotisations du régime frais de santé pour les anciens salariés ;
- de créer un article 7.5 « Enfants à charge » ;
- de remplacer le terme « Pôle emploi » par « France Travail » dans les articles 4.2.1 « Maintien gratuit des garanties en cas de rupture du contrat de travail », 4.2.2 « Rupture ou fin de contrat de travail ouvrant droit à la portabilité » et 7.3 « Rupture ou fin de contrat de travail ouvrant droit à la portabilité. »

## Article 1<sup>er</sup> | *Champ d'application*

Cet avenant est applicable aux entreprises relevant du champ d'application tel que défini par l'article A.2 de la convention collective nationale de la répartition pharmaceutique.

## Article 2 | *Ayants droit affiliés à titre obligatoire*

L'article 4.3.1 « Ayants droit affiliés à titre obligatoire » de l'accord du 12 janvier 2016 et ses avenants est annulé et remplacé par les dispositions suivantes à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026 :

### « Article 4.3.1 | *Ayants droit affiliés à titre obligatoire*

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026, les ayants droit affiliés à titre obligatoire sont définis comme étant :

- les enfants à charge au sens de la sécurité sociale du salarié ou de son conjoint/partenaire de Pacs/concubin ;
- les enfants du salarié ou de son conjoint/partenaire de Pacs/concubin, jusqu'à 27 ans inclus, poursuivant leurs études ou sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, ou bénéficiant des mesures en faveur de l'emploi dans le cadre des dispositions légales ou réglementaires en vigueur (sur présentation de l'attestation de prise en charge par France Travail à chaque versement de prestation) ;
- les enfants à charge du salarié ou de son conjoint/partenaire de Pacs/concubin, quel que soit leur âge en cas d'handicap, dès lors qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé, ou qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention "invalidité" ;
- les ascendants du salarié, dès lors qu'ils répondent à la définition de l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale ;
- les petits-enfants du salarié ou de son conjoint/partenaire de Pacs/concubin, à charge au sens sécurité sociale ;
- les ascendants ou descendants du salarié bénéficiaires de l'article L. 212-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, s'ils sont à charge au sens de l'article 196 A *bis* du code général des impôts. »

## Article 3 | *Ayants droit affiliés à titre optionnel*

L'article 4.3.2 « Ayants droit affiliés à titre optionnel » de l'accord du 12 janvier 2016 et ses avenants est annulé et remplacé par les dispositions suivantes à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026 :

### « Article 4.3.2 | *Ayants droit affiliés à titre optionnel*

#### a) Conjoint à charge

Les conjoints à charge des salariés peuvent être affiliés de façon optionnelle au régime frais de santé. Cette affiliation est faite de façon volontaire, en contrepartie du paiement direct d'une cotisation à l'assureur, telle que définie à l'article 6.3.1 du présent accord.

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

- l'époux ou l'épouse légitime du salarié, même séparé de corps mais non divorcé ;
- le concubin du salarié ;
- le partenaire de pacte civil de solidarité du salarié, dès lors que cette personne est affiliée à titre personnel à un régime obligatoire et qu'elle est en mesure de prouver, par la fourniture du dernier avis d'imposition commune, l'absence d'activité professionnelle, et l'absence de perception d'un revenu d'activité ou l'absence d'un revenu de remplacement (hors retraite) supérieur, pour l'année de référence

fiscale, au montant annuel forfaitaire du revenu de solidarité active (RSA) versé pour une personne seule sans enfant.

En l'absence d'avis d'imposition commun, l'envoi de l'avis d'imposition du concubin sera requis, accompagné de tout justificatif permettant de confirmer une adresse commune, y compris une facture aux deux noms ou tout autre justificatif attestant d'une vie commune.

En outre, le conjoint retraité du salarié peut continuer à bénéficier du présent régime, aux conditions cumulatives suivantes :

- avoir été couvert au titre du présent accord en qualité de conjoint à charge du salarié ;
- s'acquitter directement auprès de l'assureur du versement intégral de la cotisation "adulte retraité" prévue à l'article 6.4 du présent accord.

#### *b) Conjoint non à charge*

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026, les conjoints non à charge des salariés pourront être affiliés de façon optionnelle au régime frais de santé. Cette affiliation est faite de façon volontaire, en contrepartie du paiement direct d'une cotisation à l'assureur, telle que définie à l'article 6.3.2 du présent accord.

Le conjoint non à charge du salarié, au sens du présent accord, est défini comme étant le conjoint ne remplissant pas les conditions pour être considéré comme un conjoint à charge, tel qu'il est défini à l'article 4.3.2.a "Conjoint à charge" ci-dessus.

En outre, le conjoint retraité du salarié peut continuer à bénéficier du présent régime, aux conditions cumulatives suivantes :

- avoir été couvert au titre du présent accord en qualité de conjoint non à charge du salarié ;
- s'acquitter directement auprès de l'assureur du versement intégral de la cotisation "adulte retraité" prévue à l'article 6.4 du présent accord. »

## **Article 4 | 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<sup>er</sup> janvier 2025, afin d'inclure notamment une modification du dispositif « MonSoutienPsy » et une précision relative à l'orthodontie non remboursée par le régime obligatoire.

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

Les garanties sont conformes 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 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<sup>er</sup> 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 <sup>(1)</sup>	
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
HOSPITALISATION <sup>(4)</sup>		
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	
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par le RO (3) « MonSoutienPsy	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 tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée		
Equipement « 100% SANTE » * 	100% FR *	
Equipement 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		
<b>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.</b> <b>Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées</b>		
<b>Equipement « 100% SANTE »*</b> Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres		<b>100% FR *</b>
<b>Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre*</b>  - Par monture :  Bénéficiaire de 16 ans ou plus  Bénéficiaire de moins de 16 ans		<b>60 € par monture</b>  <b>45 € par monture</b>
- Par verre  Dans le Réseau partenaire**  Hors Réseau partenaire**	<b>100 % FR</b> dans la limite des dispositions définies règlementairement pour les contrats responsables <b>Voir grille garantie par verre ci-dessous</b>	
- Prestations d'adaptation et prestation d'appairage	<b>100% BR</b>	
<b>Lentilles correctrices :</b>  - 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
<b>Verre Unifocal</b>		
Sphère 0 à 4 dioptries et cylindre inférieur ou égale à 2	<b>60 €</b>	<b>40 €</b>
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	<b>90 €</b>	<b>55 €</b>
Sphère 0 à 6 dioptries et cylindre supérieur à 4 dioptries ou de sphère 6.25 à 8 dioptries	<b>140 €</b>	<b>90 €</b>
Sphère supérieur ou égale à 8.25 dioptries	<b>200 €</b>	<b>150 €</b>
<b>Verre Multifocal</b>		
Sphère 0 à 4 dioptries et cylindre inférieur ou égale à 2	<b>120 €</b>	<b>150 €</b>
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	<b>140 €</b>	<b>150 €</b>
Sphère 0 à 6 dioptries et cylindre supérieur à 4 dioptries ou de sphère 6.25 à 8 dioptries	<b>200 €</b>	<b>150 €</b>
Sphère supérieur ou égale à 8.25 dioptries	<b>230 €</b>	<b>150 €</b>

DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * (2) 	100% FR *
<b>Soins Hors « 100% SANTE » *</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins dentaires (hors Inlays-Onlays) 100 % BR</li> <li>- Inlays-Onlays 310 % BR</li> <li>- Chirurgie dentaire 100 % BR</li> </ul>	
<b>Prothèses Hors « 100% SANTE » *</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé 320 % BR</li> <li>- Prothèses dentaires Tarif libre 320 % BR</li> <li>- Inlays-core Tarif maîtrisé et libre 320 % BR</li> <li>- Prothèses dentaires <i>non remboursées par le RO</i> (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes) 250 % BRR</li> </ul>	
<b>Orthodontie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remboursée par le RO 350 % BR</li> <li>- Non remboursée par le RO (3) 250 % BRR</li> </ul> <b>Limité à 6 semestres par bénéficiaire et à 2 années par bénéficiaire pour la contention</b>	
AUTRES GARANTIES	
<b>Transport</b>	100 % BR
<b>Cure thermique (3)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forfait thermal et surveillance médicale 3,66 € par jour</li> </ul>	
<b>Médecine douce non prise en charge par le RO (3)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ostéopathe 25 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire</li> </ul>	

#### 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

**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.

(\*\*) 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<sup>er</sup> 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 FINESS, RPPS ou ADELI et disposant d'un numéro de SIRET.
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	Séance réalisée par un psychologue conventionné avec l'Assurance maladie obligatoire. Cette prestation s'entend dans la limite et les conditions prévues par décret. (Article L.162-58 du Code de la Sécurité sociale).

**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 5 | *Contrat responsable*

L'article 5.3 « Contrat responsable » est annulé et remplacé par les dispositions suivantes à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025 :

### « 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 ;
- la minoration prévue à l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, applicable en cas de refus du mode de transport sanitaire partagé, par le bénéficiaire, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport.

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 6 | *Cotisations des conjoints à charge et des conjoints non à charge*

L'article 6.3 « Cotisation forfaitaire des conjoints à charge » est annulé et remplacé par les dispositions suivantes à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026. Il est également renommé « Cotisations des conjoints » :

### « Article 6.3 | *Cotisations des conjoints*

#### Article 6.3.1 | Cotisation forfaitaire des conjoints à charge

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, le conjoint à charge, tel que défini à l'article 4.3.2.a du présent accord, peut adhérer volontairement au régime, en contrepartie du versement d'une cotisation forfaitaire d'un montant mensuel de 20 euros, qu'il verse directement à l'assureur.

La différence entre la cotisation d'équilibre pour les conjoints à charge, évaluée tous les ans par l'assureur, et la cotisation forfaitaire demandée, sera prise en charge dans le cadre du degré élevé de solidarité, tel que prévu à l'article 12.1.1 du présent accord.

Tous les ans, à l'occasion de la présentation par l'assureur recommandé au comité paritaire de gestion de la cotisation d'équilibre, le montant de la cotisation forfaitaire pourra être modifié, par le comité paritaire de gestion, sans qu'un avenant au présent accord ne soit nécessaire.

### Article 6.3.2 | Cotisation des conjoints non à charge

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026, le taux de cotisation mensuel destiné à couvrir les garanties maladie-chirurgie-maternité du régime frais de santé pour le conjoint non à charge, tel que défini à l'article 4.3.2.b du présent accord, est fixé à :

Régime général		
Plafond mensuel de la sécurité sociale	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
	1,71 %	1,71 %
Régime local Alsace-Moselle		
Plafond mensuel de la sécurité sociale	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
	1,15 %	1,15 %

Ces dernières correspondent à un pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale. »

## Article 7 | *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*

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 » est 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 comme indiqué ci-dessous :

- à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2025 pour les taux de cotisations appelés pour les adultes retraités et les adultes non-retraités, conformément à la décision prise par le comité paritaire de gestion du 25 octobre 2024 en application de l'article 3 du présent accord ;
- à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2025 pour les taux de cotisations contractuels pour les adultes retraités et les adultes non-retraités.

Les taux de cotisation "enfant" restent, eux, inchangés.

Ces dernières correspondent à un pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

## Adultes retraités

Régime général		
Départs antérieurs au 1 <sup>er</sup> juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
	2,55 %	2,55 %
Départs depuis le 1 <sup>er</sup> juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
1 <sup>re</sup> année de départ	1,75 %	1,75 %
2 <sup>e</sup> année de départ	2,18 %	2,18 %
3 <sup>e</sup> année de départ	2,55 %	2,55 %
À partir de la 4 <sup>e</sup> année de départ	2,55 %	2,55 %
Régime local Alsace-Moselle		
Départs antérieurs au 1 <sup>er</sup> juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
	1,74 %	1,74 %
Départs depuis le 1 <sup>er</sup> juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
1 <sup>re</sup> année de départ	1,19 %	1,19 %
2 <sup>e</sup> année de départ	1,48 %	1,48 %
3 <sup>e</sup> année de départ	1,74 %	1,74 %
À partir de la 4 <sup>e</sup> année de départ	1,74 %	1,74 %

## Adultes non retraités

Régime général		
Départs antérieurs au 1 <sup>er</sup> juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
	2,09 %	2,09 %
Départs depuis le 1 <sup>er</sup> juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
1 <sup>re</sup> année de départ	1,75 %	1,75 %
2 <sup>e</sup> année de départ	1,92 %	1,92 %
3 <sup>e</sup> année de départ	2,09 %	2,09 %
À partir de la 4 <sup>e</sup> année de départ	2,09 %	2,09 %
Régime local Alsace-Moselle		
Départs antérieurs au 1 <sup>er</sup> juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
	1,41 %	1,41 %
Départs depuis le 1 <sup>er</sup> juillet 2017	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
1 <sup>re</sup> année de départ	1,19 %	1,19 %
2 <sup>e</sup> année de départ	1,31 %	1,31 %
3 <sup>e</sup> année de départ	1,41 %	1,41 %
À partir de la 4 <sup>e</sup> année de départ	1,41 %	1,41 %

Régime général		
À compter du 1 <sup>er</sup> juillet 2020	Taux de cotisation contractuel	Taux de cotisation appelé
	1,20 %	1,18 %
Régime local Alsace-Moselle		
À compter du 1 <sup>er</sup> 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<sup>e</sup> enfant.

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

## Article 8 | Création de l'article 7.5 « Enfants à charge »

### « Article 7.5 | Enfants à charge

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026, les enfants à charge dans le régime prévoyance sont définis comme étant :

- les enfants du salarié de moins de 16 ans ou de moins de 18 ans s'ils sont non-salariés, ou ne disposent pas de revenu d'activité (ex. profession libérale, entrepreneur, etc.) ;
- les enfants du salarié jusqu'à 27 ans inclus poursuivant leurs études ou s'ils sont en apprentissage ou en contrat de professionnalisation ;
- les enfants du salarié quel que soit leur âge en cas d'handicap, dès lors qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé, ou qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention “invalidité” ;
- les enfants nés viables moins de 300 jours après le décès de l'assuré sont considérés comme à la charge au jour du décès.

Les enfants adoptés ou recueillis par le salarié entrent dans toutes les conditions précédentes s'ils sont à sa charge au sens fiscal (art. 196 du code général des impôts). »

## Article 9 | Remplacement du terme « Pôle emploi » par « France Travail »

### Article 9.1 | Modification de terminologie

L'expression « Pôle emploi » dans l'accord du 12 janvier 2016 et ses avenants est supprimée et remplacée par le terme « France Travail ».

## **Article 9.2 | Modification de l'article 4.2.1 « Maintien gratuit des garanties en cas de rupture du contrat de travail »**

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025, l'article 4.2.1 « Maintien gratuit des garanties en cas de rupture du contrat de travail », est remplacé par les dispositions ci-dessous :

### **« Article 4.2.1 | Maintien gratuit des garanties en cas de rupture du contrat de travail »**

Le salarié bénéficiaire du régime et ses ayants droit affiliés à titre obligatoire bénéficient gratuitement du maintien des garanties frais de santé, pendant six mois à compter du terme du contrat de travail du salarié (préavis effectué ou non), sous réserve que ce dernier :

- ait cotisé pendant une durée supérieure à six mois au présent régime d'une façon continue ou discontinue dans une ou plusieurs entreprises relevant du champ d'application de la convention collective ;
- soit inscrit à France Travail à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ;
- perçoive une indemnisation par l'assurance chômage et ce, quelle que soit la durée de cette indemnisation, ou soit inscrit à un congé de reclassement ou un contrat de sécurisation professionnelle.

Est concerné :

- le salarié licencié ;
- le salarié ayant adhéré à un congé de reclassement ou un contrat de sécurisation professionnelle, en application des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles en vigueur ;
- le salarié démissionnaire, dont la démission a été reconnue comme légitime par France Travail.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la portabilité, telle que décrite à l'article 4.2.2 du présent accord, mais intervient sous déduction de cette dernière. »

## **Article 9.3 | Modification de l'article 4.2.2 « Rupture ou fin de contrat de travail ouvrant droit à la portabilité »**

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025, l'article 4.2.2 « Rupture ou fin de contrat de travail ouvrant droit à la portabilité » est remplacé par les dispositions ci-dessous :

### **« Article 4.2.2 | Rupture ou fin de contrat de travail ouvrant droit à la portabilité »**

L'ancien salarié éligible à la portabilité bénéficie d'un maintien des garanties frais de santé, à titre gratuit, pour une durée égale à celle de son dernier contrat de travail, ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois et le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois.

L'ancien salarié est éligible à la portabilité s'il justifie cumulativement :

- de la cessation de son contrat de travail (non consécutive à une faute lourde) ;
- de l'ouverture de ses droits à couverture dans l'entreprise, avant la cessation de son contrat de travail ;
- de l'ouverture de ses droits à France Travail.

Les garanties maintenues sont celles définies dans le régime et suivront, s'il y a lieu, l'évolution des garanties des salariés actifs de l'entreprise dans laquelle il était salarié.

Les ayants droit, tels que définis dans le présent accord à l'article 4.3, couverts en tant qu'ayant droit à la date de cessation du contrat de travail, bénéficient également du maintien des garanties et ce tant que l'ancien salarié ouvre droit à la portabilité. »

#### **Article 9.4 | *Modification de l'article 7.3 « Rupture ou fin de contrat de travail ouvrant droit à la portabilité »***

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025, l'article 7.3 « Rupture ou fin de contrat de travail ouvrant droit à la portabilité » est remplacé par les dispositions ci-dessous :

##### **« Article 7.3 | *Rupture ou fin de contrat de travail ouvrant droit à la portabilité***

L'ancien salarié éligible à la portabilité bénéficie d'un maintien des garanties prévoyance, à titre gratuit, pour une durée égale à celle de son dernier contrat de travail, ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois et le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois.

L'ancien salarié est éligible à la portabilité s'il justifie cumulativement :

- de la cessation de son contrat de travail (non consécutive à une faute lourde) ;
- de l'ouverture de ses droits à couverture dans l'entreprise, avant la cessation de son contrat de travail ;
- de l'ouverture de ses droits à France Travail.

Les garanties maintenues sont celles définies dans le régime et suivront, s'il y a lieu, l'évolution des garanties des salariés actifs de l'entreprise à laquelle le salarié appartenait. »

#### **Article 10 | *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 11 | *Durée de l'avenant et entrée en vigueur***

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

En dehors des dispositions des articles 2 « Ayants droit affiliés à titre obligatoire », 3 « Ayants droit affiliés à titre optionnel », 6 « Cotisations des conjoints à charge et des conjoints non à charge » et 8 « Création de l'article 7.5 "Enfants à charge" » qui entreront en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2026, ainsi que des dispositions de l'article 7 « 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 » qui entreront en vigueur, uniquement pour les taux de cotisations contractuels, au 1<sup>er</sup> décembre 2025, les autres dispositions de cet avenant ont, sauf indications contraires dans les articles, pris effet au 1<sup>er</sup> janvier 2025.

#### **Article 12 | *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 13 | 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, bureau DS1, 14, avenue Duquesne, 75350 Paris SP 07), 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 21 novembre 2025.*

(Suivent les signatures.)