

Brochure n° 3052

Convention collective nationale
IDCC : 1996. – PHARMACIE D'OFFICINE

AVENANT DU 16 JANVIER 2014
RELATIF AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE ET AUX FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

NOR : ASET1450541M
IDCC : 1996

EXPOSÉ

Vu la convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 étendue par arrêté du 13 août 1998, notamment son annexe IV relative aux régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et aux régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine ;

Soucieuses d'assurer la mise à jour des dispositions des régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et des régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine, les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent avenant, des points suivants.

ACCORD

Article 1^{er}

A l'article 9 « Contrat de prévoyance » des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale susvisée, le 2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2. Les taux et la répartition des cotisations afférentes à ce régime sont précisés en annexe à la présente convention. »

Article 2

L'annexe IV.1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée est ainsi modifiée :

I. – Le 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité » est modifié comme suit :

1. Au 2 « Traitement de base servant à la détermination des prestations dues en cas d'incapacité totale temporaire de travail, d'invalidité, de congé de maternité ou de paternité » de l'article 2, les mots : « au cours du dernier mois de pleine activité, à l'exclusion des éléments variables du salaire (gratifications, mois double...) » sont remplacés par les mots : « au cours des 12 derniers mois civils de pleine activité, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...) ».

2. Au B « Montant » de l'article 5, au 2 du B « Montant » de l'article 6, au B « Montant » de l'article 8, et au B « Montant » de l'article 8 *bis*, les mots : « à l'exclusion des éléments variables

du salaire (gratification, mois double...). » sont remplacés par les mots : « y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...). »

3. Le dernier alinéa de l'article 7.2 « Clause de revalorisation » est complété par une phrase ainsi rédigée : « La première revalorisation s'applique, au plus tôt, 6 mois jour pour jour après l'arrêt de travail. »

II. – Le 2 « Régime frais de soins de santé » est ainsi modifié :

1. Le premier alinéa du A « Définition » de l'article 9 est remplacé par les dispositions suivantes : « Pour la maladie, la chirurgie et la pharmacie, la garantie a pour objet le versement de prestations pour frais énumérés dans les nomenclatures de la sécurité sociale. Les actes hors nomenclature dans le cadre de la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) ou non remboursables dans le cadre de la CCAM (classification commune des actes médicaux) ne sont pas pris en charge, sauf exceptions prévues dans le tableau figurant au présent article. »

2. Au B « Etendue de la garantie » de l'article 9, le tableau ainsi que les alinéas qui lui font suite sont ainsi rédigés :

NATURE DES FRAIS	MONTANT DES PRESTATIONS
Honoraires médicaux (consultations, visites) : – médecins généralistes – médecins spécialistes	30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale 40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Médicaments	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾
Frais relevant de la LPPR (liste des produits et prestations remboursables) : – orthopédie, appareillage, prothèses non dentaires, petit matériel	130 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾
Honoraires chirurgicaux : – actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux	200 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾
Hospitalisation : – frais de séjour – chambre particulière, y compris en cas d'accouchement – forfait hospitalier – participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	100 % du ticket modérateur ⁽²⁾ 75 € Prise en charge intégrale ⁽³⁾ Prise en charge intégrale
Frais d'analyses médicales	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Frais d'auxiliaires médicaux	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Radiologie	30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Echographie	40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Dentaire : – soins dentaires – prothèses dentaires remboursées ou non remboursées par la sécurité sociale – traitements orthodontiques remboursés ou non remboursés par la sécurité sociale – implants dentaires	30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale 255 % de la base de remboursement de la sécurité sociale 166 % de la base de remboursement de la sécurité sociale 400 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire) dans la limite de deux implants par an et par bénéficiaire

NATURE DES FRAIS	MONTANT DES PRESTATIONS
Optique : – par verre remboursé par la sécurité sociale – par monture remboursée par la sécurité sociale – lentilles correctrices remboursées ou non remboursées par la sécurité sociale, jetables ou non jetables	80 € 56 € 126 € (par an et par bénéficiaire)
Prothèses auditives	400 € (forfait annuel par oreille appareillée)
Cures thermales (remboursées par la sécurité sociale) : – par jour	6 % du plafond mensuel de la sécurité sociale ⁽⁴⁾
Prime de maternité ou d'adoption	210 € par enfant (en cas de naissances ou d'adoptions multiples, versement pour chaque enfant), sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou d'une photocopie du jugement d'adoption. Cette prime est versée aux deux conjoints ou partenaires liés par un Pacs, si tous deux travaillent dans la même entreprise
Autres : – frais de transport – indemnités de déplacement : – infirmiers – médecins	35 % de la base de remboursement de la sécurité sociale 26 % de la base de remboursement de la sécurité sociale 26 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Les prestations figurant dans ce tableau sont versées par le régime dans la limite des frais réellement exposés par l'assuré. (1) Ces prestations sont versées sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale. (2) Ticket modérateur = différence entre la base de remboursement de la sécurité sociale et le remboursement qu'elle effectue. (3) Soit à titre indicatif = 18 € au 1 ^{er} janvier 2014 et 13,50 € en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique. (4) Soit à titre indicatif = 18,77 € au 1 ^{er} janvier 2014.	

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.

Il est précisé que :

- dans certains cas, les frais de soins orthodontiques et de prothèses dentaires refusés par la sécurité sociale peuvent donner lieu à remboursement sur présentation impérative du refus notifié par cet organisme, dans les conditions suivantes :
 - sont d'abord calculées les prestations qui auraient été versées par la sécurité sociale si elle les avait prises en charge, celles-ci ne faisant en aucun cas l'objet d'un règlement ;
 - est ensuite déterminé et réglé le montant des indemnités prévues dans le tableau ci-dessus ;
- la prime de maternité exclut tous les frais afférents à l'accouchement par voie naturelle (frais médicaux, chirurgicaux, frais de séjour...). Les suppléments pour chambre particulière sont pris en charge dans la limite du montant précisé dans le tableau des prestations, quel que soit le mode d'accouchement ;
- en cas d'adoption d'un ou plusieurs enfants par l'assuré, l'indemnité forfaitaire ne peut être réglée que si le (ou les) enfant(s) est (sont) âgé(s) de moins de 12 ans le jour de l'adoption ;
- les prestations “cures thermales” sont calculées en pourcentage du plafond de la sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier précédant la date des frais engagés ;
- le versement de l'indemnité afférente à la cure thermique exclut tous les autres remboursements relatifs à celle-ci (frais de l'établissement de cure, contrôle médical, frais de transport et d'hébergement). »

3. Au *a* du 2 de l'article 9.1, les mots : « dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail » sont remplacés par les mots : « dans les 6 mois qui suivent le terme du délai fixé au *a* du 1 du présent article (12 mois maximum à compter de la rupture du contrat de travail) ».

4. Au *g* du 2 et au 4 de l'article 9.1, les mots : « des dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel étendu du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail (portabilité) » ainsi qu'au 3 de ce même article les mots : « des dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel étendu du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail » sont remplacés par les mots : « des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité) ».

III. – Le 3 « Cotisations » est ainsi modifié :

1. Au A « Assiette des cotisations » de l'article 10, les mots : « y compris les éléments variables, » sont remplacés par les mots : « y compris les éléments variables (gratifications, mois double...), ».

2. Au 2 « Anciens participants bénéficiant d'un maintien de garanties » du C « Taux de cotisations » de l'article 10, les *a* et *b* sont remplacés par les dispositions suivantes :

« *a*) Peuvent bénéficier, selon les modalités fixées au 2 de l'article 9.1, du maintien de la garantie frais de soins de santé moyennant le versement d'une cotisation dont le montant est déterminé chaque année par la commission paritaire nationale de la pharmacie d'officine, sur proposition du comité de gestion, dans les conditions fixées par le décret n° 90-769 du 30 août 1990 :

- les chômeurs de plus de 6 mois licenciés depuis le 1^{er} janvier 1994 ;
- les bénéficiaires d'un contrat de solidarité ;
- les retraités, les préretraités FNE, les bénéficiaires d'un contrat ARPE, les anciens déportés ;
- les ayants droit de l'assuré décédé ;
- les bénéficiaires d'un contrat de sécurisation professionnelle ;
- les bénéficiaires d'indemnités journalières par suite de maladie, d'une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou d'invalidité, versées par la sécurité sociale lors du licenciement et qui ne peuvent plus prétendre au maintien de la garantie à titre gratuit défini à l'article 9.1, 1, *b* ;
- les anciens salariés à l'issue de la période de maintien de garantie en application des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité).

Le montant de la cotisation annuelle est fixé, pour l'exercice 2014, à :

- 1 020 € par adulte ;
- 240 € par enfant à charge.

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

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

sont exonérés de la cotisation.

b) Les bénéficiaires d'un congé parental d'éducation ou d'un congé sabbatique peuvent bénéficier du maintien des garanties "frais de soins de santé" et "décès" moyennant le versement d'une cotisation dès lors qu'ils en font la demande écrite au plus tard dans les 30 jours qui suivent la suspension du contrat de travail.

Le montant de la cotisation annuelle est fixé, pour l'exercice 2014, à 1 380 €. »

IV. – Le 4 « Financement de la portabilité des garanties des régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé » est remplacé par les dispositions suivantes :

« 4. Financement et mise en œuvre de la portabilité des garanties des régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé

Le financement des prestations dues au titre du maintien, en application des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, des garanties décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé, est mis en œuvre, sans supplément de cotisation, par les régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine, y compris en cas d'acceptation, par le bénéficiaire des prestations, d'un contrat de sécurisation professionnelle.

L'employeur mentionne le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale. »

Article 3

L'annexe IV.2 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité et régime frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée est ainsi modifiée :

I. – Le I « Assurés » est modifié comme suit :

Les mots : « des dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel étendu du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail. » sont remplacés par les mots : « des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité). »

II. – Le II « Cotisations » est ainsi modifié :

Les A « Taux de cotisation du régime professionnel obligatoire (RPO) » et B « Taux de cotisation du régime supplémentaire facultatif (RSF) » sont remplacés par les dispositions suivantes :

« A. – Taux de cotisation du régime professionnel obligatoire (RPO)

1. Pharmacies situées hors Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

RISQUE	DÉCÈS, INCAPACITÉ, invalidité	FRAIS DE SOINS DE SANTÉ	
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Salaire total dans la limite de TA + TB	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Employeur	1,26	0,63	0,50
Salarié	0,14	0,15	0,50
Total	1,40	0,78	1,00

2. Pharmacies situées en Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

RISQUE	DÉCÈS, INCAPACITÉ, invalidité	FRAIS DE SOINS DE SANTÉ	
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Salaire total dans la limite de TA + TB	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Employeur	1,26	0,52	0,35

RISQUE	DÉCÈS, INCAPACITÉ, invalidité	FRAIS DE SOINS DE SANTÉ	
Salarié	0,14	0,03	0,35
Total	1,40	0,55	0,70

3. Salariés multi-employeurs

(En pourcentage.)

RISQUE	DÉCÈS, INCAPACITÉ, invalidité	FRAIS DE SOINS de santé
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Salaire total dans la limite de TA + TB
Employeur	1,26	0,99
Salarié	0,14	0,51
Total	1,40	1,50

B. – Taux de cotisation du régime supplémentaire facultatif (RSF)

1. Pharmacies situées hors Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

RISQUE	DÉCÈS, INCAPACITÉ, invalidité	FRAIS DE SOINS DE SANTÉ	
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Salaire total dans la limite de TA + TB	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Employeur	1,68	0,44	0,65
Salarié	0,18	0,34	0,65
Total	1,86	0,78	1,30

2. Pharmacies situées en Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

RISQUE	DÉCÈS, INCAPACITÉ, invalidité	FRAIS DE SOINS DE SANTÉ	
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Salaire total dans la limite de TA + TB	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Employeur	1,68	0,33	0,46
Salarié	0,18	0,22	0,46
Total	1,86	0,55	0,92

3. Salariés multi-employeurs

(En pourcentage.)

RISQUE	DÉCÈS, INCAPACITÉ, invalidité	FRAIS DE SOINS de santé
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Salaire total dans la limite de TA + TB

RISQUE	DÉCÈS, INCAPACITÉ, invalidité	FRAIS DE SOINS de santé
Employeur	1,68	1,02
Salarié	0,18	0,92
Total	1,86	1,94

III. – Le III « Maladie. – Chirurgie. – Maternité (prestations en nature) » est ainsi modifié :

1. Au C « Maintien des garanties gratuitement pendant 6 mois à compter de la rupture du contrat de travail », les mots « d’une convention de reclassement personnalisé. » sont remplacés par les mots « d’un contrat de sécurisation professionnelle. » et les mots « aux dispositions de l’article 14 de l’accord national interprofessionnel étendu du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail, » sont remplacés par les mots « aux dispositions de l’article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité), ».

2. Les D « Régime professionnel obligatoire. – Montant des remboursements » et E « Régime supplémentaire facultatif. – Montant des remboursements » sont remplacés par les dispositions suivantes :

« D. – Régime professionnel obligatoire (RPO). – 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 :

RPO		
Nature des garanties		Limite de remboursement
Hospitalisation	Frais de séjour en établissement de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	92 € par jour d’hospitalisation en plus du remboursement de la sécurité sociale
	Hospitalisation en établissement public de santé	Remboursement à 100 % du ticket modérateur lorsque la facturation est globale par journée et pour l’ensemble des actes et soins
	Frais et honoraires chirurgicaux (actes de chirurgie, d’anesthésie, d’obstétrique, actes techniques médicaux)	255 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
	Chambre particulière, y compris en cas d’accouchement	75 € par jour d’hospitalisation
	Forfait journalier hospitalier	Prise en charge intégrale (y compris psychiatrie)
	Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale
	Transport du malade	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale

RPO			
Nature des garanties		Limite de remboursement	
Frais d'honoraires médicaux Soins courants	Consultation ou visite de généraliste	115 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
	Consultation de spécialiste	144 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
	Visite de spécialiste	161 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
	Consultation de psychiatre ou de neuropsychiatre	114 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
	Visite de psychiatre ou de neuropsychiatre	195 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
	Consultation de cardiologue	175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale	
	Analyses médicales	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
	Indemnité de déplacement	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
		Secteur conventionné	Secteur non conventionné
	Auxiliaires médicaux	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	330 % des prestations versées par la sécurité sociale
	Radiologie	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	330 % des prestations versées par la sécurité sociale
	Echographie	255 % de la base de remboursement de la sécurité sociale	1 594 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Pharmacie	Frais pharmaceutiques	100 % des frais réels sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
Frais dentaires		Secteur conventionné	Secteur non conventionné
	Soins dentaires	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	330 % des prestations versées par la sécurité sociale

RPO		
Nature des garanties		Limite de remboursement
	Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale	7 € par lettre clé SPR sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
	Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	7 € par lettre clé TO sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
	Implantologie (actes hors nomenclature)	400 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire) dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire
	Parodontie (actes hors nomenclature)	200 € par an et par bénéficiaire
Frais d'optique	Verres	80 € par verre sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
	Monture	70 € sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
	Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables)	100 € par an et par bénéficiaire
	Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables)	138 € par an et par bénéficiaire
Prothèses médicales	Orthopédie, prothèses médicales	130 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
	Prothèses auditives	400 € par an et par oreille appareillée
Actes de prévention		La totalité des actes de prévention figurant dans la liste mentionnée à l'article R. 871-2, II, du code de la sécurité sociale sont pris en charge au titre des postes de dépense dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur, dans les conditions et indications fixées par l'arrêté pris pour l'application de cet article
Cure thermale prise en charge par la sécurité sociale		3,66 € par jour
Natalité	Prime de maternité ou d'adoption	250 € par enfant (en cas de naissances ou d'adoptions multiples, versement pour chaque enfant), sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou d'une photocopie du jugement d'adoption. Cette prime est versée aux deux conjoints ou partenaires liés par un Pacs, si tous deux travaillent dans la même entreprise

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.

La prime de maternité exclut tous les frais afférents à l'accouchement par voie naturelle (frais médicaux, chirurgicaux, frais de séjour...). Les suppléments pour chambre particulière sont pris en charge dans la limite du montant précisé dans le tableau des prestations, quel que soit le mode d'accouchement.

E. – Régime supplémentaire facultatif (RSF). – 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.

RSF		
Nature des garanties		Limite de remboursement
Hospitalisation	Frais de séjour en établissement de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	92 € par jour d'hospitalisation en plus du remboursement de la sécurité sociale
	Hospitalisation en établissement public de santé	Remboursement à 100 % du ticket modérateur lorsque la facturation est globale par journée et pour l'ensemble des actes et soins
	Frais et honoraires chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux)	279 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
	Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement	75 € par jour d'hospitalisation
	Forfait journalier hospitalier	Prise en charge intégrale (y compris psychiatrie)
	Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale
	Transport du malade	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Frais d'honoraires médicaux Soins courants	Consultation ou visite de généraliste	115 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
	Consultation de spécialiste	157 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
	Visite de spécialiste	175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
	Consultation de psychiatre ou de neuropsychiatre	123 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
	Visite de psychiatre ou de neuropsychiatre	215 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
	Consultation de cardiologue	175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
	Analyses médicales	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
	Indemnité de déplacement	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale

RSF			
Nature des garanties		Limite de remboursement	
		Secteur conventionné	Secteur non conventionné
	Auxiliaires médicaux	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	330 % des prestations versées par la sécurité sociale
	Radiologie	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	330 % des prestations versées par la sécurité sociale
	Echographie	279 % de la base de remboursement de la sécurité sociale	1 738 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Pharmacie	Frais pharmaceutiques	100 % des frais réels sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
Frais dentaires		Secteur conventionné	Secteur non conventionné
	Soins dentaires	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	420 % des prestations versées par la sécurité sociale
	Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale	8 € par lettre clé SPR sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
	Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	8 € par lettre clé TO sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
	Implantologie (actes hors nomenclature)	450 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire) dans la limite de deux implants par an et par bénéficiaire	
	Parodontie (actes hors nomenclature)	250 € par an et par bénéficiaire	
Frais d'optique	Verres	95 € par verre sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
	Monture	80 € sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale	
	Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables)	110 € par an et par bénéficiaire	
	Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables)	141 € par an et par bénéficiaire	
Prothèses médicales	Orthopédie, prothèses médicales	149,50 % de la base de remboursement de la sécurité sociale	
	Prothèses auditives	500 € par an et par oreille appareillée	

RSF		
Nature des garanties		Limite de remboursement
Actes de prévention		La totalité des actes de prévention figurant dans la liste mentionnée à l'article R. 871-2, II, du code de la sécurité sociale sont pris en charge au titre des postes de dépense dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur, dans les conditions et indications fixées par l'arrêté pris pour l'application de cet article
Cure thermale prise en charge par la sécurité sociale		3,66 € par jour
Natalité	Prime de maternité ou d'adoption	250 € par enfant (en cas de naissances ou d'adoptions multiples, versement pour chaque enfant), sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou d'une photocopie du jugement d'adoption. Cette prime est versée aux deux conjoints ou partenaires liés par un Pacs, si tous deux travaillent dans la même entreprise

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.

La prime de maternité exclut tous les frais afférents à l'accouchement par voie naturelle (frais médicaux, chirurgicaux, frais de séjour...). Les suppléments pour chambre particulière sont pris en charge dans la limite du montant précisé dans le tableau des prestations, quel que soit le mode d'accouchement. »

IV. – Le IV « Arrêts de travail (prestations en espèces) » est ainsi modifié :

1. Le A « Incapacité temporaire » est modifié comme suit :

Le treizième alinéa, aux termes duquel : « L'arrêt de travail doit être porté à la connaissance de l'assureur par l'employeur au plus tard dans les 3 mois qui suivent l'expiration des délais de franchise précisés ci-avant. L'arrêt de travail sera considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration si celle-ci intervient passé ce délai. », est supprimé.

Il est inséré un avant-dernier alinéa ainsi rédigé : « En cas d'arrêt de travail pour incapacité temporaire ayant débuté avant le départ du cadre ou de l'assimilé cadre de l'entreprise, le versement des prestations se poursuit au-delà de la date de rupture du contrat de travail tant que dure l'arrêt de travail indemnisé par la sécurité sociale. Il en va de même en cas de classement en invalidité d'un cadre ou assimilé cadre qui se trouvait en incapacité de travail à la date de la rupture de son contrat de travail. »

2. Le B « Invalidité permanente » est remplacé par les dispositions suivantes :

« B. – Invalidité permanente

Les invalides sont classés par la sécurité sociale comme suit :

- 1^{re} catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^e catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3^e catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

L'invalidité permanente classée par la sécurité sociale en 2^e ou 3^e catégorie donne droit au versement d'une rente dont le montant, sous déduction de la pension d'invalidité versée par la sécurité sociale (hors majoration pour tierce personne), est égal à : 90 % de TA + 90 % de TB.

La rente du régime cesse d'être due au plus tard :

- lorsque la pension d'invalidité de la sécurité sociale cesse d'être versée ;
- lorsque la rente de la sécurité sociale due au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail et qui donne droit à une rente complémentaire au titre du présent régime cesse d'être versée ;
- lors de la liquidation de la pension de vieillesse par la sécurité sociale ou de la pension pour inaptitude au travail ;
- en cas de décès.

En cas d'arrêt de travail pour invalidité ayant débuté avant le départ du cadre ou de l'assimilé cadre de l'entreprise, le versement des prestations se poursuit au-delà de la date de rupture du contrat de travail tant que dure l'arrêt de travail indemnisé par la sécurité sociale.

L'invalidité permanente classée par la sécurité sociale dans la 1^{re} catégorie donne droit au versement d'une rente calculée comme celle de la 2^e ou de la 3^e catégorie, le montant ainsi déterminé étant réduit de 25 %.

Les invalidités résultant d'accident du travail ou de maladie professionnelle peuvent donner droit à une rente du régime, complémentaire à celle de la sécurité sociale, dont le montant est variable en fonction du taux de rente appliqué au salaire reconstitué retenu par la sécurité sociale en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Le versement des rentes invalidité, lorsqu'il n'y a pas de rupture du contrat de travail, s'effectue par l'intermédiaire de l'employeur. Dans les autres cas, le versement des rentes invalidité prévues au présent régime est effectué directement au bénéficiaire.

La rente invalidité versée au titre du présent régime vient compléter :

- la pension d'invalidité versée par la sécurité sociale ;
- le salaire perçu au titre d'une activité à temps partiel, le cas échéant ;
- le montant des allocations versées par Pôle emploi dans le cas d'une invalidité permettant d'exercer une activité rémunérée, le cas échéant ;
- et, s'il y a lieu, les indemnités journalières versées au titre de la garantie incapacité temporaire de travail prévue au régime pour le salarié cadre ou assimilé cadre classé en 1^{re} catégorie.

En aucun cas, le montant total des sommes versées, quelle qu'en soit la nature, au salarié en invalidité soit par l'employeur ou par son intermédiaire, après précompte des cotisations dues, soit directement à l'intéressé après rupture du contrat de travail, ne peut être supérieur à 100 % du traitement de référence ayant servi de base au calcul des indemnités ou rentes servies. Le dépassement réduit d'autant la prestation garantie.

L'excédent éventuel de rente versée par le régime doit être reversé à ce dernier. L'assureur fait toute diligence pour récupérer ces sommes. »

3. Au D « Revalorisation des prestations en cours et traitement de référence », le quatrième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« En cas de décès du participant mettant en œuvre la garantie temporaire relative au décès du conjoint survivant, le traitement de référence servant de base au calcul du capital garanti est revalorisable dans les mêmes conditions, la première revalorisation s'appliquant, au plus tôt, 6 mois après la date du décès du participant. »

4. Après le D « Revalorisation des prestations en cours et traitement de référence », il est inséré un E ainsi rédigé :

« E. – Dispositions diverses

En cas de dénonciation de l'accord collectif ayant institué le présent régime, les conventions d'assurance souscrites auprès de l'organisme assureur du régime sont résiliées au terme de la période

légale de survie de l'accord collectif. Les rentes et indemnités journalières en cours de service sont alors maintenues au niveau qu'elles avaient atteint à cette date (majorées des revalorisations successivement acquises) et se poursuivent jusqu'au terme prévu pour chaque prestation, aucune revalorisation complémentaire n'étant attribuée postérieurement.

En cas de non-paiement des cotisations par une entreprise, et indépendamment des actions en recouvrement des cotisations dues qu'il peut engager dans ce cas, l'organisme assureur est tenu de poursuivre le versement des rentes et indemnités journalières en cours de service et d'assumer, dans ce cas, la charge des revalorisations futures, sous réserve de l'application des dispositions de l'alinéa précédent.

Exception faite du maintien de la couverture de frais de soins de santé à titre gratuit pendant une durée maximum de 6 mois et du maintien de cette couverture en vertu de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité), ne bénéficient plus de la couverture du régime obligatoire frais de soins de santé des salariés cadres et assimilés de la pharmacie d'officine :

- les personnes classées en invalidité de 1^{re} catégorie dont le contrat de travail a été rompu ;
- les personnes classées en invalidité de 2^e catégorie dont le contrat de travail a été rompu ou celles classées en invalidité de 3^e catégorie ;
- les salariés cadres ou assimilés cadres en arrêt de travail et percevant des indemnités quotidiennes de travail de la sécurité sociale avec rupture du contrat de travail durant cette période.

Au terme de la période de gratuité de 6 mois ou du maintien de la couverture de frais de soins de santé en vertu de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité), les personnes mentionnées à l'alinéa précédent peuvent adhérer à titre individuel au contrat de frais de soins de santé qui est proposé aux anciens salariés. La cotisation afférente à ce contrat est intégralement à leur charge. »

V. – Le V « Décès » est ainsi modifié :

1. Au E « Frais d'obsèques », le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le décès d'un assuré, de son conjoint, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge ouvre droit au versement d'une allocation dont le montant est plafonné à 750 €. »

2. Le F « Maintien gratuit de la garantie décès de l'assuré » est remplacé par les dispositions suivantes :

« F. – Maintien gratuit de la garantie décès de l'assuré

Bénéficient gratuitement de la couverture de l'assurance décès, pendant un délai maximum de 6 mois à compter de la date de rupture du contrat de travail (préavis effectué ou non) à condition qu'ils aient cotisé au régime au cours des 6 mois précédant immédiatement la date de cessation de leur dernier contrat de travail, et ceci, de façon continue, dans une ou plusieurs entreprises, qu'ils soient inscrits à Pôle emploi et qu'ils perçoivent une indemnisation par Pôle emploi, et ce quelle que soit la durée de cette indemnisation :

- le salarié licencié ;
- le salarié ayant accepté le bénéfice d'un contrat de sécurisation professionnelle et qui perçoit l'allocation spécifique de sécurisation professionnelle ;
- le salarié démissionnaire, dont la démission a été reconnue comme légitime par Pôle emploi.

Le salarié en arrêt de travail par suite de maladie ou d'accident lors de son licenciement bénéficie également des dispositions du présent article (C) s'il se trouve au chômage à l'issue de son incapacité et avant la fin de la période de 6 mois susvisée.

En cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, le capital décès est toujours celui prévu en cas de décès par maladie.

Une attestation d'inscription de l'assuré à Pôle emploi doit être fournie à l'appui de toute demande.

Le maintien des garanties réalisé en application de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité) s'effectue sans préjudice du maintien de la garantie décès auquel les anciens salariés peuvent prétendre au titre du présent régime de prévoyance.

Les anciens salariés ne sauraient toutefois prétendre, pour une même demande de prise en charge, au doublement des prestations par l'effet d'une application cumulée de ces dispositifs de maintien des garanties. »

VI. – Au VII « Fonds de solidarité », le premier alinéa est supprimé.

VII. – Le VIII « Contrat proposé aux anciens assurés en vue du maintien des garanties. – Maladie. – Chirurgie. – Maternité » est ainsi modifié :

1) Au A « Bénéficiaires », les mots : « allocation spécifique de reclassement » sont remplacés par les mots : « allocation spécifique de sécurisation professionnelle » et les mots : « d'une convention de reclassement personnalisé ; » sont remplacés par les mots : « d'un contrat de sécurisation professionnelle ; ».

2) Le C « Cotisations » est remplacé par les dispositions suivantes :

« C. – Cotisations

Les cotisations sont payables trimestriellement et d'avance pour toute personne à garantir.

La cotisation annuelle par personne assurée est fixée au 1^{er} janvier 2014 à :

(En euros.)

	RPO	RSF
Retraités cadres ou assimilés cadres		
Retraité Conjoint ayant droit d'un retraité ou conjoint d'un retraité décédé	1 112	1 308
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)	472	556
Anciens salariés cadres ou assimilés cadres		
Licencié inscrit à Pôle emploi Ancien salarié qui bénéficiait du régime de prévoyance et inscrit à Pôle emploi Préretraité Assuré en incapacité de travail ou en invalidité avec rupture du contrat de travail Assuré en congé sans solde, congé parental d'éducation, congé formation, congé sabbatique, contrat de sécurisation professionnelle Conjoint ayant droit ou conjoint ayant droit d'un salarié décédé	940	1 112
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)	472	556

Les montants ci-dessus sont révisables chaque 1^{er} janvier, en fonction des résultats techniques du régime de prévoyance. »

VIII. – Le IX « Financement de la portabilité des garanties du régime » est remplacé par les dispositions suivantes :

« IX. – Financement et mise en œuvre de la portabilité des garanties du régime

Le financement des prestations dues au titre du maintien, en application des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, des garanties prévoyance et frais de soins de santé est mis en œuvre, sans supplément de cotisation, par les régimes décès, incapacité de travail, invalidité et frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine, y compris en cas d'acceptation, par le bénéficiaire des prestations, d'un contrat de sécurisation professionnelle.

L'employeur mentionne le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale. »

Article 4

Le présent avenant prendra effet le 1^{er} mars 2014, à l'exception des dispositions de l'article 1^{er}, du 2 du III de l'article 2, du II et du 2 du VII de l'article 3, qui prennent effet dès sa date de signature.

Il sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 16 janvier 2014.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

FSPF ;

UNPF ;

USPO.

Syndicats de salariés :

FNSCIC CFE-CGC ;

Fédération nationale de la pharmacie FO ;

FNSS CFDT ;

FSS CFTC.