

Brochure n° 3262

Convention collective nationale

IDCC : 1621. – **RÉPARTITION PHARMACEUTIQUE**

AVENANT DU 19 OCTOBRE 2006

À L'AVENANT DU 2 FÉVRIER 2006

À L'ANNEXE I « PRÉVOYANCE »

NOR : *ASET0651280M*

IDCC : *1621*

Entre :

La chambre syndicale de la répartition pharmaceutique (CSRP),

D'une part, et

La fédération nationale des industries chimiques CGT (chimie, parachimie, pharmacie, pétrole, caoutchouc, plastiques) ;

La fédération nationale de la pharmacie Force ouvrière (officine, industrie, VM, droguerie, répartition, laboratoires d'analyses) ;

La fédération chimie, énergie CFDT ;

La fédération nationale chimie, mines, textile, énergie CFTC ;

La fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques, parachimiques et connexes CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Objet

Par avenant du 2 février 2006, les parties signataires sont convenues d'intégrer au régime de prévoyance les dispositions des décrets pris en application de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites et de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie.

Cet avenant est modifié selon les dispositions suivantes :

Article 2

Prestations de prévention

Dans l'annexe I de l'accord professionnel de prévoyance du 8 mars 1994, après l'article 2.3 « Garanties » et avant l'article 3 « Garanties arrêt de travail », il est créé un article 2.4 rédigé ainsi :

Article 2.4

Actes de prévention

Vu les dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues par l'article R. 871-2 du même code, les signataires du présent avenant décident que la prise en charge totale de la participation de l'assuré, au sens de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, pour les 2 prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique sera assurée par le régime pour :

- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne que 1 fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire ;
- le dépistage 1 fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

Article 3

Valeur des garanties

Le présent avenant a également pour objet de mettre à jour les garanties prévues à l'article 2.3 « Garanties » de l'annexe I de l'accord du 8 mars 1994 sur la prévoyance des cadres et des non-cadres.

Les dispositions de l'article 2.3 « Garanties » de l'annexe I de l'accord du 8 mars 1994 sur la prévoyance des cadres et des non-cadres sont annulées et remplacées par :

Article 2.3

Montant des remboursements accordés aux salariés cadres et non cadres

Remboursements effectués sur la base des frais réels et limités à un plafond :

Frais d'honoraires médicaux, qu'il s'agisse de médecin conventionné pratiquant ou non des dépassements, ou non conventionné

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
<i>Consultations</i> Conventionné/ non conventionné - omni praticien - spécialiste - professeur - neuropsychiatre - cardiologue <i>Visites</i> Conventionné/ non conventionné - omni praticien - spécialiste - professeur - neuropsychiatre	100 % des frais réels dans la limite de : 21 € moins le remboursement sécurité sociale 24,39 € moins le remboursement sécurité sociale 50,31 € moins le remboursement sécurité sociale 45,73 € moins le remboursement sécurité sociale 81,56 € moins le remboursement sécurité sociale 100 % des frais réels dans la limite de : 21 € moins le remboursement sécurité sociale 24,39 € moins le remboursement sécurité sociale 60,98 € moins le remboursement sécurité sociale 60,98 € moins le remboursement sécurité sociale
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale	100 % des frais réels moins le remboursement sécurité sociale
<i>Chirurgie dentaire (D ≥ 20)</i> Conventionné et non conventionné Prothèses dentaires et orthodontie remboursées par la sécurité sociale Secteur conventionné - prothèses dentaires - orthodontie Secteur non conventionné - prothèses dentaires - orthodontie Prothèses dentaires (1) et ortho- dontie non remboursées par la sécurité sociale Secteur conventionné - prothèses dentaires - orthodontie	100 % des frais réels dans la limite de : 4,88 € par lettre clé D 100 % des frais réels dans la limite de : 5,34 € par SPR moins le remboursement sécurité sociale 5,34 € par TO moins le remboursement sécurité sociale 5,34 € par SPR moins le remboursement sécurité sociale 5,34 € par TO moins le remboursement sécurité sociale 5,34 € par SPR 5,34 € par TO

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Secteur non conventionné – prothèses dentaires – orthodontie	5,34 par SPR 5,34 € par TO
<i>Optique acceptée par la sécurité sociale</i> – monture adulte/enfant – verres adulte/enfant – lentilles acceptées sécurité sociale	100 % des frais réels dans la limite de : 45,73 € par monture moins le remboursement sécurité sociale 53,36 € par verre moins le remboursement sécurité sociale 70,13 € par paire
(1) A l'exclusion des prothèses hors nomenclature sécurité sociale (HN).	

Frais d'hospitalisation

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
<i>Hospitalisation médicale et chirurgicale (à l'exclusion de la maternité)</i> – frais de séjour Conventionné Non conventionné – honoraires médicaux Conventionné Non conventionné – honoraires des actes chirurgicaux – chambre particulière – forfait journalier hospitalier (si hospitalisation prise en charge à 100 % par la sécurité sociale) – transport du malade avec ou sans hospitalisation	100 % des frais réels dans la limite de : 200 % de la base de remboursement sécurité sociale moins le remboursement sécurité sociale 150 % de la base de remboursement sécurité sociale moins le remboursement sécurité sociale 200 % du tarif de convention moins le remboursement sécurité sociale 150 % du tarif de convention moins le remboursement sécurité sociale 255 % de la base de remboursement sécurité sociale 39,64 € par jour 100 % des frais réels dans la limite de 7,62 € par jour 100 % des frais réels dans la limite de 54 % du remboursement sécurité sociale

Frais dont les remboursements sont calculés
sur la base des remboursements de la sécurité sociale

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
<i>Déplacements, majorations pour visite de jour et de nuit</i> Auxiliaires médicaux Autres	100 % des frais réels dans la limite de 67 % du remboursement sécurité sociale 100 % des frais réels dans la limite de 67 % du remboursement sécurité sociale
<i>Analyses, prélèvements</i> Conventionné et non conventionné	100 % des frais réels dans la limite de 67 % du remboursement sécurité sociale
<i>Auxiliaires médicaux</i> Conventionné Non conventionné	100 % des frais réels dans la limite de 67 % du remboursement sécurité sociale 100 % des frais réels dans la limite de 300 % du remboursement sécurité sociale
<i>Prothèse auditives</i>	100 % des frais réels dans la limite de 150 % du remboursement sécurité sociale
<i>Appareillages, prothèses médicales autres que dentaires et auditives</i>	100 % des frais réels dans la limite de 150 % du remboursement sécurité sociale
<i>Actes de spécialistes</i> Conventionné Non conventionné	100 % des frais réels dans la limite de : 255 % de la base de remboursement sécurité sociale 255 % de la base de remboursement sécurité sociale
<i>Soins dentaires, chirurgie dentaire (D < 20)</i> Conventionné Non conventionné	100 % des frais réels dans la limite de 43 % du remboursement sécurité sociale 100 % des frais réels dans la limite de 300 % du remboursement sécurité sociale
<i>Radiologie</i> Conventionné Non conventionné	100 % des frais réels dans la limite de 43 % du remboursement sécurité sociale 100 % des frais réels dans la limite de 300 % du remboursement sécurité sociale

Remboursements forfaitaires naissance et adoption

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
<i>Maternité, adoption (1)</i> – par enfant	Indemnité forfaitaire égale à 106,71 €
<i>Cures thermales acceptées par la sécurité sociale (2)</i>	Indemnité forfaitaire égale à 3,66 € par jour (maximum 21 jours)
<p>(1) Versement unique au salarié ou à son conjoint si tous les deux travaillent dans la même entreprise.</p> <p>(2) L'allocation est également versée pour les cures acceptées au titre de l'article 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.</p> <p>(1)(2) A l'exclusion de tout autre remboursement pour lequel la sécurité sociale serait intervenue.</p>	

En tout état de cause, les garanties prévues par l'accord ne prennent pas en charge :

- la contribution forfaitaire prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Par ailleurs, pour les consultations du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, pour les consultations effectuées sur prescription du médecin traitant et pour les prescriptions y afférentes, les garanties prévues par l'accord comprennent la prise en charge :

- d'au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, tel que prévu par les conventions nationales mentionnées à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ;
- d'au moins 30 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments autres que ceux mentionnés aux 6° et 7° de l'article R. 322-1 du code de la sécurité sociale, prescrits par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale ;
- d'au moins 35 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

Le cas échéant, les taux de prise en charge minimale définis aux alinéas précédents sont réduits afin que la prise en charge de la participation des assurés ou de leurs ayants droit, au sens du I de l'article L. 332-2 du code de la sécurité sociale, ne puisse excéder le montant des frais exposés à ce titre.

Enfin, les garanties prévues par le présent accord seront aménagées pour une prise en charge totale de la participation de l'assuré, au sens du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, pour au moins 2 prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique. La liste des prestations prévoyant, le cas échéant, les catégories de populations auxquelles elles sont destinées devant être fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, des finances et du budget, cet aménagement se fera après la publication dudit texte.

Le reste sans changement.

Article 4

Entrée en vigueur

Le présent avenant entre en vigueur à compter du 1^{er} octobre 2006.

Article 5

Formalités de dépôt et demande d'extension

Conformément aux articles L. 132-10 et R. 132-1 du code du travail, le présent avenant sera déposé à la direction des relations 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.

Les parties signataires conviennent de demander au ministère de l'emploi et de la solidarité l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 19 octobre 2006.

(Suivent les signatures.)