

## Accord du 22 Juin 2015

# Mettant en place un régime complémentaire santé dans la branche des Commerces De Détail Non Alimentaires - IDCC 1517

### Préambule

- Considérant la loi sur la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 qui instaure la généralisation de la couverture complémentaire santé à partir du 1er janvier 2016,
- Considérant le périmètre de la convention collective nationale des commerces de détail non alimentaires - IDCC 1517 - composé essentiellement de très petites entreprises, 95 % des entreprises de la branche ont en effet un effectif inférieur à 10 salariés,

Les signataires du présent accord partagent la conviction que ces entreprises doivent être accompagnées pour assurer la mise en place d'une couverture collective minimale des frais de santé (soins médicaux courants, forfait journalier hospitalier, soins dentaires, forfait optique...).

Le présent accord permet de garantir l'exécution d'une couverture santé minimum identique pour tous les salariés, quel que soit leur statut et donne la priorité aux dépenses de santé les plus courantes.

Les signataires conviennent que sa mise en œuvre par les organismes prestataires choisis est à même d'une part de garantir la solidarité entre toutes les entreprises de la branche et d'autre part de permettre aux partenaires sociaux de s'engager vers une véritable politique de protection sociale et d'en assurer le suivi.

Les dispositions suivantes présentent les éléments caractéristiques du régime de complémentaire santé qui répond à un objectif de mutualisation des risques au niveau de la branche afin de pallier les difficultés rencontrées par les entreprises notamment les TPE, pour cette mise en œuvre.

Le régime défini par les signataires consacre une part de son budget à l'action sociale et à la prévention des risques adaptée aux métiers de la branche.

Les partenaires sociaux signataires ont sélectionné dans ce cadre le ou les organismes qui sont recommandés pour assurer l'ensemble des entreprises couvertes par le champ d'application conventionnelle ou appliquant volontairement la convention collective.

Chaque entreprise pourra ainsi solliciter le ou les prestataire(s) de son choix recommandé(s) par le présent accord pour souscrire la couverture d'assurance ainsi définie. Elle doit en financer au moins la moitié du coût, quelle que soit sa taille.

### **Article 1 - Champ d'application**

Le régime complémentaire santé mis en place dans la branche s'applique à toutes les entreprises relevant de la convention collective nationale des commerces de détail non alimentaires, IDCC 1517.

Les entreprises peuvent améliorer le niveau de garanties et de prise en charge de la cotisation par l'employeur en formalisant un acte de droit du travail dans les conditions prévues à l'article L.911-1 CSS.

## **Article 2 - Bénéficiaires**

La complémentaire santé est obligatoire pour tous les salariés à l'exception, le cas échéant, de ceux qui peuvent être dispensés d'affiliation dans les conditions exposées à l'article 3 du présent accord.

Elle s'applique d'une manière identique à l'ensemble des salariés de l'entreprise sans distinction de catégories, de niveau hiérarchique, ou de sexe.

## **Article 3 - Dispense d'affiliation**

Peuvent à leur initiative et quelle que soit leur date d'embauche, se dispenser d'adhérer au présent régime Frais de Santé, conformément aux dispositions réglementaires, en fournissant les justificatifs correspondant et à condition d'avoir été préalablement informés par l'employeur des conséquences de cette demande :

- les salariés en contrat à durée déterminée et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail au moins égal à 12 mois, à condition de justifier par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés sous contrat à durée déterminée et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail de moins de 12 mois, sans aucune conditions particulières ;
- les apprentis et salariés à temps partiel dont la cotisation excède 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiant de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés bénéficiant d'un contrat individuel à la date de mise en place ou d'embauche peuvent être dispensés d'adhésion jusqu'à l'échéance annuelle de leur contrat ;
- les salariés à employeurs multiples qui bénéficient déjà par ailleurs pour les mêmes risques, d'une couverture collective obligatoire instaurée par leur employeur. La preuve de cette couverture doit être apportée chaque année ;

En aucun cas, une dispense d'adhésion ne peut être imposée par l'employeur.

Les salariés concernés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au présent régime et produire tout justificatif requis, après information, par l'employeur, des conséquences de ce choix.

Cette demande de dispense devra être formulée dans les 15 jours suivant la mise en place du régime institué par le présent accord ou à l'embauche du salarié concerné si elle est postérieure à cette mise en place. A défaut, ils seront affiliés d'office au régime.

En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser au régime institué par le présent accord dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations ci-dessus et doivent en informer immédiatement l'employeur.

Par ailleurs, dans les cas où une justification doit être produite chaque année à l'employeur, celle-ci doit lui être adressée entre le 1er et le 31 décembre. Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1er janvier qui suit. Les documents d'affiliation lui sont adressés et la cotisation salariale est alors précomptée sur le bulletin de paie.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion à la couverture du socle obligatoire. Cette adhésion prendra alors effet le 1er jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable pendant 2 ans.

#### **Article 4 - Organismes recommandés par la branche**

Après le lancement d'un appel à la concurrence sur le cahier des charges défini par les partenaires sociaux, un ou des organismes référents ont été choisis et sont recommandés aux entreprises de la branche qui décideront de souscrire la couverture santé mutualisée au sein de la branche.

Un avenant au présent accord déterminera le ou les organismes choisis par les partenaires sociaux.

#### **Article 5 - Financement du régime et garanties versées aux bénéficiaires**

Le régime de Branche Frais de Santé comprend deux différents niveaux de garanties :

- le régime de Base obligatoire le régime optionnel, avec un niveau de garanties supérieur à la Base, pour les salariés des entreprises adhérentes souhaitant améliorer le niveau des garanties dont ils bénéficient au titre du régime de Base.

##### **• 5.1 Cotisation mensuelle de base :**

La cotisation mensuelle est prise en charge à hauteur d'au moins 50 % par l'employeur. Cette contribution de l'employeur porte exclusivement sur le régime de base obligatoire. Elle est fixée à un taux uniforme pour l'ensemble des salariés.

La part salariale est prélevée sur la rémunération mensuelle de chaque salarié. Elle est dite « cotisation salarié ».

Un avenant au présent accord détermine la cotisation applicable en cas d'adhésion à le ou les organisme(s) assureur(s) recommandé(s).

La cotisation pourra être révisée conformément à l'article 11 du présent accord et devra faire l'objet d'un avenant négocié en Commission Paritaire Nationale.

Conformément au décret du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés, pour les salariés relevant du régime obligatoire local d'Alsace-Moselle, les prestations versées au titre de la couverture complémentaire seront déterminées après déduction de celles déjà garanties par le régime obligatoire ; en conséquence, les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié seront réduites à hauteur du différentiel de prestations correspondant.

##### **• 5.2 Garanties de base :**

Le niveau des prestations respecte a minima le niveau des garanties instauré par le décret du 8 septembre 2014 et les contraintes du « contrat responsable » instaurées par les dispositions du décret du 28 novembre 2014.

Les prestations sont définies par avenant au présent accord.

##### **• 5.3 Garanties optionnelles à la charge du salarié**

Le salarié pourra améliorer les prestations dont il bénéficie en souscrivant facultativement des garanties optionnelles.

Ces garanties sont intégralement financées par le salarié.

###### **- 5.3.1 Ayants droit des assurés**

Dans le cas de la mise en place du régime de Base obligatoire pour les salariés, la couverture sera étendue facultativement au profit :

##### **Du conjoint :**

- Le conjoint non séparé judiciairement, à charge au sens de la Sécurité Sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale ;

- Le partenaire, dans le cadre d'un PACS, à charge au sens de la Sécurité Sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale ;
- Le concubin à charge au sens de la Sécurité Sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale.

#### **et des enfants à charge :**

Les enfants sont considérés comme étant à charge :

- Jusqu'à la date à laquelle ils atteignent leur 20<sup>ème</sup> anniversaire ;
- Jusqu'à leur 26<sup>ème</sup> anniversaire lorsqu'ils sont affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants, lorsqu'ils sont étudiants de l'enseignement secondaire ou supérieur affiliés au régime de Sécurité sociale autre que celui visé ci-dessus, sous réserve qu'ils reçoivent une rémunération mensuelle inférieure ou égale à 55 % du SMIC.

Le coût supplémentaire dû au titre des membres de la famille sont intégralement financés par le salarié.

#### *- 5.3.2 Garanties optionnelles pour les ayants droit*

Les signataires envisagent l'option et le tarif négocié pour les ayants droit. Ils s'engagent à examiner cette option « ayants droit » à l'issue de la première année de mise en place du régime de la branche. La négociation fera l'objet, le cas échéant, d'un avenant ad hoc.

#### **• 5.4 Garanties en cas de suspensions du contrat de travail**

##### *- 5.4.1 Suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération par l'employeur ou un organisme assureur*

Dans les cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné, si celui-ci souhaite conserver cette couverture, à condition qu'il règle directement à l'organisme assureur par prélèvement automatique sur son compte bancaire, l'intégralité des cotisations (part patronale + part salariale).

##### *- 5.4.2 En cas de suspension du contrat de travail avec maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou un organisme assureur*

Dans les cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (maladie, maternité etc ...), la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné et l'employeur précomptera sur la rémunération maintenue la part de cotisation à la charge du salarié, l'employeur maintenant la part patronale.

### **Article 6 - Portabilité de la complémentaire santé**

Les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

1° Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du 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, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;

2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4° Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;

5° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;

6° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Le maintien est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail.

### **Article 7 - Maintien des garanties**

Le régime Frais de Santé propose, conformément aux dispositions de l'article 4 de la Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite «Loi Evin» et selon les modalités de la Jurisprudence de Février 2008 et de Janvier 2009, un maintien des garanties pour :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les ayants-droit de l'assuré décédé, selon le principe de couverture automatique des enfants de parents isolés.

Les anciens salariés bénéficiant des dispositions d'un dispositif « article 4 Loi Evin » ont le choix entre :

- une structure d'accueil comportant plusieurs formules, dont le choix revient à l'ancien salarié ;
- un maintien strictement à l'identique des garanties des actifs, apprécié à la sortie de l'entreprise.

Ils doivent être pleinement informés des conséquences de leur choix par l'organisme prestataire.

### **Article 8 - Action sociale de la branche - Solidarité - Prévention santé**

Le présent accord instaure un régime frais de santé présentant un degré élevé de solidarité au sens de l'article L.912-1 du code de la Sécurité Sociale et comprend à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif.

Conformément aux dispositions réglementaires, au moins 2 % des cotisations sont allouées au financement d'actions de prévention de santé publique et aux prestations d'action sociale des salariés de la branche.

Afin d'assurer l'équilibre structurel des garanties de la branche et d'accompagner les salariés dont la situation professionnelle est précaire ou fragile et de déployer un dispositif de prévention des risques, un fonds collectif est institué.

Ce fond social est géré par le ou les organismes recommandés par la branche selon l'article 4 du présent accord.

Le fond social est dédié aux seuls salariés cotisants.

Les entreprises non adhérentes du ou des organismes recommandés selon les dispositions de l'article 4 du présent accord doivent également prévoir la mise en œuvre des dispositions mentionnées dans le présent article.

Ainsi, tout contrat d'assurance souscrit par une entreprise en dehors du ou des organismes recommandés, pour la couverture des garanties du régime complémentaire santé de la branche, doit impérativement prévoir la mise en œuvre d'actions présentant un degré élevé de solidarité, conformes à celles prévues par le présent accord et ses avenants. Le contrat souscrit devra également identifier le versement d'une contribution d'au moins 2% des cotisations, affectés au financement des actions prévues par le présent accord en matière de solidarité, d'action sociale et de prévention.

Les partenaires sociaux signataires du présent accord mandatent le ou les organismes recommandés selon les dispositions de l'article 4 pour vérifier la mise en œuvre des présentes dispositions. Pour ce faire, les entreprises seront tenues de fournir, si la demande leur est faite, une copie du contrat d'assurance qu'elles ont souscrit et qui devra mentionner l'application des présentes dispositions obligatoires en matière de solidarité, d'action sociale et de prévention.

## **Article 9 - Accompagnement des entreprises et des salariés**

### ***• 9.1 Notice d'information individuelle***

L'employeur informe chaque salarié bénéficiaire de la complémentaire santé ainsi que tout nouvel embauché. A cette fin, il leur remettra une notice d'information détaillée résumant l'ensemble des garanties et leurs modalités d'application.

De la même manière, les salariés sont tenus informés de toute évolution future des garanties.

## **Article 10 - Evolution des garanties et cotisations du régime obligatoire**

A tout moment, si des évolutions législatives et réglementaires venaient à s'imposer aux garanties mises en place, devant entraîner des modifications des garanties et/ou des cotisations, celles-ci seraient mises à jour sans remettre en cause les termes du présent accord. Une information générale sera effectuée auprès des employeurs et des salariés de la profession.

La cotisation pourra être révisée dans le cadre du suivi prévue à l'article 11 du présent accord et devra faire l'objet d'un avenant négocié en Commission Paritaire Nationale.

## **Article 11 - Suivi de l'accord**

La Commission Paritaire Nationale assure le suivi de l'accord.

Elle se réunit au moins une fois par semestre pour examiner et suivre le régime, ainsi que le faire évoluer.

## **Article 12 - Modalités de révision et dénonciation**

Les modalités de révision et dénonciation sont fixées par les articles 4 et 5 du Chapitre I « Clauses Générales » de la Convention Collective Nationale des Commerces de Détail Non Alimentaires.

## **Article 13 - Egalité professionnelle et salariale**

Les signataires rappellent aux entreprises les dispositions de l'article 6 du Chapitre I « Clauses Générales ».

Le présent accord permet de garantir l'exécution d'une couverture santé minimum identique pour tous les salariés sans aucune discrimination.

**Article 14 - Durée et entrée en vigueur de l'accord :**

L'accord entrera en vigueur le 1er janvier 2016 pour une durée indéterminée.

**Article 15 - Dépôt :**

Conformément aux articles L.2231-6, L.2231-7, D 2331-2 et D 2231-3 du Code du travail, le texte du présent accord sera déposé en autant d'exemplaires que nécessaire au secrétariat greffe du conseil des prud'hommes de Paris et aux services centraux du Ministre Chargé du travail.

**Article 16 - Extension :**

L'extension du présent accord sera demandée à l'initiative de la partie la plus diligente conformément aux dispositions de l'article L. 2261-24 du code du travail.

**Avenant n°1 - Avenant n°1 à l'accord du 22 juin 2015, définissant le financement du régime et les garanties versées aux bénéficiaires**

**Avenant n°2 - Avenant n°2 à l'accord du 22 juin 2015, définissant l'organisme assureur référent recommandé dans la branche**

Fait à Paris le 22 juin 2015,

SIGNATAIRES :

Fédération des Syndicats CFTC Commerce, Services et Force de Vente

Fédération Nationale De l'Encadrement Du Commerce et des Services/CFE-CGC

Fédération des Services CFDT

L'Ensemble des Organisations Professionnelles du Groupe des 10/CDNA.

**AVENANT n°1 à l'accord du 22 juin 2015 mettant en place un régime complémentaire santé dans la branche, définissant le financement du régime et les garanties versées aux bénéficiaires**

**N°3251 (IDCC 1517)**

Vu l'accord du 22 juin 2015 mettant en place un régime complémentaire santé dans la branche, et conformément à son article 5 «Financement du régime et garanties versées aux bénéficiaires»

**Les signataires de l'accord conviennent :**

**Article 1 - Etendue des Prestations**

Le régime de Branche Frais de Santé comprend 2 différents niveaux de garanties :

- le régime de Base obligatoire.
- le régime optionnel, avec un niveau de garanties supérieur à la Base, pour les salariés des entreprises adhérentes souhaitant améliorer le niveau des garanties dont ils bénéficient au titre du régime de Base.

**Article 2 - Taux de la cotisation mensuelle de base**

Les signataires fixent le taux des cotisations dues au titre du régime de complémentaire santé à 0,94% du PMSS.

La cotisation mensuelle est répartie à hauteur de 50 % à la charge de l'employeur 50 % à la charge du salarié.

La quote-part salariale est prélevée sur la rémunération mensuelle de chaque salarié. Elle est dite « cotisation salarié ».

Ce taux est garanti pendant trois ans, à l'issue desquels il pourra faire l'objet d'une renégociation (voir article 11 de l'accord du 22 juin 2015).

Conformément, au décret du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés, pour les salariés relevant du régime obligatoire local d'Alsace-Moselle, les prestations versées au titre de la couverture complémentaire seront déterminées après déduction de celles déjà garanties par le régime obligatoire ; en conséquence, les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié seront réduites à hauteur du différentiel de prestations correspondant.

**Article 3 - Action sociale de la branche - Solidarité - Prévention santé**

Conformément à l'article 8 de l'accord du 22 juin 2015 mettant en place un régime complémentaire santé dans la branche des commerces de détail non alimentaires, au moins 2 % des cotisations seront alloués, lors de la première année de mise à disposition du régime, au financement d'actions de prévention de santé publique et aux prestations d'action sociale des salariés de la branche.

**Article 4 - Cotisation pour le régime optionnel**

Le salarié pourra améliorer les prestations dont il bénéficie en souscrivant facultativement des garanties optionnelles.

Le salarié finance intégralement ces garanties dont le taux a été collectivement négocié.



**Article 5 - dispositions diverses - entrée en vigueur - extension**

A l'issue de la procédure de signature le texte du présent avenant sera notifié à l'ensemble des organisations représentatives conformément à l'article L.2231-5 du Code du Travail.

Conformément aux articles L.2231-6, L.2231-7, D 2331-2 et D 2231-3 du Code du travail, le texte du présent avenant sera déposé en autant d'exemplaires que nécessaire au secrétariat greffe du conseil des prud'hommes de Paris et aux services centraux du Ministre chargé du travail.

Le présent avenant entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Fait à Paris, le 22 Juin 2015

**SIGNATAIRES :**

Fédération des Syndicats CFTC Commerce, Services et Force de Vente

Fédération Nationale De l'Encadrement Du Commerce et des Services/CFE-CGC

Fédération des Services CFDT

L'Ensemble des Organisations Professionnelles du Groupe des 10/CDNA

Les remboursements s'entendent Sécurité Sociale inclus			
Actes	Assiette de remboursement	Remboursement du Régime de Base CDNA	Remboursement du Régime Optionnel CDNA
<b>Soins médicaux courants</b>			
Honoraires médecins généralistes			
Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	120%	140%
Non Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	100%	120%
Honoraires médecins spécialistes			
Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	130%	150%
Non Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	110%	130%
Actes techniques médicaux			
Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	130%	150%
Non Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	110%	130%
Auxiliaires médicaux	BR	100%	100%
Analyses médicales	BR	100%	100%
Radiologie			
Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	100%	120%
Non Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	100%	100%
Transport	BR	100%	100%
Pharmacie vignette blanche	BR	100%	100%
Pharmacie vignette bleue	BR	100%	100%
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>			
Frais de séjour établissements conventionnés SS	BR	120%	150%
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	130%	150%
Non Signataires du contrat d'accès aux soins	BR	110%	130%
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée	FR	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (en € / jour) (y compris maternité)	PMSS	1,0%	2,5%
<b>Dentaire</b>			
Consultations et soins dentaires	BR	100%	100%
Prothèses dentaires remboursées Sécurité Sociale (dont inlay-core)	BR	155%	300%
Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale	BR	125%	250%
Implantologie	Euros	-	300 € / an
Parodontologie	Euros	-	100 € / a
<b>Optique</b>			
Plafond optique : dans la limite de 2 verres et 1 monture tous les 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue de 0.25 dioptrie.			
Monture	Euros	60% BR + 50 €	60% BR + 115 €
Verre simple	Euros	60% BR + 45 €	60% BR + 100 €
Verre complexe	Euros	60% BR + 100 €	60% BR + 200 €
Verre hypercomplexe	Euros	60% BR + 120 €	60% BR + 275 €
Lentilles prises en charge par Sécurité sociale (€ /an)	Euros	100% BR + 100 €	100% BR + 150 €
Chirurgie de l'œil	Euros	- 600 €	
<b>Autres</b>			
Grands et petits appareillages (orthèses, prothèses médicales, orthopédie et locations d'appareils) pris en charge par la Sécurité Sociale	BR	300%	400%
Prothèses auditives	BR	100% BR + 3% PMSS	150% BR + 5% PMSS
Actes de prévention	Euros	100%	100%
Médecine douce (ostéopathie, acupuncture, étiothérapie, chiropraxie, diététique)	Euros	-	30 € par séance (limité à 2 séances par an)
Contraception (pilules contraceptives dites de 3 <sup>ème</sup> ou 4 <sup>ème</sup> génération)	Euros	100 € / an	100 € / an

BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale / FR = Frais réels

RSS = Remboursement de la Sécurité Sociale / PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS 2015 : 3 170 €)

**AVENANT n°2 à l'accord du 22 Juin 2015 mettant en place un régime complémentaire, définissant l'organisme assureur référent recommandé dans la branche**

**N°3251 (IDCC 1517)**

Vu l'accord du 22 juin 2015 mettant en place un régime complémentaire santé dans la branche, et conformément à son article 4 « Organismes recommandés par la branche »,

Les signataires de l'accord conviennent :

**Article 1 - Organisme de santé recommandé par la branche**

Les signataires recommandent l'organisme assureur suivant :

**APICIL Prévoyance**  
**Institution de Prévoyance régie par les dispositions**  
**du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est :**

**38 rue François Peissel**  
**69300 CALUIRE et CUIRE**

Les entreprises entrant dans le champ d'application de la branche du commerce de détail non alimentaire (IDCC 1517) peuvent s'affilier auprès de cet organisme pour la couverture santé de leurs salariés, dans des conditions préférentielles négociées par les partenaires sociaux représentatifs dans la branche.

**Article 2 - dispositions diverses - entrée en vigueur - extension**

A l'issue de la procédure de signature le texte du présent accord sera notifié à l'ensemble des organisations représentatives conformément à l'article L.2231-5 du Code du Travail.

Conformément aux articles L.2231-6, L.2231-7, D 2331-2 et D 2231-3 du Code du travail, le texte du présent accord sera déposé en autant d'exemplaires que nécessaire au secrétariat greffe du conseil des prud'hommes de Paris et aux services centraux du Ministre chargé du travail.

Le présent avenant entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Fait à Paris, le 22 Juin 2015

SIGNATAIRES :

Fédération des Syndicats CFTC Commerce, Services et Force de Vente

Fédération Nationale De l'Encadrement Du Commerce et des Services/CFE-CGC

Fédération des Services CFDT

L'Ensemble des Organisations Professionnelles du Groupe des 10/CDNA