

Brochure n° 3063

**Convention collective nationale**

IDCC : 1555. – **FABRICATION ET COMMERCE  
DES PRODUITS À USAGE PHARMACEUTIQUE,  
PARAPHARMACEUTIQUE ET VÉTÉRINAIRE**  
**(4<sup>e</sup> édition. – Novembre 2002)**

**AVENANT DU 2 MAI 2005**  
**MODIFIANT L'ACCORD DU 3 DÉCEMBRE 1992**  
**RELATIF AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE**  
NOR : *ASET0551037M*  
IDCC : 1555

Entre :

Le groupement des petites et moyennes entreprises de production et de services pour la pharmacie et la santé FACOPHAR Santé ;

Le syndicat de l'industrie du médicament vétérinaire (SIMV) ;

Le syndicat de l'industrie du diagnostic in vitro SFRL ;

L'association nationale des sociétés vétérinaires d'achats et de distribution de médicaments (ANSVADM),

D'une part, et

La fédération chimie énergie CFDT ;

La fédération chimie mines textiles énergie CFTC ;

La fédération nationale des cadres de la chimie (FCC) CFE-CGC ;

La fédération nationale de la pharmacie FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**PRÉAMBULE**

La mise en place progressive de la codification commune des actes médicaux (CCAM) et de la tarification à l'activité (T2A) impose de modifier le libellé des garanties maladie-maternité-chirurgie du régime conventionnel de prévoyance. Le présent accord s'inscrit dans ce cadre.

Les modifications ainsi décidées, après avis du comité paritaire de gestion, ont été établies dans l'objectif de limiter toute charge supplémentaire pour le régime conventionnel.

Néanmoins, compte tenu des incertitudes quant à l'impact de la mise en place de la CCAM et de la T2A sur les régimes complémentaires, le comité paritaire de gestion est habilité, pendant la période transitoire de mise en place de ces dispositifs, à proposer des mesures d'urgence permettant de corriger d'éventuelles dérives constatées sur les comptes du régime conventionnel de prévoyance.

Au fur et à mesure de l'extension du périmètre de la CCAM et de la T2A, le comité paritaire de gestion est également habilité à faire des propositions concernant l'évolution des garanties du régime et ce, en s'appuyant sur les études techniques transmises par les gestionnaires du régime conventionnel de prévoyance.

Les mesures proposées par le comité paritaire de gestion devront être reprises par un avenant aux dispositions conventionnelles.

Par le présent accord, les parties signataires ont également souhaité actualiser certaines dispositions de l'accord du 3 décembre 1992. Il s'agit du délai de franchise en cas d'accident du travail et maladie professionnelle, du montant des cotisations pour les bénéficiaires de l'annexe III ainsi que la domiciliation du comité paritaire de gestion.

## **Article 1<sup>er</sup>**

### *Modifications apportées aux annexes I et II*

Les articles 8.1.2 et 9.2 de l'annexe I « Régime de prévoyance du personnel cadre et assimilé cadre » et de l'annexe II « Régime de prévoyance du personnel non cadre et non assimilé cadre » sont modifiés.

#### **1.1. Délai de franchise en cas d'accident du travail**

Les articles 8.1.2 de l'annexe I « Régime de prévoyance du personnel cadre et assimilé cadre » et de l'annexe II « Régime de prévoyance du personnel non cadre et non assimilé cadre » sont modifiés comme suit :

« Lorsque l'incapacité complète temporaire de travail relève de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'indemnité journalière est versée au 1<sup>er</sup> jour d'arrêt en fonction des mêmes critères que ci-dessus, mais son montant est calculé, dans tous les cas, à raison de 90 % du salaire de base de l'intéressé ayant donné lieu à cotisation, sous déduction des indemnités journalières versées par la sécurité sociale. »

#### **1.2. Garanties frais de santé**

Les articles 9.2 de l'annexe I « Régime de prévoyance du personnel cadre et assimilé cadre » et de l'annexe II « Régime de prévoyance du personnel non cadre et non assimilé cadre » sont annulés et remplacés par la rédaction suivante.

## Article 9.2

### Montant des remboursements

Les remboursements sont effectués selon le type de prestations soit :

- sur la base des remboursements effectués par la sécurité sociale ;
- ou sur la base des frais réels avec application éventuelle d'un maximum de remboursement exprimé en euros et dont le montant peut être modifié, par avenant au présent accord, sur proposition du comité paritaire de gestion ;
- ou selon des remboursements forfaitaires dont le montant peut être modifié, par avenant au présent accord, sur proposition du comité paritaire de gestion.

Le montant des prestations versées par le régime de prévoyance peut être établi de façon différente suivant que les praticiens ou auxiliaires médicaux sont ou non liés par une convention conclue avec une caisse de sécurité sociale.

Sauf exceptions expressément prévues ci-après, l'assurance maladie chirurgie maternité n'intervient qu'en complément des remboursements effectués par la sécurité sociale.

Le montant des remboursement est fixé comme suit :

Consultation et visite secteur conventionné et non conventionné : remboursement dans la limite des montants suivants, y compris le remboursement sécurité sociale :

	CONSULTATION (en euros)	VISITE (en euros)
Omnipraticien .....	21,34	21,34
Spécialiste .....	36,59	36,59
Professeur .....	53,36	65,55
Neuropsychiatre .....	39,64	60,98
Cardiologie .....	91,47	–

Majorations pour visites de nuit, du dimanche et indemnités de déplacement :

- 67 % du remboursement de la sécurité sociale au titre des majorations pour visites de nuit ou de dimanche, et indemnités de déplacement des auxiliaires médicaux ;
- 43 % du remboursement de la sécurité sociale au titre des majorations pour visites de nuit ou de dimanche, et indemnités de déplacement des personnels autres qu'auxiliaires médicaux.

Auxiliaires médicaux :

- 67 % du remboursement de la sécurité sociale pour les auxiliaires médicaux conventionnés ;
- 300 % du remboursement de la sécurité sociale pour les auxiliaires médicaux non conventionnés.

Analyses et prélèvements : 67 % du remboursement de la sécurité sociale.

Prothèse auditive : remboursement dans la limite de 762,25 € par appareillage remboursé par la sécurité sociale.

Appareillage et prothèse médicale autres que dentaire et auditive : 250 % du remboursement de la sécurité sociale.

Pharmacie acceptée par la sécurité sociale : 100 % des frais réels moins le remboursement de la sécurité sociale.

Frais de chirurgie dentaire ( $D < 20$ ) :

- avec convention : 100 % des frais réels dans la limite de 150 % du remboursement de la sécurité sociale ;
- sans convention : 100 % des frais réels dans la limite de 300 % du remboursement de la sécurité sociale.

Frais de chirurgie dentaire ( $D \geq 20$ ) conventionné et non conventionné : 5,34 € par lettre clé.

Soins dentaires :

- avec convention : 100 % des frais réels dans la limite de 150 % du remboursement de la sécurité sociale ;
- sans convention : 100 % des frais réels dans la limite de 300 % du remboursement de la sécurité sociale.

Prothèses dentaires et orthodontie secteur conventionné et non conventionné :

- frais de prothèses dentaires acceptées et refusées par la sécurité sociale : remboursement dans la limite de 7,32 € par lettre clé SPR, y compris le remboursement de la sécurité sociale ;
- frais d'orthodontie acceptés et refusés par la sécurité sociale : remboursement dans la limite de 6,40 € par lettre TO, y compris le remboursement de la sécurité sociale.

Radiologie :

- avec convention : 100 % des frais réels dans la limite de 150 % du remboursement de la sécurité sociale ;
- sans convention : 100 % des frais réels dans la limite de 300 % du remboursement de la sécurité sociale.

Acte de spécialiste conventionné et non conventionné : 280 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Optique :

- frais de lentilles acceptées ou refusées par la sécurité sociale : remboursement dans la limite de 91,47 € par an et par bénéficiaire ;
- frais de lunettes remboursées par la sécurité sociale : remboursement dans la limite de 76,22 € ou 1 800 % TR (tarif de responsabilité sécurité sociale) par verre pour un adulte de plus de 18 ans et de 60,98 € pour un enfant de moins de 18 ans.
- frais de lunettes remboursées par la sécurité sociale : remboursement dans la limite de 76,22 € ou par monture pour un adulte de plus de 18 ans et de 48,78 € pour un enfant de moins de 18 ans.

Hospitalisation médicale et chirurgicale (hors maternité) :

Honoraires médicaux et frais de séjour en cas d'hospitalisation médicale et chirurgicale, en hôpital, clinique, sanatorium, préventorium ou aérium :

- avec convention : 200 % de la base de remboursement moins le remboursement de la sécurité sociale ;
- sans convention : 150 % de la base de remboursement moins le remboursement de la sécurité sociale.

Honoraires chirurgicaux (conventionné et non conventionné) : 280 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Forfait journalier hospitalier : 10,67 € dès le 1<sup>er</sup> jour. Chambre particulière : 39,64 € par jour.

Lit accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans : 22,87 € par jour.

Maternité :

Prise en charge de la chambre particulière dans la limite de 39,64 € par jour.

La naissance d'un enfant donne lieu au versement d'un remboursement forfaitaire de frais de maladie de 152,45 €. Ce montant est doublé en cas de naissance multiple.

Cures thermales acceptées par la sécurité sociale : versement d'une allocation forfaitaire de 5,18 € par jour, et ce, dans la limite de 21 jours.

## Article 2

### *Modification apportée à l'annexe III*

Le premier alinéa de l'article 2 « Cotisation » de l'annexe III « Garanties et cotisations des retraités, anciens salariés et ayants droit désignés par l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 » est modifié comme suit :

« Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, le montant de la cotisation annuelle, par bénéficiaire des garanties, est fixé à :

	RPC (en euros)	RSO (en euros)
Par adulte bénéficiant des garanties au titre d'un adhérent retraité .....	507,48	+ 131,40
Par adulte bénéficiaire des garanties au titre des autres catégories prévues par la présente annexe. ....	507,48	+ 131,40
Par enfant bénéficiaire des garanties (gratuité au-delà du 3 <sup>e</sup> )	253,80	+67,92

### **Article 3**

#### *Modification apportée à l'annexe IV*

L'article 7 de l'annexe IV « Règlement intérieur du comité paritaire de gestion » est remplacé par :

« Article 7. – Election de domicile.

Le comité paritaire de gestion fait élection de domicile aux AGF, Tour Neptune, 20, place de Seine, 92086 Paris-La Défense Cedex.

Toutefois, la modification de cette domiciliation peut intervenir sur décision du comité paritaire de gestion. »

### **Article 4**

#### *Entrée en vigueur*

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant celui de sa signature.

Par exception, et de façon rétroactive, l'article 2 entre en vigueur au 1<sup>er</sup> mars 2005.

### **Article 5**

#### *Formalités de dépôt et extension*

Conformément aux articles L. 132-10 et R. 132-1 du code du travail, le présent accord sera déposé, en 5 exemplaires à la direction départementale du travail et de l'emploi de Paris et remis au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Les dispositions du présent accord feront l'objet d'une demande d'extension au ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale.

Fait à Paris, le 2 mai 2005.

(Suivent les signatures.)