

Brochure n° 3104

Convention collective nationale  
IDCC : 176. – **INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE**

AVENANT DU 25 SEPTEMBRE 2013  
À L'ACCORD DU 22 JUIN 2007 RELATIF À LA PRÉVOYANCE

NOR : ASET1351173M  
IDCC : 176

Entre :

Les LEEM,

D'une part, et

La FCE CFDT ;

La FNP FO ;

La FCMTE CFTC ;

La CFE-CGC chimie ;

L'UNSA,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

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

Après le premier paragraphe de l'article 1<sup>er</sup> du chapitre I<sup>er</sup> « Dispositions générales » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance des salariés sont insérés les deux paragraphes suivants :

« Le présent accord prévoit un régime de prévoyance obligatoire couvrant les risques décès, incapacité et invalidité, un régime obligatoire de remboursement des frais de soins de santé (maladie, chirurgie, maternité) et un fonds collectif santé, ci-après désignés "régime de prévoyance".

En outre, l'accord du 22 juin 2007 organise un régime à cotisations définies, dit "fonds collectif santé" pour permettre aux entreprises et aux salariés de préfinancer un régime collectif frais soins de santé des anciens salariés, auxquels ces derniers pourront adhérer notamment à la retraite, dans les conditions prévues à l'article 2 de l'accord collectif du 22 juin 2007 relatif au régime frais de soins de santé des anciens salariés. »

**Article 2**

Les deuxième, troisième et quatrième phrases du 1<sup>er</sup> alinéa de l'article 2 du chapitre I<sup>er</sup> « Dispositions générales » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance des salariés sont annulées et remplacées par les dispositions suivantes :

« La nature, le niveau des prestations, le taux, la répartition des cotisations tels que définis ci-après dans le présent accord constituent un tout indivisible.

Par ailleurs, un fonds de solidarité permet de financer certaines prestations au profit de personnes en situation difficile sans qu'elles donnent lieu pour autant à une contribution spécifique.

Ces prestations viennent en complément de celles prévues par le présent régime et sont décidées au cas par cas par le comité paritaire de gestion. »

### **Article 3**

L'article 3 du chapitre I<sup>er</sup> « Dispositions générales » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance des salariés est annulé et remplacé par les dispositions suivantes :

#### **« Article 3**

#### *Dénonciation et révision*

##### **3.1. Révision**

Chacune des organisations syndicales représentatives signataires peut demander la révision de tout ou partie du présent accord.

Par dérogation à l'article 3 des clauses générales de la convention collective, toute demande de révision doit être portée à la connaissance des autres organisations syndicales 2 mois au moins avant une échéance annuelle par lettre recommandée avec avis de réception précisant les dispositions sur lesquelles porte sa demande. Les négociations doivent être engagées dans le délai de 1 mois.

Dans l'hypothèse où aucun accord ne peut être conclu, le texte en cours d'application demeure en vigueur.

Les indemnités journalières et rentes en cours de service pour les sinistres survenus avant l'entrée en vigueur du nouvel accord continueront à être servies et revalorisées sur la base des dispositions de l'accord avant sa révision ; les garanties décès résultant dudit accord resteront acquises aux bénéficiaires de ces indemnités et rentes suivant l'accord avant révision. La poursuite du versement de ces prestations et de leur revalorisation s'effectuera comme précisé ci-dessous dans le cas de dénonciation de l'accord. Le comité de gestion du régime ci-après décrit décidera des modalités de ces poursuites.

##### **3.2. Dénonciation**

###### **3.2.1. Modalités de la dénonciation**

La cessation des effets de l'article 38 des clauses générales de la convention collective de l'industrie pharmaceutique, pour quelque cause que ce soit, entraîne celle du présent accord.

Chaque partie signataire ou adhérente peut dénoncer le présent accord.

La dénonciation devra être notifiée par son auteur aux autres parties signataires et adhérentes, soit l'organisation syndicale patronale ou l'ensemble des organisations syndicales de salariés, ainsi qu'à la direction des relations du travail, et ce par lettre recommandée avec avis de réception.

Cette dénonciation prendra effet après un préavis de 3 mois suivant la réception de cette demande.

Les négociations auxquelles sera invité l'ensemble des organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche doivent commencer au plus tard dans le mois suivant l'expiration du préavis de dénonciation de 3 mois.

Pour le reste, il sera fait application des dispositions légales prévues aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail.

La poursuite du versement de ces prestations et de leur revalorisation s'effectuera comme précisé ci-dessus dans le cas de dénonciation de l'accord. Le comité de gestion du régime ci-après décrit décidera des modalités de ces poursuites.

### 3.2.2. Effets de la dénonciation

En tout état de cause et même en cas de non-remplacement de l'accord dénoncé, les salariés ou anciens salariés bénéficiaires d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité ont droit au maintien des prestations dont ils bénéficiaient, au niveau atteint en euros à la date de cessation définitive des effets de l'accord dénoncé. Les parties signataires représentatives du présent accord décideront des modalités techniques de la poursuite d'une revalorisation future de ces prestations.

Les salariés ou anciens salariés en arrêt de travail par suite d'une maladie ou d'un accident survenu avant la date de cessation définitive des effets de l'accord dénoncé mais se trouvant à cette date dans la période de carence bénéficieront, à l'expiration de celle-ci, des indemnités journalières ou de la rente d'invalidité de l'accord collectif dénoncé. Les parties signataires représentatives du présent accord décideront des modalités techniques de la poursuite d'une revalorisation future de ces prestations.

En outre, les garanties décès des assurés visés au paragraphe précédent sont maintenues sur la base de garantie prévue à l'article 14 du présent accord, au niveau atteint en euros à la date de cessation d'effet de l'accord dénoncé. Les parties signataires représentatives du présent accord décideront des modalités techniques de la poursuite d'une revalorisation future de ces prestations.

Les ayants droit des assurés décédés et ceux des assurés classés parmi les invalides 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie définie à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale qui, à la date d'entrée en vigueur de l'accord du 21 mai 1991 modifié, de l'accord du 29 mai 2000 modifié ou de l'accord du 22 juin 2007 modifié, bénéficiaient d'une rente éducation dans les conditions de l'accord collectif en vigueur à la date de survenance du sinistre continuent à bénéficier de cette rente dans les conditions prévues par le contrat d'assurance.

Les salariés bénéficiant du présent accord peuvent, au cas où il serait dénoncé sans être remplacé, demander à bénéficier d'un régime couvrant l'ensemble des risques pour lesquels ils étaient assurés du fait du présent accord. Une annexe aux contrats d'assurance passés avec les organismes assureurs définit, en application de l'article 5 de la loi du 31 décembre 1989, le taux des prestations ainsi que les cotisations correspondantes. Les salariés qui désireront bénéficier de ce maintien de droits devront se manifester dans un délai de 3 mois à compter de la cessation définitive d'effet du présent accord. »

## Article 4

L'article 4 du chapitre I<sup>er</sup> « Dispositions générales » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance des salariés est annulé et remplacé par les dispositions suivantes :

### « Article 4

#### *Comité paritaire de gestion*

#### 4.1. Composition

Un comité paritaire de gestion est constitué en application de l'article 38 des clauses générales de la convention collective.

Ce comité de gestion comprend :

- un collège des salariés composé de trois membres pour chacune des confédérations représentatives au niveau de la branche ;
- un collège des employeurs composé d'un nombre de représentants égal au nombre total de représentants de l'ensemble des organisations syndicales de salariés.

Le comité de gestion peut se faire assister d'un ou plusieurs actuaire conseil qu'il choisit, dont le mandat est renouvelé tous les 2 ans par décision du comité suivant des modalités fixées par le comité.

Les représentants des assureurs assistent aux réunions du comité de gestion en qualité de techniciens et lui apportent toutes les informations relatives aux ordres du jour, ainsi que l'aide matérielle nécessaire à son fonctionnement.

#### 4.2. Missions

Le comité de gestion a pour mission le suivi et la mise en œuvre du présent régime, au regard notamment de l'article 38 des clauses générales de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique et des dispositions légales et réglementaires.

Pour assurer cette mission, lors de chaque réunion du comité, les représentants des organismes assureurs rendent compte de manière complète et détaillée et suivant un cahier des charges fixant la nature et le calendrier, des informations à fournir de la situation du régime et de son évolution de façon à permettre au comité de gestion de donner toutes directives quant à l'application du contrat.

Le comité de gestion établit avec les organismes assureurs le cahier des charges visé à l'alinéa ci-dessus.

Chaque année, au mois de mars ou avril au plus tard, le comité paritaire de gestion fixe le taux de revalorisation des prestations de prévoyance (incapacité, invalidité et rentes éducation). Cette décision figure dans le procès-verbal de la réunion au cours de laquelle elle a été réalisée. En l'absence d'accord, il n'y a pas de revalorisation.

Chaque année, au plus tard au mois de mai, les représentants des organismes assureurs soumettent à l'approbation du comité de gestion les comptes détaillés de l'exercice clos le 31 décembre de l'année précédente, et lui fournissent toutes les explications et documents nécessaires à une bonne compréhension de ces comptes. Le comité de gestion doit être en mesure d'approuver les comptes dudit exercice au plus tard le 30 juin afin que les représentants des organismes assureurs établissent les documents d'information prévus à l'article 8 du présent accord qu'ils adresseront à toutes les entreprises adhérentes avant le 31 août de chaque année. Le comité paritaire de gestion peut solliciter un complément d'informations susceptible de l'éclairer.

Après l'approbation des comptes et la constitution des provisions et réserves légales et conventionnelles, le comité propose aux assureurs l'affectation des éventuels excédents de l'exercice considéré. Le comité approuve le prélèvement effectué sur le fonds collectif santé pour alimenter la réserve de couverture des anciens salariés en application des mécanismes prévus à l'article 20.2 du présent accord. Les propositions du comité figurent dans le procès-verbal de la réunion au cours de laquelle elles ont été réalisées.

De plus, le comité de gestion :

- examine les demandes d'adhésion d'entreprises au régime de prévoyance conventionnel des salariés et des VRP et décide, après examen, de leur admission ou du rejet de leur demande. S'il s'agit d'une demande d'adhésion d'une entreprise visée à l'article 6.5 du présent accord, le comité devra demander à ce qu'il soit procédé au calcul du taux majoré et du coût de la reprise des engagements passés éventuels prévus dans ce cas comme indiqué à l'article 6.5 précité ;
- examine les avis de démission et contrôle l'établissement de l'indemnité éventuellement appliquée aux entreprises quittant le régime conformément aux dispositions du présent accord ;
- fait procéder aux études demandées par les partenaires sociaux de la branche en vue de la négociation de tous contrats d'assurance nécessaires pour la réalisation du présent accord ;
- fait procéder aux études nécessaires à la négociation par les partenaires sociaux de la branche des modifications à apporter aux contrats existants en tenant compte, notamment, des prestations en nature et en espèces du régime général de la sécurité sociale ainsi que des résultats des contrats ;
- assure la gestion du fonds de solidarité du régime.

Enfin, le comité peut procéder à certains aménagements techniques concernant les prestations frais de santé ou prévoyance lorsque ces aménagements :

- sont rendus nécessaires par des évolutions législatives ou réglementaires ;
- résultent d’une mise en conformité avec la réglementation ou les pratiques de la sécurité sociale.

Cependant, ces aménagements doivent rester techniques et mineurs et ne pas remettre en cause les principes fondateurs du présent accord.

Le comité paritaire de gestion élabore son règlement intérieur lors de la première réunion qui suit la date d’application du présent accord.

Les membres du comité paritaire de gestion sont tenus à une obligation de discrétion quant aux informations auxquelles ils ont accès. »

## **Article 5**

Après le 6.4 du chapitre I<sup>er</sup> « Dispositions générales » de l’accord collectif du 22 juin 2007 est ajouté un article 6.5 « Taux majoré et coût de la reprise des engagements passés pour les entreprises adhérant après le 1<sup>er</sup> juillet 2007 ». Cet article reprend les dispositions de l’article 20 de l’accord collectif du 22 juin 2007 dans les termes suivants :

« L’affiliation des entreprises adhérant aux organismes désignés après le 1<sup>er</sup> juillet 2007 pourra être subordonnée à l’application d’un taux majoré applicable pendant 3 ans.

Le taux d’appel majoré est fixé à la suite d’une “pesée” technique :

- soit par les organismes assureurs désignés ;
- soit par un expert mandaté par le comité paritaire de gestion qui peut être l’actuaire conseil désigné à l’article 4 du présent accord.

Le taux majoré éventuel est calculé séparément pour le régime décès, incapacité, invalidité, d’une part et le régime maladie, chirurgie, maternité, d’autre part, selon des règles validées par le comité paritaire de gestion en tenant compte notamment des éléments suivants :

- l’âge moyen du groupe comparé à l’âge moyen de l’ensemble des assurés du régime ou la répartition par âge des assurés ;
- le salaire moyen par assuré comparé au salaire moyen de l’ensemble des assurés du régime.

Par ailleurs, le complément éventuel de cotisation est également à prévoir pour le fonds collectif santé visé au chapitre III ci-après et le régime des anciens salariés prévu par l’accord collectif du 22 juin 2007 sur le régime frais soins de santé des anciens salariés. Ce complément éventuel de cotisation est calculé selon les règles validées par le comité paritaire de gestion.

En outre, des conditions de la reprise de passif pourront être déterminées pour les entreprises dont l’entrée dans le régime est subordonnée à la reprise d’engagements passés pour des sinistres survenus avant son entrée dans le régime, connus ou non connus de l’assureur précédant.

Ce taux majoré, le complément de cotisation pour le fonds collectif santé et le coût de la reprise éventuelle d’engagements passés sont calculés dans des conditions identiques dans toutes les entreprises qui en font l’objet. »

L’article 6.5 du chapitre I<sup>er</sup> « Dispositions générales » de l’accord collectif du 22 juin 2007 est numéroté « Article 6.7 ».

## **Article 6**

L’article 7 s’intitule désormais : « Rapport annuel sur les résultats, comptes de résultat et alimentation des fonds et réserves ».

L’article 7 du chapitre I<sup>er</sup> « Dispositions générales » de l’accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance est modifié par les dispositions suivantes.

« Pour chaque exercice civil, les organismes assureurs visés à l'article 5 établissent un rapport sur les résultats d'ensemble du régime des actifs correspondant donc aux activités consolidées de toutes les sociétés adhérentes dans le cadre du présent accord. Ce rapport présente les comptes du régime décès, incapacité, invalidité, d'une part, du régime maladie, chirurgie, maternité, d'autre part, et du fonds collectif santé. Ils établissent également un rapport distinct sur les résultats du régime des anciens salariés.

#### 7.1. Comptes du régime des actifs

Les organismes assureurs du régime (RPC et RS) des salariés établissent chaque année un rapport sur les comptes de résultat du régime (RPC et RS) des salariés conformément aux dispositions légales et réglementaires et à celles prévues par le présent accord en distinguant :

- le montant des cotisations nettes de taxes, le montant des prestations payées brutes de réassurances, le montant des provisions techniques brutes de réassurances le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre de l'exercice considéré ;
- le montant des frais de gestion avec la ventilation entre les frais d'acquisition, de gestion et d'administration et le calcul du taux de frais conformément aux obligations concernant la communication des frais ;
- la quote-part des produits financiers nets, des participations aux résultats, du résultat de la réassurance ;
- l'évolution des provisions, fonds et réserves constitués pour faire face aux fluctuations de la sinistralité du régime des actifs et financer la revalorisation des prestations périodiques ;
- le nombre des assurés, en distinguant les bénéficiaires cotisants des bénéficiaires non cotisants, ayants droit des premiers ainsi que les adhérents facultatifs (conjoint et enfants non à charge des assurés).

Ce rapport sera adressé à l'organisation patronale et aux organisations syndicales représentatives dans la branche, dans le mois suivant l'approbation des comptes par le comité paritaire de gestion et au plus tard le 31 juillet suivant la clôture de l'exercice considéré. Il sera adressé à la direction de chaque entreprise adhérente au plus tard le 31 août de chaque année.

L'entreprise affiliée communiquera un exemplaire de ce rapport au comité d'entreprise (à défaut, aux délégués du personnel) ou, s'il y a lieu, au comité central d'entreprise, accompagné éventuellement des observations de la direction.

Les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective mais qui auraient confié l'assurance de leur régime de prévoyance à un autre organisme dans les conditions prévues à l'article 5 ci-dessus devront communiquer le rapport correspondant à leurs résultats propres à leur comité d'entreprise, à défaut aux délégués du personnel, ou, s'il y a lieu, au comité central d'entreprise.

#### 7.2. Comptes du régime à cotisations définies dits fonds collectif santé prévu au chapitre III du présent accord

L'organisme gestionnaire dudit régime établit chaque année un rapport sur les comptes du fonds collectif santé conformément aux dispositions légales et à celles prévues par le présent accord en distinguant :

- le montant des cotisations nettes de taxes et le montant des prélèvements de l'année ;
- le détail par nature de tous les frais tels que ceux de gestion, charges, taxes précomptées sur les cotisations nettes de taxes ;
- la quote-part des produits financiers nets.

Ce rapport sera remis pour information à l'organisation patronale et aux organisations syndicales représentatives dans la branche, dans le mois suivant l'approbation des comptes par le comité paritaire de gestion et au plus tard le 31 juillet suivant la clôture de l'exercice considéré.



Une présentation des comptes de ce régime sera annexée chaque année au rapport de présentation des comptes du régime des salariés visé au 7.1 ci-dessus qui est adressé aux entreprises adhérentes. »

A la fin de l'article 7, est créé un article 7.3 « Comptes de résultat et alimentation des fonds et réserves ». Cet article reprend les dispositions de l'article 14 de l'accord collectif du 22 juin 2007. L'article 14 du même accord est supprimé.

## **Article 7**

L'article 8 du chapitre I<sup>er</sup> « Dispositions générales » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance est modifié par les termes suivants :

### **« 8.1. Remise de la notice d'information et accès au site internet**

Une notice est remise à chaque salarié présent dans l'entreprise à la date de mise en place du régime ainsi qu'à tout nouvel embauché.

A l'occasion de toute modification des garanties du régime, une notice ou fiche rectificative est remise aux assurés.

Le contenu de la notice ou de ses mises à jour est établi par l' (les) organisme(s) assureur(s) sous sa (leur) responsabilité, qu'il(s) adresse(nt) à chacun des signataires du présent accord ainsi qu'au comité paritaire de gestion. L' (les) organisme(s) assureur(s) adresse(nt) également un exemplaire à chaque entreprise adhérente, à charge pour elle de la diffuser au comité d'entreprise et à chaque membre du personnel, par tout moyen à sa convenance, dans le respect des dispositions légales y afférent.

A cette occasion, l'entreprise rappellera aux salariés la possibilité qu'ils ont de modifier le bénéficiaire de l'assurance décès et/ou l'option, conformément à l'article 14 du présent accord.

Par ailleurs, les informations relatives au présent régime sont disponibles et régulièrement mises à jour sur le site internet [www.prevoyancepharma.com](http://www.prevoyancepharma.com).

### **8.2. Sortie du régime et information de la possibilité d'adhérer au régime des anciens salariés**

Tout salarié à partir de 58 ans est informé individuellement par l'organisme assureur de la possibilité d'adhérer au régime des anciens salariés à compter de la date de cessation de son contrat de travail ou de la fin de période du maintien des garanties à titre temporaire, par adhésion formelle individuelle et facultative du régime de remboursement des frais de soins de santé prévu par l'accord collectif du 22 juin 2007 sur le régime frais soins de santé des anciens salariés.

Tout salarié quittant une entreprise affiliée au régime et se trouvant dans l'un des cas énumérés au 1° de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 est destinataire ou informé par l'organisme assureur au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de cessation de son contrat de travail ou de la fin de période du maintien des garanties à titre temporaire, de la possibilité dans laquelle il se trouve de pouvoir bénéficier par adhésion formelle individuelle et facultative du régime de remboursement des frais de soins de santé prévu par l'accord collectif du 22 juin 2007 sur le régime frais soins de santé des anciens salariés, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le terme de son contrat de travail. Pour se faire, l'entreprise communique à l'organisme assureur le nom des intéressés, au plus tard dans le mois du départ de l'assuré ou dans le mois de la liquidation de sa retraite.

Les ayants droit d'un assuré décédé seront également destinataires par l'organisme assureur du présent régime, dans le délai de 2 mois à compter du décès, du droit qui leur est offert de pouvoir bénéficier d'une proposition de maintien du même régime et des mêmes conditions tarifaires, pendant une durée minimale de 12 mois, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois du décès.

### 8.3. Information du CE en cas de non-paiement des cotisations

Le rapport trimestriel, prévu à l'article L. 2323-50 du code du travail, communiqué par le chef d'entreprise au comité d'entreprise, donne, si tel est le cas, des informations sur les raisons du non-paiement, dans les délais fixés, des cotisations dues en application du présent accord ainsi que sur le montant de ces cotisations. »

#### Article 8

L'article 9 du chapitre I<sup>er</sup> « Dispositions générales » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance s'intitule désormais :

#### « Article 9

##### *Portabilité des droits en matière de santé et de prévoyance »*

Et est modifié par les dispositions suivantes :

« Bénéficiaire des garanties maladie, chirurgie, maternité et décès, invalidité, incapacité du présent régime appliquées dans leur ancienne entreprise pendant leur période de chômage et pour des durées égales à la durée de leur dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois :

- le salarié licencié, sauf faute lourde, effectivement inscrit comme demandeur d'emploi à Pôle emploi ;

En cas de faute lourde, l'assuré pourra adhérer au régime des anciens salariés. En cas de requalification de la faute lourde par une décision de justice définitive, l'assuré pourra obtenir le remboursement des cotisations afférentes à la durée de la portabilité qu'il a versé pour sa couverture remboursement des frais de soins de santé ;

- le salarié démissionnaire, en cas de démission considérée comme “légitime” au regard de la convention d'assurance chômage, dès lors que le salarié est effectivement inscrit comme demandeur d'emploi à Pôle emploi et justifie d'une indemnisation même différée de l'assurance chômage ;
- le salarié dont le contrat de travail a été rompu d'un commun accord par suite de son adhésion à une convention de sécurisation professionnelle, ou tout autre rupture ouvrant droit à l'assurance chômage en application des dispositions légales réglementaires ou conventionnelles en vigueur à la date d'application du présent accord ;
- le salarié qui licencié, en arrêt de travail pour maladie à la date de la rupture de son contrat de travail, justifie avant la fin de la période susvisée, au 1<sup>er</sup> alinéa ci-dessus, pouvant aller jusqu'à 12 mois, d'une période de chômage avec inscription comme demandeur d'emploi à Pôle emploi ;
- le salarié dont la rupture conventionnelle a été homologuée ;
- le salarié au terme de son contrat de travail à durée déterminée ;
- lorsqu'une entreprise est en situation de liquidation judiciaire, le présent régime s'adaptera aux engagements qui seront pris en application de l'article 4 de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Cette garantie s'interrompt dès lors que l'assuré ne remplit plus les conditions pour percevoir l'assurance chômage à compter du terme de son contrat de travail (préavis effectué ou non).

Toutefois, dans les cas précités, l'assiette des garanties est calculée sur le salaire versé les 12 derniers mois précédant la notification de la rupture du contrat de travail, hors toutes indemnités liées à la rupture.

Les droits garantis par le régime de prévoyance au titre de l'incapacité temporaire ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçu au titre de la même période.



L'entreprise affiliée au régime qui, en application de l'article 6 ci-dessus, est amenée à rompre ses relations avec les organismes désignés à l'article 5 ci-dessus doit assurer le maintien des garanties visées au présent article. »

## **Article 9**

L'article 11 du chapitre I<sup>er</sup> « Dispositions générales » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance est supprimé.

Un article 11 « Article 11. – Bénéficiaires du régime et affiliation obligatoire » est inséré sous le chapitre II « Régime professionnel conventionnel (RPC) des salariés ».

L'article 11 du chapitre II « Régime professionnel conventionnel (RPC) des salariés » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance reprend les dispositions de l'article 12 du même accord, selon les termes suivants :

« Est réputé bénéficiaire du présent régime de prévoyance tout salarié et toute personne assimilée au sens de l'article L. 311-3 (11° et 12°) dudit code, lié à une entreprise entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique (CCNIP). Le terme de bénéficiaire s'applique à toutes les dispositions du présent accord et de ses avenants.

Les garanties définies par le présent accord sont suspendues pour les bénéficiaires dont l'activité est suspendue. A l'issue de cette suspension, ils bénéficient de l'intégralité des garanties du présent accord sans formalité.

Toutefois, la suspension du présent régime de protection sociale ne joue pas pour les bénéficiaires dont les périodes de suspension sont indemnisées. L'indemnisation peut prendre la forme d'un maintien, total ou partiel, de revenus ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'entreprise, qu'elles soient versées directement par cette dernière ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Dans certaines conditions visées à l'article 12 du présent accord ci-dessous, sous réserve de formaliser leur adhésion par écrit, certaines personnes peuvent également, à titre facultatif, adhérer au régime maladie, chirurgie, maternité des salariés, en contrepartie d'une cotisation spécifique appelée par l'assureur. »

## **Article 10**

L'article 12 du chapitre II « Régime professionnel conventionnel (RPC) des salariés » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance s'intitule désormais « Adhérents à titre facultatif ». Il est modifié par les dispositions suivantes :

« Peuvent également, à titre facultatif, adhérer au régime maladie, chirurgie, maternité, en contrepartie d'une cotisation spécifique appelée par l'assureur, sous réserve de formaliser leur adhésion par écrit :

- les conjoints dits non à charge, c'est-à-dire couverts en qualité d'assurés sociaux à titre personnel et non d'ayants droit de l'assuré, par un régime de sécurité sociale offrant des prestations en nature ;
- les salariés ayant leur contrat de travail suspendu, notamment dans le cadre de congé parental total, de congé sans solde, de congé sabbatique et de congé individuel de formation ;
- les stagiaires dès lors qu'ils bénéficient d'un régime de base de la sécurité sociale leur offrant des prestations en nature ;
- les enfants de l'assuré, de son conjoint, ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité (Pacs), dès lors qu'ils viennent de finir leurs études et qu'ils justifient d'être inscrits comme demandeurs d'emploi, même non indemnisés. Cette adhésion doit intervenir dans les 6 mois qui suivent le terme de leurs études. Cette adhésion est limitée à 24 mois même non consécutifs ;
- les enfants de l'enfant couvert par le régime au titre d'ayants droit d'un assuré.

Peuvent adhérer au régime des anciens salariés, selon les modalités prévues par l'accord du 22 juin 2007 sur le régime frais de soins de santé des anciens salariés :

- en cas de décès de l'assuré, les bénéficiaires de la rente éducation ou de la rente temporaire de conjoint ou ceux qui auraient pu en bénéficier en cas de choix de l'option n° 1 ou de l'option n° 3 ; cette adhésion doit intervenir dans les 6 mois du décès, tel que prévu par l'accord collectif du 22 juin 2007 sur le régime frais de soins de santé des anciens salariés. En tout état de cause, l'adhésion des intéressés au régime des anciens salariés cesse au même moment que le bénéfice de la rente éducation.

Le montant de la cotisation appelée par l'assureur auprès de l'assuré est fixé après consultation du comité paritaire de gestion du régime de prévoyance. »

### **Article 11**

Avant l'article 13.1 du chapitre II « Régime professionnel conventionnel (RPC) des salariés » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance, il est introduit les termes suivants :

#### **« Article 13**

##### *Assiette et base des cotisations*

A l'article 13.1.1, après le 1<sup>er</sup> alinéa, est ajouté le paragraphe suivant :

« Bien que non soumis à cotisation de sécurité sociale en application de l'article L. 5123-5 du code du travail, sont également intégrées dans l'assiette des cotisations, les allocations du congé de reclassement légal et conventionnel, prévu à l'article L. 1233-27 du code du travail, versées pendant la durée qui excède la durée du préavis. »

Après les termes « Toutefois, sont exclus du salaire soumis à cotisation », les alinéas suivants sont modifiés par les termes suivants :

- « – les gratifications exceptionnelles ;
- la prime de transport de la région parisienne ;
- les remboursements de frais de toute nature ;
- les indemnités de licenciement ou de départ ;
- les indemnités de non-concurrence et indemnités de clientèle ;
- les indemnités de précarité d'emploi ;
- toute réintégration des cotisations de retraite ou de prévoyance intervenant dans le cadre des dispositions de l'article 113 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites et de l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie et des dispositions réglementaires d'application ;
- les indemnités journalières de la sécurité sociale ;
- les indemnités journalières du régime de prévoyance. »

A l'article 13.1.2, après le dernier paragraphe, est ajouté un dernier alinéa dans les termes suivants :

« La base de la cotisation afférente au fonds collectif santé est le plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période. »

L'article 13.2.2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« La base des garanties, servant au calcul des prestations à verser à un bénéficiaire, est fixée à la somme des éléments rentrant dans l'assiette des garanties tels que définis ci-dessus perçus par l'intéressé au cours des 12 derniers mois de pleine activité précédant celui au cours duquel :

- s'est produit le décès ou l'arrêt de travail, limitée à 8 fois le plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période, pour les prestations à verser en cas de décès (prestations en capital) ou d'arrêt de travail ;

- s’est produit le décès, limitée à 4 fois le plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période pour la rente éducation ou pour la rente temporaire de conjoint à verser en cas de décès.

Concernant les salariés ayant travaillé à temps complet, puis à temps partiel ou inversement dans la même entreprise, la base de calcul des garanties décès visée à l’article 13.2 du présent accord est calculée proportionnellement aux périodes d’emploi effectuées à temps complet et à temps partiel depuis leur entrée dans l’entreprise.

Lorsqu’un sinistre survient moins de 1 an après l’affiliation de l’assuré au bénéfice du régime ou si pendant la période servant au calcul de la base des garanties, sa rémunération a été réduite ou suspendue pour cause de maladie ou d’accident, cette base est reconstituée, *pro rata temporis*, à partir des éléments la constituant correspondant aux mois civils de présence à temps complet versés antérieurement à la date du sinistre ouvrant droit aux prestations.

S’il s’est écoulé plus de 6 mois entre la fin du dernier mois de pleine activité et la date d’exigibilité de la première prestation, la base des garanties est revalorisée suivant les modalités techniques définies par le comité paritaire de gestion. »

## Article 12

L’article 14 du chapitre II « Régime professionnel conventionnel (RPC) des salariés » de l’accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance s’intitule désormais :

### « Article 14

#### *Couverture en cas de décès du salarié »*

Cet article reprend les dispositions de l’article 15 du même accord selon les termes suivants :

« L’assurance décès garantit, en cas de décès de l’assuré (salarié ou ancien salarié en état d’incapacité ou d’invalidité), dans les conditions prévues au contrat d’assurance, selon l’option choisie par l’assuré :

- soit le versement d’un capital (option n° 1 ci-après) ;
- soit le versement d’un capital et d’une rente éducation aux enfants de l’assuré (option n° 2 ci-après) ;
- soit le versement d’un capital et d’une rente temporaire de conjoint (option n° 3 ci-après) ;

L’option n° 1 s’appliquera si lors de son décès ou de son invalidité absolue et définitive l’assuré :

- n’a pas choisi d’option ;
- ou a choisi l’option n° 2 et n’a pas d’enfant à charge ;
- ou a choisi l’option n° 3 et n’a pas de conjoint.

Le choix de l’option peut être modifié à tout moment par l’assuré. La demande doit en être faite par lettre transmise aux organismes assureurs ou au gestionnaire mandaté pour application au premier jour du mois suivant la réception de la lettre. Les organismes assureurs retiennent la dernière option de l’assuré en leur possession à la date du sinistre. Conformément à l’article 8 du présent accord, l’entreprise rappellera aux salariés la possibilité qu’ils ont de modifier le bénéficiaire de l’assurance décès et/ou l’option.

Le capital décès est versé au bénéficiaire désigné par l’assuré ou, à défaut de désignation d’un bénéficiaire, à son conjoint non séparé judiciairement, à défaut à son partenaire de Pacs, à défaut à ses enfants, à défaut à son père et à sa mère, à défaut à ses héritiers.

Toutefois, lorsque le montant du capital décès est déterminé en tenant compte des enfants à charge et des ascendants à charge, la majoration du capital correspondante ne profite qu’aux enfants

et aux ascendants pris en considération pour le calcul de cette majoration selon les modalités prévues au contrat d'assurance.

En cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, attestée par son classement parmi les invalides du 3<sup>e</sup> groupe de la sécurité sociale avec assistance d'une tierce personne, dans les conditions prévues au contrat d'assurance :

- le capital décès prévu par l'option choisie est versé à l'intéressé par anticipation ;
- s'il a choisi l'option n° 2, la rente éducation est versée aux enfants ;
- s'il a choisi l'option n° 3, la rente temporaire de conjoint est versée au conjoint. Toutefois, la rente s'interrompt dès lors que le bénéficiaire perd la qualité de conjoint telle que prévue ci-dessous et au plus tard selon les modalités définies au C ci-après.

Le décès postérieur de l'assuré n'ouvre pas de nouveaux droits au titre de la couverture décès.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, l'incapacité permanente à 100 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne reconnue par la sécurité sociale est assimilée à la 3<sup>e</sup> catégorie de l'invalidité du régime général de la sécurité sociale.

La garantie décès est maintenue pendant les périodes d'arrêt de travail pour maladie ou accident ou pour invalidité ayant débuté avant le terme du contrat de travail. Cette garantie prend fin à la date de liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale.

#### A. – Option n° 1 : capital décès

Le capital versé en cas de décès, exprimé en pourcentage de la base des garanties définies à l'article 13.2.2 du présent accord, est déterminé comme suit :

SITUATION DE FAMILLE de l'assuré	DÉCÈS TOUTES CAUSES TA, TB, TC
Célibataire, veuf, divorcé sans personne à charge	170 %
Marié, partenaire de Pacs sans personne à charge (*)	220 %
Célibataire, veuf, divorcé, marié, partenaire de Pacs ayant une personne à charge (*)	310 %
Majoration par personne à charge supplémentaire (*)	90 %

(\*) La notion de personnes à charge est définie ci-après au paragraphe D du présent article.

#### B. – Option n° 2 : capital décès et rente éducation

Le capital et la rente éducation versés en cas de décès, exprimés en pourcentage de la base des garanties définies à l'article 13.2.2 du présent accord, limitée à la tranche B pour la rente éducation, sont déterminés comme suit :

- capital décès : 170 % TA, TB, TC ;
- rente éducation.

Chaque enfant à charge, tel que défini ci-après, perçoit une rente dont le montant est indiqué ci-après :

- jusqu'au 11<sup>e</sup> anniversaire : 12 % TA, TB ;
- du 11<sup>e</sup> au 18<sup>e</sup> anniversaire : 16 % TA, TB ;
- du 18<sup>e</sup> au 27<sup>e</sup> anniversaire : 19 % TA, TB ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés avant leur 27<sup>e</sup> anniversaire : 19 % TA, TB.

La rente éducation est doublée si l'enfant est orphelin de père et de mère.

En tout état de cause, le total des rentes éducation versées annuellement aux enfants de l'assuré ne peut dépasser la base des garanties, définie à l'article 13.2.2 du présent accord, du salarié décédé.

Les prestations servies sont en principe revalorisées au 1<sup>er</sup> avril de chaque année dans la limite des montants provisionnés et des disponibilités du fonds de revalorisation visé à l'article 7.3 du présent accord sur décision du comité paritaire de gestion, la première revalorisation intervenant au plus tôt 6 mois à partir de la date du décès, dans les conditions fixées au contrat d'assurance.

#### C. – Option n° 3 : capital décès et rente temporaire de conjoint

Le capital et la rente de conjoint versés en cas de décès, exprimés en pourcentage de la base des garanties définies à l'article 13.2.2 du présent accord, limitée à la tranche B pour la rente de conjoint, sont déterminés comme suit :

- capital décès : 170 % TA, TB, TC ;
- rente temporaire de conjoint.

Le conjoint au sens du D ci-après perçoit une rente de 12 % TA, TB. La rente prend fin à la date à laquelle le bénéficiaire remplit les conditions pour recevoir les pensions de réversion des régimes complémentaires ARRCO pour la part de rente calculée sur la TA et AGIRC pour la part de rente calculée sur la TB. En tout état de cause, si le droit à pension de réversion n'est pas ouvert pour le bénéficiaire, la rente s'interrompt à la date à laquelle il aurait pu les recevoir s'il en avait bénéficié.

Les prestations servies sont en principe revalorisées au 1<sup>er</sup> avril de chaque année dans la limite des montants provisionnés et des disponibilités du fonds de revalorisation visé à l'article 7 du présent accord sur décision du comité paritaire de gestion, la première revalorisation intervenant au plus tôt 6 mois à partir de la date du décès, dans les conditions fixées au contrat d'assurance.

#### D. – Notion d'enfants, de personnes à charge et de conjoint

Les enfants à charge susceptibles de percevoir la rente éducation précitée sont les enfants (et enfants adoptés) du salarié :

- de moins de 18 ans ;
- de 18 à 27 ans poursuivant leurs études et, s'ils ont l'âge requis, régulièrement inscrits au régime de la sécurité sociale des étudiants ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés avant leur 27<sup>e</sup> anniversaire.

Les personnes à charge ouvrant droit à une majoration du capital décès sont :

- les enfants remplissant les conditions ci-dessus ;
- les ascendants directs de l'assuré et de son conjoint ou partenaire de Pacs, titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 %, à condition que l'invalidité vive sous le toit de l'assuré.

Le conjoint susceptible de percevoir la rente précitée est le conjoint marié non séparé judiciairement ou pacsé. »

### Article 13

L'article 15 du chapitre II « Régime professionnel conventionnel (RPC) des salariés » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance s'intitule désormais :

#### « Article 15

*Indemnité en cas de prédécès du conjoint de l'assuré ou du partenaire de Pacs,  
prédécès d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge »*

Et reprend les dispositions de l'article 16 du même accord.

## Article 14

L'article 16 du chapitre II « Régime professionnel conventionnel (RPC) des salariés » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance s'intitule désormais :

### « Article 16

#### *Couverture en cas d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité permanente »*

Et reprend les dispositions de l'article 17 du même accord dans les termes suivants :

« Pour les prestations définies au présent article, le total des sommes perçues annuellement par le salarié notamment au titre de la rémunération versée par l'entreprise, de la prestation en espèces de la sécurité sociale, de celle du régime de prévoyance au titre de l'incapacité complète temporaire de travail ou de l'invalidité, ne peut, en aucun cas, excéder 100 % de la base des prestations telle que définie à l'article 13.2 ci-avant, le surplus éventuel réduisant d'autant la présente garantie.

Toutefois, le montant de la prestation servie par le présent régime est limité lorsqu'un salarié reprend son activité à temps partiel ou réduit tout en bénéficiant :

- d'indemnités journalières, pour motif thérapeutique dans les conditions prévues à l'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale ;
- d'une rente, en cas d'invalidité (1<sup>re</sup> ou 2<sup>e</sup> catégorie définie l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale) ;
- d'une rente d'incapacité versée en application de la législation sur les accidents de travail et maladies professionnelles, ouvrant droit au versement des prestations périodiques du régime de prévoyance.

Le montant de la prestation servie est alors limité à la différence entre :

- d'une part, 100 % de la base des garanties définie à l'article 13.2.2 du présent accord, éventuellement revalorisée conformément aux dispositions du présent accord ;
- d'autre part, le cumul de la prestation en espèces maintenue par la sécurité sociale et la rémunération effectivement perçue, limitée à la base des garanties ayant servi au calcul de la prestation allouée par le régime. La base retenue est celle en vigueur au premier jour de l'arrêt de travail, éventuellement revalorisée comme les prestations du régime de prévoyance.

Les éventuelles augmentations de salaire associées à l'emploi occupé lors de la reprise de travail, quel qu'en soit le motif, ne sont pas prises en compte dans la limitation des prestations servies par le présent régime.

Tous les cas d'incapacité et d'invalidité sont garantis à l'exception des cas d'exclusion précisés par le contrat d'assurance et rappelés dans la notice d'information prévue à l'article 8 du présent accord.

Les dispositions qui précèdent s'appliqueront aux reprises de travail survenant à partir de la date d'application du présent accord même si les prestations de prévoyance concernées le sont au titre des accords collectifs que le présent accord remplace. Les reprises de travail antérieures, mais se poursuivant à compter de la date d'application du présent accord, feront l'objet d'une analyse détaillée de l'assureur à présenter au comité paritaire de gestion qui pourra émettre toutes propositions destinées à étendre la disposition qui précède à tous les salariés bénéficiaires de prestations de prévoyance, quelle que soit la date de survenance du premier jour d'arrêt de travail.

#### 16.1. Incapacité temporaire complète de travail. – Maladie de longue durée

16.1.1. Lorsque l'assuré se trouve en état d'incapacité temporaire complète de travail ne relevant pas de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, constaté par le médecin



traitant et pris en charge au titre des indemnités journalières maladie de la sécurité sociale, l'indemnisation du régime de prévoyance intervient en relais de celle prévue à l'article 27.3 des clauses générales de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique, soit :

- pour les assurés ayant moins de 1 an d'ancienneté dans l'entreprise à la date du premier jour de l'arrêt de travail : à partir du quatrième jour inclus d'arrêt, 80 % du salaire TA, TB, TC sous déduction des indemnités journalières de la sécurité sociale versées dans la limite de la base des garanties définies à l'article 13.2.2 du présent accord ;
- pour les assurés ayant au moins 1 an d'ancienneté dans l'entreprise à la date du début de l'arrêt de travail : à partir du 91<sup>e</sup> jour d'arrêt, 80 % du salaire TA, TB, TC sous déduction des indemnités journalières de la sécurité sociale versées dans la limite de la base des garanties définie à l'article 13.2 du présent accord.

En tout état de cause, l'indemnisation nette du salarié ne pourra pas être supérieure à 100 % de la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait travaillé pendant son arrêt de travail. Indemnisation nette et rémunération nette s'entendent y compris après déduction des contributions CSG (contribution sociale généralisée) et CRDS (contribution au redressement de la dette sociale).

Pour être pris en charge par le présent régime, en relais du maintien de salaire de l'employeur selon les dispositions visées ci-dessus, l'entreprise est tenue de déclarer à l'organisme gestionnaire l'arrêt de travail dans les 12 mois qui suivent le premier jour de l'arrêt de travail. A défaut, l'arrêt est indemnisable par le régime, au plus tôt à compter de la date de réception de la déclaration par l'employeur.

16.1.2. Lorsque l'incapacité complète temporaire de travail relève de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles), l'indemnité journalière est versée en fonction des mêmes critères que ci-dessus, mais son montant est calculé, dans tous les cas, à raison de 90 % de la base de garantie définie à l'article 13.2.2 ci-avant, sous déduction des prestations en espèces versées par la sécurité sociale.

16.1.3. Si plusieurs arrêts de travail interviennent au cours d'une même année civile, la franchise est décomptée sur le cumul des arrêts successifs indemnisés par la sécurité sociale et intervenus depuis le début de cette année.

Est définie « franchise » la période débutant le premier jour d'arrêt de travail et finissant la veille du début de l'indemnisation du régime de prévoyance.

Lorsque la disposition ci-dessus a joué, toute nouvelle incapacité de travail intervenant au cours de la même année civile ouvre droit au paiement des indemnités journalières du régime de prévoyance à compter du quatrième jour suivant le nouvel arrêt de travail. Le paiement est effectué à compter du premier jour si la reprise de travail effective a été inférieure à 2 mois.

Sont considérées comme une reprise de travail effective les absences :

- pour congé de maternité ou congé de paternité et d'accueil de l'enfant ;
- pour congés payés ;
- pour congé parental total d'éducation.

La base de salaire à retenir pour le calcul des prestations en cas de reprise effective de travail de moins de 2 mois est la même base que celle prise en compte pour le précédent arrêt de travail.

Dans le cas d'une absence continue chevauchant sur 2 années civiles, la franchise applicable à la seconde année est décomptée à partir du premier jour de cette absence si le délai de franchise afférent à la première année n'a pas été atteint avant le 1<sup>er</sup> janvier de la seconde année.

16.1.4. Lorsque la sécurité sociale décide de suspendre le versement des indemnités journalières de sécurité sociale ou de réduire le montant de ses indemnités, le régime de prévoyance :

- suspendra le versement de l'indemnité journalière complémentaire qu'il prévoit si l'indemnité journalière de la sécurité sociale est suspendue puisque le versement prévu par le régime est subordonné au versement effectif de la prestation de la sécurité sociale ;

– réduira le montant de l’indemnité journalière complémentaire qu’il prévoit si la sécurité sociale, en application de la loi, réduit son indemnité, et ce dans la même proportion que la sécurité sociale.

16.1.5. Lorsque l’assuré reprend le travail à temps partiel, le régime peut poursuivre son indemnisation à condition que la sécurité sociale maintienne le versement de sa propre indemnité et selon les dispositions prévues dans les contrats des organismes d’assurance. Pour l’application de la règle dite de non-cumul, il est alors fait application des dispositions particulières prévues à l’antépénultième alinéa du préambule de l’article 16 du présent accord.

16.1.6. Les arrêts de travail en application du congé de maternité, prévu aux articles L. 1225-7 à L. 1225-20 et à l’article L. 1225-22 du code du travail ouvrant droit aux allocations journalières de l’assurance maternité du régime général de la sécurité sociale, sont exclus de l’indemnisation prévue par le présent accord au titre de l’incapacité temporaire de travail. Il en est de même pour le congé de paternité et d’accueil de l’enfant prévu à l’article L. 1225-35 du code du travail ouvrant droit aux allocations journalières de l’assurance de paternité et d’accueil de l’enfant du régime général de la sécurité sociale.

## 16.2. Invalidité permanente

L’assuré n’ayant pas liquidé sa retraite de base de la sécurité sociale (et au plus tard jusqu’à l’âge de la liquidation de ses droits à la retraite à taux plein) et assuré au titre du présent régime, dit participant en état d’invalidité permanente totale ou partielle, peut recevoir du régime de prévoyance une rente d’invalidité qui ne se cumule pas avec l’indemnité journalière d’incapacité temporaire complète de travail ou de longue maladie définie à l’article 16.1 ci-dessus, et ce dans les cas et conditions suivantes.

16.2.1. L’assuré en état d’incapacité totale de travail et percevant de la sécurité sociale une pension d’invalidité de la 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie, au titre de la législation du régime général de la sécurité sociale (branche invalidité), reçoit du régime de prévoyance une rente annuelle dont le montant est calculé en pourcentage de la base annuelle des garanties définie à l’article 13.2 du présent accord à raison de : 30 % de cette base limitée au plafond de la sécurité sociale et 80 % de cette même base pour la partie supérieure à ce plafond.

16.2.2. Lorsque l’assuré est en état d’invalidité totale et perçoit de la sécurité sociale une rente annuelle supérieure ou égale à 50 % de la rémunération prise en compte par la sécurité sociale au titre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, il reçoit du régime de prévoyance une rente annuelle de base calculée à raison de 90 % de la base des garanties définie à l’article 13.2 du présent accord, sous déduction de la rente annuelle versée par la sécurité sociale.

16.2.3. L’assuré en état d’invalidité partielle et percevant de la sécurité sociale une pension d’invalidité de la 1<sup>re</sup> catégorie d’invalidité définie à l’article L. 341-4 du code de la sécurité sociale reçoit du régime, la rente annuelle égale à celle prévue en cas d’invalidité totale, réduite de 25 %.

16.2.4. Une rente est servie par le régime au participant dont le taux d’incapacité permanente, au titre de la législation de la sécurité sociale sur les accidents du travail et les maladies professionnelles du régime général (art. L. 434-2 du code de la sécurité sociale) est au moins égal à 20 % et inférieur à 50 %.

Le montant annuel de la rente est fixé en pourcentage de la base des prestations définie à l’article 13.2 ci-avant et sous déduction des prestations versées au même titre par la sécurité sociale, soit :  $90 \% \times 2 N$ , “N” représentant le taux d’incapacité permanente déterminé par la sécurité sociale.

## 16.3. Revalorisation des prestations périodiques

Les prestations servies en couverture des risques, incapacité temporaire et permanente, et invalidité sont en principe revalorisées au 1<sup>er</sup> avril de chaque année dans la limite des provisions consti-

tuées et du fonds de revalorisation visé à l'article 7 du présent accord, sur décision du comité paritaire de gestion. La première revalorisation intervient au plus tôt 6 mois à partir de la date d'arrêt de l'intéressé dans les conditions fixées au contrat d'assurance. »

## Article 15

L'article 17 du chapitre II « Régime professionnel conventionnel (RPC) des salariés » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance s'intitule désormais :

### « Article 17

#### *Prestations maladie. – Chirurgie. – Maternité »*

Et reprend les dispositions de l'article 18 du même accord dans les termes suivants :

#### « 17.1. Assuré à titre obligatoire et ses bénéficiaires

Le régime garantit le salarié ou l'ancien salarié et les membres de la famille à charge :

- le conjoint, le concubin de l'assuré ou la personne avec laquelle l'assuré a conclu un pacte civil de solidarité (Pacs) bénéficiant des prestations en nature de la sécurité sociale, s'il est couvert par la sécurité sociale au titre d'ayant droit de l'assuré ;
- les enfants de l'assuré à sa charge au sens des prestations en nature du régime général de la sécurité sociale et des régimes assimilés, en qualité d'ayant droit de l'assuré ;
- ainsi que les enfants de l'assuré de moins de 27 ans poursuivant leurs études et, s'ils ont 18 ans, régulièrement affiliés au régime de la sécurité sociale des étudiants. Lorsque, à l'issue d'une année universitaire, l'enfant ayant droit de l'assuré part accomplir son service national, la garantie maladie est prolongée pour lui jusqu'à la date de son départ au service national, sans pouvoir se poursuivre au-delà du 31 décembre de l'année civile considérée ou de la date de son 27<sup>e</sup> anniversaire. Lorsque l'enfant de l'assuré est reconnu invalide ou handicapé, avant son 27<sup>e</sup> anniversaire, la limite d'âge de 27 ans ne s'applique pas.

Les membres de la famille à charge bénéficient du présent régime pendant toute la période pendant laquelle l'assuré au titre duquel ils bénéficient du régime reste dans le présent régime.

Bénéficient également de la garantie maladie, chirurgie, maternité, selon les mêmes dispositions que ci-dessus, les enfants à charge au sens des prestations en nature du régime général de la sécurité sociale et des régimes assimilés, en qualité d'ayant droit du conjoint, du concubin de l'assuré ou de la personne avec laquelle l'assuré a conclu un pacte civil de solidarité (Pacs). Si ce conjoint, concubin ou partenaire de Pacs bénéficie par ailleurs d'un régime de remboursement des frais de soins de santé, la garantie n'intervient qu'après intervention de ce régime et pour un complément éventuel.

Enfin, bénéficient de la garantie maladie, chirurgie, maternité les enfants de l'assuré ou de son conjoint, concubin ou partenaire de Pacs se trouvant sous contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation, conformes à la réglementation en vigueur à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2015, sous réserve que les intéressés justifient remplir les conditions cumulatives suivantes :

- ne pas bénéficier par ailleurs d'un autre régime complémentaire de même nature, à adhésion obligatoire ;
- être âgé de moins de 27 ans ;
- percevoir une rémunération brute conforme aux dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles, attestée par une copie de la fiche de paie du mois au cours duquel les soins ont été prescrits.

Bénéficient également de la garantie maladie, chirurgie, maternité les salariés qui relèvent de l'article 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire (assuré ou ayant droit) après les indemnisations de toute nature.

En outre, la limitation des remboursements du régime au montant des frais réellement engagés restant à la charge du bénéficiaire après déduction des diverses indemnisations auxquelles il a droit s'apprécie acte par acte.

## 17.2. Montant des prestations

Les remboursements sont effectués en complément des prestations en nature de tout régime maladie, chirurgie, maternité selon les modalités suivantes :

- soit sur la base des remboursements effectués par la sécurité sociale (RSS) ou du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) ;
- soit sur la base des remboursements utilisés par la sécurité sociale (BR) ;
- soit sur la base des frais réels (FR) avec application éventuelle d'un maximum du remboursement exprimé en euros et dont le montant est modifié, par avenant au présent accord, sur proposition du comité paritaire de gestion ;
- ou encore selon des remboursements forfaitaires dont le montant est 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 les caisses nationales de la sécurité sociale.

Sauf exceptions expressément prévues ci-après, la couverture maladie, chirurgie, maternité n'intervient qu'en complément des remboursements effectués par les régimes maladie et maternité de la sécurité sociale.

En tout état de cause, le présent régime se conforme au cahier des charges du contrat aidé tel que défini au titre VII du livre VIII du code de la sécurité sociale.

Le comité paritaire de gestion, dans le cadre des missions qui lui sont attribuées à l'article 4.2 du présent accord, peut procéder à certains aménagements techniques et mineurs afin que le présent régime se conforme au cahier des charges du contrat aidé.

Le montant des remboursements est fixé comme suit :

ACTES	REMBOURSEMENT RPC dans la limite des frais engagés
<b>Hospitalisation</b>	
Honoraires chirurgicaux	280 % de la base de remboursement (BR)
Frais de séjour et honoraires médicaux :	
Conventionné	200 % de la base de remboursement (BR) moins le remboursement de la sécurité sociale
Non conventionné	150 % de la base de remboursement (BR) moins le remboursement de la sécurité sociale
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels (FR)
Chambre particulière	Frais réels dans la limite de 40 € par jour limité à 5 jours en cas de maternité
Lit accompagnant enfant moins de 12 ans	Frais réels dans la limite de 23 € par jour sur présentation d'un certificat médical
Transport du malade (conventionné, non conventionné)	35 % de la base de remboursement (BR)
Actes techniques et de chirurgie (hospitalisation et ambulatoire)	280 % de la base de remboursement (BR)

ACTES	REMBOURSEMENT RPC dans la limite des frais engagés
<b>Consultations/visites</b> Consultation omnipraticien Consultation spécialiste Consultation professeur Consultation neuropsychiatre Consultation cardiologue Visite omnipraticien Visite spécialiste Visite professeur Visite neuropsychiatre Niveau de remboursement des majorations Majoration de coordination, majoration pour nour- rison, visite de nuit, déplacement	80 % de la base de remboursement (BR) 80 % de la base de remboursement (BR) 80 % de la base de remboursement (BR) 80 % de la base de remboursement (BR) 80 % de la base de remboursement (BR) 80 % de la base de remboursement (BR) 80 % de la base de remboursement (BR) 80 % de la base de remboursement (BR) 80 % de la base de remboursement (BR) 30 % de la base de remboursement (BR)
<b>Frais pharmaceutiques</b> Quel que soit le niveau de remboursement de la sécurité sociale	100 % du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) moins le remboursement de la sécurité sociale
<b>Frais médicaux courants</b> Radiographie : Conventionné Non conventionné Analyse (conventionné, non conventionné) Soins infirmiers : Conventionné Non conventionné Autres auxiliaires médicaux : Conventionné Non conventionné Toute majoration des auxiliaires médicaux (visites de nuit ; dimanche, déplacement auxiliaires mé- dicaux) : Conventionné Non conventionné	150 % de la base de remboursement (BR) 170 % de la base de remboursement (BR) 40 % de la base de remboursement (BR) 40 % de la base de remboursement (BR) 180 % de la base de remboursement (BR) 40 % de la base de remboursement (BR) 180 % de la base de remboursement (BR) 40 % de la base de remboursement (BR) 180 % de la base de remboursement (BR)
<b>Appareillage</b> Orthopédie et prothèse (autre que dentaire et auditive) (conventionné, non conventionné) Prothèse auditive (conventionné, non conven- tionné)	185 % de la base de remboursement (BR) Frais réels dans la limite de 1 000 € par appareil remboursé par la sécurité sociale

(1) Limité à une paire de lunettes tous les 2 ans et par bénéficiaire, sauf prescription médicale pour une correction différente, ou un changement de morphologie pour les enfants de moins de 16 ans.

(2) Par chirurgie des yeux, les partenaires sociaux entendent chirurgie réfractive et assimilée non prise en charge par la sécurité sociale.

(En euros.)

CC 2013/49



## Article 16

L'article 18 du chapitre II « Régime professionnel conventionnel (RPC) des salariés » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance s'intitule désormais :

« Article 18

*Cotisations* »

Et reprend les dispositions de l'article 19 du même accord dans les termes suivants :

« Les cotisations fixées dans cet article s'appliquent au titre des contrats gérés par les organismes assureurs désignés à l'article 5 du présent accord.

La cotisation contractuelle afférente au risque décès, incapacité, invalidité (art. 14 à 16) est fixée à 1,50 % de la base des cotisations définie à l'article 13.1 du présent accord.

Les cotisations contractuelles afférentes au risque maladie, chirurgie, maternité (art. 17) sont fixées pour la partie variable en fonction de la base des cotisations définie à l'article 13.1 du présent accord, soit à 0,90 % TA, TB, et pour la partie forfaitaire en fonction du plafond de la sécurité sociale, soit à 1,17 %.

Les cotisations afférentes au risque maladie, chirurgie, maternité sont appelées à hauteur de 55 % pour les salariés bénéficiant du régime local de la sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Au début de chaque année, compte tenu des résultats financiers du régime de prévoyance professionnel, les parties signataires du présent accord fixeront les taux d'appel minorant ou majorant les taux contractuels des cotisations visées ci-dessus.

La répartition des cotisations visées au présent article entre l'employeur et le salarié s'effectue de la façon suivante :

- 60 % pour la part employeur ;
- 40 % pour la part salarié. »

## Article 17

Un nouvel article 19 « Article 19. – Caractère obligatoire du régime » est inséré sous le chapitre III « Régime à cotisation définie dit fonds collectif santé ».

L'article 19 du chapitre III « Régime à cotisation définie dit fonds collectif santé » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance reprend les dispositions de l'article 21 du même accord dans les termes suivants :

« Au niveau du régime de prévoyance des salariés, le fonds collectif santé à adhésion obligatoire, est alimenté par une cotisation obligatoire.

Toutefois, l'adhésion est facultative pour les entreprises qui ont mis en place un régime supplémentaire de retraite collectif à cotisations définies et droits individualisés, visant au financement d'une partie de la cotisation santé, avant le 22 juin 2007, à condition que :

- ce régime soit mis en place par accord collectif selon les modalités visées aux articles L. 2232-16 et suivants du code du travail ;
- le régime prévoit une cotisation au moins aussi favorable.

Dans ce cas :

- l'entreprise n'aura pas d'obligation à cotiser à ce régime, sauf si l'entreprise le prévoit expressément ;
- les anciens salariés de l'entreprise considérée même adhérent à l'annexe III de l'accord collectif du 29 mai 2000 sur la prévoyance, avant la date d'application de l'accord du 22 juin 2007,

ainsi que tous les salariés de l'entreprise, à cette date, conserveront le droit d'adhérer au régime des anciens salariés selon les dispositions prévues par l'accord collectif frais soins de santé des anciens salariés en date du 22 juin 2007 mais ne bénéficieront pas d'un quelconque financement du fonds collectif santé prévu au présent chapitre. »

### **Article 18**

Un nouvel article 20 : « Article 20. – Fonds collectif santé » est inséré sous le chapitre III « Régime à cotisation définie dit fonds collectif santé ».

L'article 20 du chapitre III « Régime à cotisation définie dit fonds collectif santé » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance reprend les dispositions de l'article 22 du même accord dans les termes suivants :

#### **« 20.1. Alimentation du fonds collectif santé**

A la date d'entrée en vigueur du présent accord, le fonds collectif santé est alimenté par le montant atteint par le fonds collectif santé de l'accord du 22 juin 2007 au 31 décembre précédent cette date d'effet tel qu'indiqué dans le rapport annuel sur les résultats du fonds collectif santé visé à l'article 7.

Le fonds collectif santé est alimenté par :

1. Une cotisation définie annuelle fixée à 0,15 % du plafond annuel de la sécurité sociale pour chaque salarié des entreprises adhérentes participant au fonds collectif santé.

La répartition de la cotisation entre l'employeur et le salarié s'effectue de la façon suivante :

- 60 % pour la part employeur ;
- 40 % pour la part salarié.

2. Les produits financiers générés par le fonds calculés selon les dispositions contractuelles fixées avec l'organisme assureur ;

3. Les cotisations exceptionnelles versées par les entreprises qui rejoignent le régime.

Le montant de la cotisation exceptionnelle est fixé à la suite d'une étude actuarielle :

- soit par les organismes assureurs désignés ;
- soit par un expert mandaté par le comité paritaire de gestion qui peut être l' (les) actuaire(s) conseil(s) désigné à l'article 4.1 du présent accord.

Les cotisations exceptionnelles doivent être entérinées par le comité paritaire de gestion qui devra avoir eu communication des éléments techniques sur lesquels repose le calcul de la cotisation.

#### **20.2. Utilisation du fonds collectif santé**

1. Le fonds collectif santé est utilisé pour alimenter la réserve de couverture des anciens salariés visée par l'accord collectif du 22 juin 2007 sur les frais soins de santé des anciens salariés, lorsqu'un salarié d'une entreprise adhérente qui participe à l'alimentation du fonds collectif santé adhère au régime des anciens salariés, lors de la liquidation de sa retraite.

2. Le montant du fonds collectif santé prélevé pour chaque adhésion au régime des anciens salariés est approuvé chaque année par le comité paritaire de gestion au moment de l'approbation des comptes du régime, en fonction notamment des éléments suivants :

- du montant disponible dans le fonds collectif santé ;
- de l'espérance de vie des anciens salariés qui ont adhéré au régime des anciens salariés dans l'année écoulée et qui bénéficient de la réserve de couverture ;
- du taux technique en vigueur pour les engagements en cas de vie ;
- du niveau de l'abondement en vigueur dans le régime des anciens salariés.

Le fonds collectif santé est un mode de financement anticipé d'un régime mais ne donne droit à aucune prestation définie, même différée, au moment du départ à la retraite :

- l'utilisation du fonds collectif santé est réservée aux anciens salariés qui adhèrent au régime frais de soins de santé des anciens salariés ; les anciens salariés qui n'exercent pas leur droit d'adhérer au régime selon les dispositions prévues par l'accord collectif du 22 juin 2007 sur les frais soins de santé des anciens salariés ne bénéficient d'aucun avantage compensatoire ;
- le montant prélevé sur le fonds collectif santé est effectué conformément aux dispositions de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur les frais soins de santé des anciens salariés ;
- le montant prélevé sur le fonds santé pour chaque adhésion au régime des anciens salariés peut évoluer à la hausse ou à la baisse en fonction des évolutions démographiques de la population concernée et de la situation financière du fonds collectif santé, selon la décision du comité paritaire de gestion.

3. Il est expressément convenu que l'obligation des entreprises, pour l'alimentation du fonds collectif santé, en application du présent accord, se limite au seul paiement des cotisations visées à l'article 20.1 ci-dessus.

4. Les frais de gestion du fonds collectif santé sont prélevés conformément à la convention signée avec les organismes gestionnaires du fonds collectif santé. »

### **Article 19**

Un nouvel article 21 « Objet. – Bénéficiaires » est inséré sous le chapitre IV « Régime supplémentaire (RS) des salariés ».

L'article 21 du chapitre IV « Régime supplémentaire (RS) des salariés » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance reprend les dispositions de l'article 23 du même accord, dans les termes suivants :

#### **« Article 21.1**

##### *Objet*

Le régime supplémentaire (RS) défini ci-après est un régime surcomplémentaire du régime professionnel conventionnel (RPC). Seules les entreprises affiliées au régime professionnel conventionnel peuvent, si elles le souhaitent, adhérer à ce dernier dans les conditions ci-après.

Il assure des prestations supplémentaires au titre de la garantie décès et de la garantie maladie-chirurgie en sus des couvertures contre ces risques prévues par le régime professionnel conventionnel (RPC).

Les entreprises peuvent opter :

- soit pour la garantie décès ;
- soit pour la garantie maladie, chirurgie ;
- soit pour la garantie décès et garantie maladie, chirurgie du régime supplémentaire.

#### **21.2. Participants**

Lorsque l'entreprise adhère au régime supplémentaire, tous les salariés inscrits à son effectif bénéficient de ce régime dès leur entrée dans l'entreprise et sans formalité. »

### **Article 20**

Un article 22 « Assiette et base des garanties » est inséré sous le chapitre IV « Régime supplémentaire (RS) des salariés ».

L'article 22 du chapitre IV « Régime supplémentaire (RS) des salariés » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance reprend les dispositions de l'article 24 du même accord.

Les articles 24.1 et 24.2 sont numérotés 22.1 et 22.2.

## Article 21

L'article 23 du chapitre IV « Régime supplémentaire (RS) des salariés » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance s'intitule désormais :

### « Article 23

#### *Couverture supplémentaire en cas de décès du salarié »*

Et reprend les dispositions de l'article 25 du même accord selon les termes suivants :

« (En pourcentage de la base annuelle des garanties du régime professionnel conventionnel définie à l'article 13.2 du présent accord).

Le régime supplémentaire prévoit des garanties décès selon des modalités et définitions identiques à celles prévues à l'article 14 du présent accord relatif au régime professionnel conventionnel (RPC).

Toutefois, les causes de décès et d'invalidité absolue et définitive sont garanties, à l'exception des cas d'exclusion précisés par le contrat d'assurance et rappelés dans la notice d'information prévue à l'article 8 du présent accord.

Le régime supplémentaire verse, en supplément du capital ou du capital et de la rente ainsi prévus, les majorations suivantes exprimées en pourcentage du salaire de base.

#### A. – Option n° 1 : capital décès

Le capital versé en cas de décès, exprimé en pourcentage de base annuelle des garanties définies à l'article 13.2.2 du présent accord, est déterminé comme suit :

*(En pourcentage.)*

SITUATION DE FAMILLE	DÉCÈS PAR MALADIE	DÉCÈS PAR ACCIDENT (*)
Célibataire, veuf, divorcé sans personne à charge (**)	130	280
Marié sans personne à charge (**)	155	330
Célibataire, veuf, divorcé ou marié ayant une personne à charge (**)	180	360
Majoration par personne à charge supplémentaire (**)	25	55
(*) En cas de décès accidentel survenant avant 65 ans et dans un délai de 12 mois suivant l'accident. (**) La notion de personnes à charge est définie au paragraphe D de l'article 14 du présent accord.		

#### B. – Option n° 2 : capital décès et rente éducation

Le capital et la rente éducation versés en cas de décès, exprimés en pourcentage de la base annuelle des garanties du régime professionnel conventionnel définie à l'article 13.2.2 du présent accord, sont déterminés comme suit :

*(En pourcentage.)*

	DÉCÈS PAR MALADIE	DÉCÈS PAR ACCIDENT (*)
Capital décès		
Quelle que soit la situation de famille de l'assuré	130	280
Rente éducation		
Chaque enfant à charge au sens de l'article 15 du présent accord	4	4
(*) En cas de décès accidentel survenant avant 65 ans et dans un délai de 12 mois suivant l'accident. Cette rente supplémentaire est doublée si l'enfant est orphelin de père et de mère.		

### C. – Option n° 3 : capital décès et rente temporaire de conjoint

Le capital et la rente temporaire de conjoint versés en cas de décès, exprimés en pourcentage de la base annuelle des garanties du régime professionnel conventionnel définie à l'article 13.2.2 du présent accord, sont déterminés comme suit :

(En pourcentage.)

	DÉCÈS PAR MALADIE	DÉCÈS PAR ACCIDENT (*)
Capital décès		
Quelle que soit la situation de famille de l'assuré	130	280
Rente de conjoint		
Conjoint au sens de l'article 15 du présent accord	2,5	2,5

### Article 22

L'article 24 du chapitre IV « Régime supplémentaire (RS) des salariés » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance s'intitule désormais :

#### « Article 24

#### *Prestations maladie-chirurgie »*

Et reprend les dispositions de l'article 26 du même accord selon les termes suivants :

« Le régime supplémentaire s'applique selon des modalités identiques à celles prévues à l'article 17 du présent accord, relatif au régime professionnel conventionnel (RPC).

Les remboursements prévus par le régime supplémentaire (RS) sont effectués en complément des prestations en nature des régimes maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale ou d'un régime assimilé et de celles du régime professionnel conventionnel (RPC).

En tout état de cause, le présent régime se conforme au cahier des charges du contrat aidé tel que défini au titre VII du livre VIII du code de la sécurité sociale.

Le comité paritaire de gestion, dans le cadre des missions qui lui sont attribuées à l'article 4.2 du présent accord, peut procéder à certains aménagements techniques et mineurs afin que le présent régime se conforme au cahier des charges du contrat aidé.

Le régime supplémentaire verse en supplément des prestations prévues au régime professionnel conventionnel les prestations suivantes :

ACTES	REMBOURSEMENT RS
<b>Hospitalisation</b>	
Chambre particulière	Frais réels dans la limite de 6 € par jour
<b>Consultations/visites</b>	
Consultation omnipraticien	50 % de la base de remboursement (BR)
Consultation spécialiste	50 % de la base de remboursement (BR)
Consultation professeur	50 % de la base de remboursement (BR)
Consultation neuropsychiatre	50 % de la base de remboursement (BR)
Consultation cardiologue	50 % de la base de remboursement (BR)
Visite omnipraticien	50 % de la base de remboursement (BR)

ACTES	REMBOURSEMENT RS
Visite spécialiste	50 % de la base de remboursement (BR)
Visite professeur	50 % de la base de remboursement (BR)
Visite neuropsychiatre	50 % de la base de remboursement (BR)
<b>Frais médicaux courants</b>	
Radiographie (conventionné, non conventionné)	30 % de la base de remboursement (BR)
Analyse (conventionné, non conventionné)	30 % de la base de remboursement (BR)
Soins infirmiers (conventionné, non conventionné)	30 % de la base de remboursement (BR)
Autres auxiliaires médicaux (conventionné, non conventionné)	30 % de la base de remboursement (BR)
<b>Appareillage</b>	
Prothèse auditive (conventionné, non conventionné)	200 €
<b>Dentaire</b>	
Soins dentaires (conventionné)	30 % de la base de remboursement (BR)
Prothèses dentaires	100 % de la base de remboursement (BR)
Orthodontie (dans la limite de 6 semestres)	100 % de la base de remboursement (BR)
<b>Optique acceptée par la sécurité sociale</b>	
Par monture tous les 2 ans <sup>(1)</sup> :	
Adulte	20 €
Enfant	15 €
Par verre <sup>(1)</sup> :	Cf. grille optique ci-dessous
Adulte	
Enfant	
<b>Optique acceptée ou refusée par la sécurité sociale</b>	
Lentilles	100 € par an pour l'ensemble des dépenses et par bénéficiaire

(1) Limité à une paire de lunettes tous les 2 ans et par bénéficiaire sauf prescription médicale pour une correction différente ou un changement de morphologie pour les enfants de moins de 16 ans.

### Grille optique par verre adulte et enfant en complément du RPC

(En euros.)

		SPHÈRE				
Type de verres	Cylindre	0 ≤ dioptries ≤ 2	2 < dioptries ≤ 4	4 < dioptries ≤ 6	6 < dioptries ≤ 8	Dioptries > 8
Unifocaux	Egal à 0	25	29	34	41	51
	0 < dioptries	27	32	38	45	57
Multifocaux ou progressifs	Egal à 0	58	67	74	86	108
	0 < dioptries	66	76	84	98	122



## **Article 23**

L'article 25 du chapitre IV « Régime supplémentaire (RS) des salariés » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance s'intitule désormais :

« Article 25

*Cotisations. – Dotations »*

Et reprend les dispositions de l'article 27 du même accord selon les termes suivants :

« Les cotisations fixées dans cet article s'appliquent au titre des contrats gérés par les organismes assureurs désignés à l'article 5 du présent accord.

Les cotisations contractuelles afférentes au risque décès, incapacité, invalidité (art. 23 du présent accord) sont fixées à 0,30 % de la base des cotisations définie à l'article 13.1 du présent accord.

Les cotisations contractuelles afférentes au risque maladie, chirurgie, maternité (art. 24 du présent accord) sont fixées à 0,255 % du plafond de la sécurité sociale et 0,205 % de la base des cotisations définie à l'article 13.1 du présent accord.

Au début de chaque année, compte tenu des résultats financiers du régime supplémentaire qui doit trouver son équilibre financier indépendamment des résultats techniques et financiers du régime professionnel de branche (RPC), les parties signataires du présent accord fixeront les taux d'appel minorant ou majorant les taux contractuels des cotisations visées ci-dessus.

La répartition des cotisations visées au présent article entre l'employeur et le salarié s'effectue de la façon suivante :

- 50 % pour la part employeur ;
- 50 % pour la part salarié. »

## **Article 24**

L'article 28 du chapitre IV « Régime supplémentaire (RS) des salariés » de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance est supprimé.

## **Article 25**

*Entrée en vigueur*

Les modifications de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur le régime de prévoyance des salariés entreront en vigueur pour une durée indéterminée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, sous réserve des dispositions suivantes.

L'article 4 du présent accord pour sa partie qui modifie l'article 4.1 sur la composition du comité paritaire de gestion entrera en vigueur dès la signature du présent accord.

En application de l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, l'article 8 du présent accord qui modifie l'article 9 sur la portabilité de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur la prévoyance entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2014 pour les garanties santé.

## **Article 26**

*Dépôt. – Publicité*

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, le présent accord collectif sera déposé en deux exemplaires auprès des services du ministre chargé du travail et remis au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

## **Article 27**

### *Extension*

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 25 septembre 2013.

(Suivent les signatures.)