

Brochure n° 3052

Convention collective nationale

IDCC : 1996. – **PHARMACIE D'OFFICINE**

AVENANT DU 9 OCTOBRE 2006

RELATIF AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE (PERSONNEL NON CADRE)

NOR : *ASET0750353M*

IDCC : 1996

Entre :

La fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

L'union nationale des pharmacies de France ;

L'union des syndicats de pharmaciens d'officine,

D'une part, et

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

La fédération nationale de la pharmacie FO ;

La fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux CFTEC ;

La fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux CFDT,

D'autre part,

Article 1^{er}

Le tableau figurant dans le B « Etendue de la garantie » de l'article 9 « Garantie frais de santé » du régime de prévoyance du personnel non cadre de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée est remplacé par le tableau suivant :

NATURE DES FRAIS	MONTANT DES PRESTATIONS
Honoraires médicaux (consultations, visites)	30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Médicaments :	
– vignettes blanches	35 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
– vignettes bleues	65 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
– vignettes oranges	85 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Frais relevant de la LPPR (liste des produits et prestations remboursables) :	
– orthopédie, appareillage, prothèse non dentaire	65 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
– autres	65 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Honoraires chirurgicaux :	
– actes de chirurgie	110 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
– actes d'anesthésie	110 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
– actes d'obstétrique, actes techniques médicaux .	110 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (1)
Hospitalisation :	
– frais de séjour	100 % du ticket modérateur (2)
– chambre particulière	23 €
– forfait hospitalier	Prise en charge intégrale (3)
Frais d'analyses médicales	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Frais d'auxiliaires médicaux	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Radiologie	30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Echographie	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Dentaire :	
– soins dentaires	30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
– prothèses dentaires remboursées ou non remboursées par la sécurité sociale	166 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
– traitements orthodontiques remboursés ou non remboursés par la sécurité sociale	166 % de la base de remboursement de la sécurité sociale

NATURE DES FRAIS	MONTANT DES PRESTATIONS
Optique :	
– par verre	49 €
– monture	28 €
– lentilles correctrices remboursées ou non remboursées par la sécurité sociale, jetables ou non jetables	126 € (par an et par bénéficiaire)
Cures thermales (remboursées par la sécurité sociale) :	
– par jour	6 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (4)
Prime de maternité ou d'adoption (par enfant)	183 €
Autres :	
– frais de transport	26 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
– indemnités de déplacement :	
– infirmiers	26 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
– médecins	26 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
<p>(1) Ces prestations sont versées par le régime sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.</p> <p>(2) Ticket modérateur : différence entre la base de remboursement de la sécurité sociale et le remboursement qu'elle effectue.</p> <p>(3) Soit à titre indicatif : 16 € au 1^{er} janvier 2007 et 12 € en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique.</p> <p>(4) Soit à titre indicatif : 16,09 € au 1^{er} janvier 2007, dans la limite des frais réellement exposés par l'assuré.</p>	

Conformément aux dispositions de la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004, la participation forfaitaire mentionnée à l'article L. 322 du code de la sécurité sociale (« forfait 1 euro ») ainsi que les dépassements d'honoraires et majorations à la charge de l'assuré lorsque les frais sont engagés « hors parcours de soins » ne sont pas garantis par le régime.

La garantie comprend le remboursement de la participation forfaitaire supportée par l'assuré en application des dispositions de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale, pour les actes affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 50 ou d'un tarif égal ou supérieur à un montant fixé, à titre indicatif, à 91 € (« participation forfaitaire de 18 € »).

Article 2

Les dispositions du 2° « Anciens participants bénéficiaires d'un maintien de garanties » du C « Taux de cotisations » de l'article 10 « Cotisations » du régime de prévoyance non cadre de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Anciens participants bénéficiaires d'un maintien de garanties :

a) Les chômeurs de plus de 60 ans et les chômeurs de plus de 6 mois licenciés depuis le 1^{er} janvier 1994, les bénéficiaires d'un contrat de solidarité, les retraités, les préretraités FNE, les bénéficiaires d'un contrat ARPE, les anciens déportés, les ayants droit de l'assuré décédé, les bénéficiaires d'une convention de reclassement personnalisé peuvent bénéficier du maintien de la garantie « frais de santé » moyennant le versement d'une cotisation dont le montant est déterminé chaque année sur avis du comité de gestion dans les conditions fixées par le décret n° 90-769 du 30 août 1990.

A titre indicatif, le montant de la cotisation annuelle s'élève pour l'exercice 2007 à :

- 792 € par adulte ;
- 188 € par enfant à charge.

Toutefois, il est précisé que les bénéficiaires d'un contrat de solidarité et les retraités ayant 10 ans d'activité salariée en pharmacie d'officine, validés par la CGIS, dont les revenus sont inférieurs à :

- 19 € par jour et par personne (pour un couple) ;
- 22 € par jour pour un célibataire, veuf ou divorcé,

sont exonérés de la cotisation pour l'exercice 2007.

b) Les bénéficiaires d'un congé parental d'éducation ou d'un congé sabbatique peuvent bénéficier du maintien des garanties « frais de santé » et « décès » moyennant le versement d'une cotisation dont le montant est déterminé chaque année sur avis du comité de gestion dès lors qu'ils en font la demande écrite au plus tard dans les 30 jours qui suivent la suspension du contrat de travail.

A titre indicatif, le montant de la cotisation annuelle s'élève pour l'exercice 2007 à : 1 076 €.

Le montant de ces différentes cotisations est révisé chaque année. »

Article 3

Le présent avenant prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2007 et sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Fait à Paris, le 9 octobre 2006.

(Suivent les signatures.)