

Brochure n° 3052

Convention collective nationale

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

AVENANT DU 30 JANVIER 2008

RELATIF AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE DU PERSONNEL CADRE

NOR : *ASET0850611M*

IDCC : 1996

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi n° 2007-1824 du 25 décembre 2007 de finances rectificative pour 2007, notamment son article 107 ;

Vu la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, notamment son article 7-1 ;

Vu la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, étendue par arrêté du 13 août 1998 ;

Désireuses, au vu des résultats excédentaires enregistrés par le régime de prévoyance des salariés cadres de la pharmacie d'officine, d'améliorer le niveau des garanties proposées aux entreprises adhérentes comme aux participants, tant dans le domaine des frais de santé qu'en matière d'arrêts de travail ;

Soucieuses par ailleurs d'assurer le maintien de la garantie décès des assurés du régime, quel que soit leur âge ;

Considérant enfin la mise en œuvre d'une franchise annuelle dont le coût est laissé à la charge des assurés sociaux pour les frais relatifs à certains produits et prestations de santé et la nécessité de ne pas priver l'institution gestionnaire du régime ainsi que les entreprises adhérentes et leurs salariés des avantages auxquels ils peuvent prétendre, dès lors que les garanties souscrites en matière de prévoyance répondent aux conditions mentionnées dans le code de la sécurité sociale, notamment dans son article L. 871-1,

les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent avenant, des points suivants.

Article 1^{er}

Les dispositions du D « Régime professionnel obligatoire. – Montant des remboursements » du III « Maladie. – Chirurgie. – Maternité (prestations en nature) » du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée sont remplacées par les dispositions suivantes :

« D. – Régime professionnel obligatoire. – Montant des remboursements.

Les remboursements au titre du régime professionnel obligatoire sont effectués sur la base des frais réellement exposés par l'assuré et sont limités à des plafonds ci-après définis :

NATURE DES PRESTATIONS	PRESTATIONS ASSURÉES
Frais d'honoraires médicaux (1) :	
– consultation médecin généraliste	23 € (2)
– visite médecin généraliste	23 € (2)
– consultation médecin spécialiste	33 € (2)
– visite médecin spécialiste	33 € (2)
– consultation médecin psychiatre	38,87 € (2)
– visite médecin psychiatre	60,67 € (2)
– consultation médecin cardiologue	100 % des frais réels (sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale) dans la limite de 80,04 €
Frais pharmaceutiques	100 % des frais réels
Frais d'honoraires chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux)	254,20 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Hospitalisation (en établissement de santé public ou privé) :	
– frais de séjour	100 % du ticket modérateur en secteur public / 91,47 € par journée d'hospitalisation en secteur privé
– chambre particulière	75 € par jour
– forfait journalier	Prise en charge intégrale (3)
Frais d'analyses médicales	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (2)
Frais d'auxiliaires médicaux en secteur conventionné	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (2)
Frais d'auxiliaires médicaux en secteur non conventionné	330 % du remboursement de la sécurité sociale

NATURE DES PRESTATIONS	PRESTATIONS ASSURÉES
Radiographie et actes d'imagerie, actes médicaux courants (échographie) en secteur conventionné ...	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (2)
Radiographie et actes d'imagerie, actes médicaux courants (échographie) en secteur non conventionné	330 % du remboursement de la sécurité sociale
Frais de soins dentaires en secteur conventionné	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (2)
Frais de soins dentaires en secteur non conventionné	330 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Frais de prothèses dentaires et de soins orthodontiques	7 € par lettre clef (2)
Parodontie	200 € (forfait annuel par bénéficiaire)
Implantologie	400 € (par implant, dans la limite de 2 par an et par bénéficiaire)
Frais d'optique (lunettes) :	
– monture	70 € (2)
– verres	80 € par verre (2)
– lentilles de contact :	
- acceptées par la sécurité sociale	100 € par paire de lentilles
- refusées par la sécurité sociale, y compris les lentilles jetables)	138 € (forfait annuel par bénéficiaire)
Frais d'orthopédie et de prothèses (autres que dentaires)	130 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Prothèses auditives	400 € (forfait annuel par oreille aparel-lée)

NATURE DES PRESTATIONS	PRESTATIONS ASSURÉES
Cure thermique acceptée par la sécurité sociale	Versement d'une allocation forfaitaire journalière égale à 3,66 €
Prime de naissance ou d'adoption	Remboursement forfaitaire par enfant de 250 € (4)
Indemnité de déplacement	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (2)
Frais de transport du malade	53 % des remboursements de la sécurité sociale
<p>(1) Sans que le montant des prestations ne puisse être inférieur à 30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>(2) Ces prestations sont versées par le régime sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.</p> <p>(3) Dans la limite de 16 € (12 € en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie) au 1^{er} janvier 2008.</p> <p>(4) Le remboursement s'effectue sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou une photocopie du jugement d'adoption. L'allocation est versée aux deux conjoints, s'ils travaillent dans la même entreprise. En cas de naissance ou d'adoptions multiples, elle est versée pour chaque enfant.</p>	

La participation forfaitaire ("forfait 1 €") et la franchise mentionnées à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ainsi que les dépassements d'honoraires et majorations à la charge de l'assuré consécutifs à des frais engagés "hors parcours de soins" ne sont pas garantis par le régime. »

Article 2

Les dispositions du E « Régime supplémentaire facultatif. – Montant des remboursements » du III « Maladie. – Chirurgie. – Maternité (prestations en nature) » du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée sont remplacées par les dispositions suivantes :

« E. – Régime supplémentaire facultatif. – Montant des remboursements.

Les remboursements au titre du régime supplémentaire facultatif sont effectués sur la base des frais réellement exposés par l'assuré et sont limités à des plafonds ci-après définis :

NATURE DES PRESTATIONS	PRESTATIONS ASSURÉES
Frais d'honoraires médicaux (1) :	
- consultation médecin généraliste :	23 € (2)
- visite médecin généraliste	23 € (2)
- consultation médecin spécialiste	36 € (2)
- visite médecin spécialiste	36 € (2)

NATURE DES PRESTATIONS	PRESTATIONS ASSURÉES
- consultation médecin psychiatre	41,92 € (2)
- visite médecin psychiatre	67,08 € (2)
- consultation médecin cardiologue	100 % des frais réels (sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale) dans la limite de 80,04 €
Frais pharmaceutiques	100 % des frais réels
Frais d'honoraires chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux)	278,13 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Hospitalisation (en établissement de santé public ou privé) :	
- frais de séjour	100 % du ticket modérateur en secteur public / 91,47 € par journée d'hospitalisation en secteur privé
- chambre particulière	75 € par jour
- forfait journalier	Prise en charge intégrale (3)
Frais d'analyses médicales	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (2)
Frais d'auxiliaires médicaux en secteur conventionné	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (2)
Frais d'auxiliaires médicaux en secteur non conventionné	330 % du remboursement de la sécurité sociale
Radiographie et actes d'imagerie (échographie), actes médicaux courants en secteur conventionné	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (2)
Radiographie et actes d'imagerie (échographie), actes médicaux courants en secteur non conventionné ...	330 % du remboursement de la sécurité sociale
Frais de soins dentaires en secteur conventionné	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (2)
Frais de soins dentaires en secteur non conventionné	420 % du remboursement de la sécurité sociale
Frais de prothèses dentaires et de soins orthodontiques	8 € par lettre clef (2)
Parodontie	250 € (forfait annuel par bénéficiaire)
Implantologie	450 € (par implant, dans la limite de 2 par an et par bénéficiaire)
Frais d'optique (lunettes) :	
- monture	80 € (2)
- verres	95 € par verre (2)

NATURE DES PRESTATIONS	PRESTATIONS ASSURÉES
- lentilles de contact :	
- acceptées par la sécurité sociale	110 €
- refusées par la sécurité sociale (y compris les lentilles jetables)	141 €
Frais d'orthopédie et de prothèses (autres que dentaires)	149,5 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Prothèses auditives	500 € (forfait annuel par oreille appareillée)
Cure thermique acceptée par la sécurité sociale	Versement d'une allocation forfaitaire journalière égale à 3,66 €
Prime de naissance ou d'adoption	Remboursement forfaitaire par enfant de 250 € (4)
Indemnité de déplacement	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (2)
Frais de transport du malade	53 % des remboursements de la sécurité sociale
<p>(1) Sans que le montant des prestations ne puisse être inférieur à 30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>(2) Ces prestations sont versées par le régime sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.</p> <p>(3) Dans la limite de 16 € (12 € en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie) au 1^{er} janvier 2008.</p> <p>(4) Le remboursement s'effectue sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou une photocopie du jugement d'adoption. L'allocation est versée aux deux conjoints, s'ils travaillent dans la même entreprise. En cas de naissance ou d'adoptions multiples, elle est versée pour chaque enfant.</p>	

La participation forfaitaire ("forfait 1 €") et la franchise mentionnées à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ainsi que les dépassements d'honoraires et majorations à la charge de l'assuré consécutifs à des frais engagés "hors parcours de soins" ne sont pas garantis par le régime. »

Article 3

Dans le A « Incapacité temporaire » du IV « Arrêts de travail (prestations en espèce) » du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, les tableaux relatifs au paiement des indemnités servies en complément des indemnités

journalières de la sécurité sociale aux catégories de salariés cadres ou assimilés visées par les dispositions dudit A sont respectivement remplacés par les tableaux suivants :

- pour les cadres (convention nationale du 14 mars 1947, art. 4) et assimilés cadres (convention nationale du 14 mars 1947, art. 4 *bis* et 36) ayant moins de 1 an de présence dans l'entreprise à la date du début de l'arrêt de travail :

	CONVENTION N° 35.35.0000		CONVENTION N° 35.61.0000	
	T1	T2	T1	T2
A partir du 4 ^e jour (inclus) et jusqu'au 60 ^e jour d'arrêt	30 %	80 %	10 %	10 %
A partir du 61 ^e jour et jusqu'au 274 ^e jour d'arrêt	30 %	85 %	10 %	5 %
A partir du 275 ^e jour	30 %	90 %	10 %	–

- pour les assimilés cadres ayant au moins 1 an de présence dans l'entreprise à la date du début de l'arrêt de travail :

	CONVENTION N° 35.35.0000		CONVENTION N° 35.61.0000	
	T1	T2	T1	T2
A partir du 31 ^e jour (inclus) et jusqu'au 60 ^e jour d'arrêt	30 %	80 %	10 %	10 %
A partir du 61 ^e jour et jusqu'au 274 ^e jour d'arrêt	30 %	85 %	10 %	5 %
A partir du 275 ^e jour	30 %	90 %	10 %	–

- pour les cadres ayant au moins 1 an de présence dans l'entreprise à la date du début de l'arrêt de travail :

	CONVENTION N° 35.35.0000		CONVENTION N° 35.61.0000	
	T1	T2	T1	T2
A partir du 61 ^e jour et jusqu'au 274 ^e jour d'arrêt	30 %	85 %	10 %	5 %
A partir du 275 ^e jour	30 %	90 %	10 %	–

Article 4

Les dispositions du deuxième alinéa du C « Cotisations » du VIII « Contrats proposés aux anciens assurés » du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective

nationale susvisée, ainsi que les deux tableaux qui font suite à cet alinéa sont remplacés par les dispositions suivantes :

« La cotisation annuelle par personne assurée est fixée au 1^{er} avril 2008 à :

(En euros.)

POUR LES RETRAITÉS CADRES OU ASSIMILÉS CADRES	
<i>Retraité</i>	
<i>Conjoint ayant droit d'un retraité ou conjoint d'un retraité décédé</i>	872
<i>Enfant ayant droit ou poursuivant ses études et inscrit au régime de la sécurité sociale étudiant (gratuité à partir du 4^e enfant à garantir)</i>	376

POUR LES ANCIENS SALARIÉS CADRES OU ASSIMILÉS CADRES	
Licencié inscrit aux ASSEDIC Ancien salarié qui bénéficiait du régime de prévoyance et inscrit aux ASSEDIC Préretraité Assuré en incapacité de travail avec rupture du contrat de travail Assuré en invalidité	740
Assuré en congé sans solde, congé parental d'éducation, en congé formation, en congé sabbatique, convention de reclassement personnalisé Conjoint ayant droit ou conjoint ayant droit d'un salarié décédé	
Enfant ayant droit ou poursuivant ses études et inscrit au régime de la sécurité sociale étudiant (gratuité à partir du 4 ^e enfant à garantir)	376

Article 5

Au 3^e alinéa du B « Montant du capital » du V « Décès » du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, les mots « Si l'assuré lors de son décès est âgé de moins de 65 ans, » sont supprimés.

Le 5^e alinéa du B « Montant du capital » du V « Décès » du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, relatif à la réduction de capital applicable en cas de décès d'un assuré de plus de 65 ans, est supprimé.

Au 6^e alinéa du B « Montant du capital » du V « Décès » du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, les mots « à compter du 65^e anniversaire de l'assuré ou » sont supprimés.

Le 8^e alinéa du B « Montant du capital » du V « Décès » du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée est remplacé par les dispositions suivantes :

« En cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, les capitaux décès prévus ci-dessus en cas de décès par maladie sont versés au profit de l'assuré lui-même. »

Dans la première phrase du 1^{er} alinéa du C « Montant du capital en cas de décès du conjoint survivant » du V « Décès » du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, les mots « âgé de moins de 60 ans » sont supprimés.

Au 2^e alinéa du C « Montant du capital en cas de décès du conjoint survivant » du V « Décès » du régime de prévoyance des cadres de la pharmacie d'officine de l'annexe IV à la convention collective nationale susvisée, les mots « ou lorsque celui-ci atteint son 60^e anniversaire » sont supprimés.

Article 6

Le présent avenant prendra effet à compter du 1^{er} avril 2008 et sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Fait à Paris, le 30 janvier 2008.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;
Union nationale des pharmacies de France ;
Union des syndicats de pharmaciens d'officine.

Syndicats de salariés :

Fédération nationale du personnel d'encadrement des industries chimiques, parachimiques et connexes CFE-CGC ;
Fédération nationale des industries chimiques CGT ;
Fédération nationale de la pharmacie FO ;
Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et sociaux CFTC ;
Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux CFDT.