

Brochure n° 3063

Convention collective nationale

**IDCC : 1555. – FABRICATION ET COMMERCE DES PRODUITS
À USAGE PHARMACEUTIQUE, PARAPHARMACEUTIQUE
ET VÉTÉRINAIRE**

AVENANT DU 1^{ER} OCTOBRE 2015
À L'ACCORD DU 3 DÉCEMBRE 1992
RELATIF AU RÉGIME CONVENTIONNEL DE PRÉVOYANCE

NOR : ASET1551139M
IDCC : 1555

PRÉAMBULE

Le présent avenant est conclu en application de l'article 30 des dispositions générales de la convention collective du 1^{er} juin 1989 dans la fabrication et le commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire.

Cet avenant modifie partiellement l'accord du 3 décembre 1992 ainsi que son annexe et a pour objet la mise en conformité du régime de prévoyance avec les dispositions légales en vigueur et notamment les dispositions relatives au contrat responsable et à la généralisation de la complémentaire santé.

Accord collectif de prévoyance du 3 décembre 1992

Article 1^{er}

Modification des dispositions de l'article 1.1 « Obligations générales »

Les dispositions suivantes sont intégrées à la fin de l'article 1.1 :

« Les entreprises n'entrant pas dans le champ d'application de la convention collective nationale de la fabrication et du commerce de produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire peuvent néanmoins faire bénéficier leurs salariés des régimes prévoyance et frais de santé à la double condition de justifier de liens réels avec la fabrication et le commerce de produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire (appartenance à un groupe totalement ou partiellement pharmaceutique, activité majoritairement exercée pour la fabrication et le commerce de produits pharmaceutiques...) et d'adhérer au présent accord, conformément à l'article L. 2261-6 du code du travail. »

Article 2

Modification des dispositions de l'article 1.2.4 « Bénéficiaires »

Les dispositions de l'article 1.2.4 sont supprimées et remplacées par :

« Le salarié bénéficiaire du présent accord est nommé "l'assuré".

Sont assurés l'ensemble des salariés et personnes assimilées au sens de l'article L. 311-3, 11° et 12°, du code de la sécurité sociale, y compris les VRP liés à une entreprise entrant dans le champ d'application de l'accord du 3 décembre 1992 relatif au régime conventionnel de prévoyance.

La notion de "salariés présents à l'effectif" comprend tous les salariés au travail ou en arrêt dès lors qu'ils bénéficient soit :

- d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- d'indemnités journalières du régime obligatoire sécurité sociale ;
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'entreprise, qu'elles soient versées directement par cette dernière ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers. »

Article 3

Modification des dispositions de l'article 7.2 « Information des salariés »

Les dispositions de l'article 7.2 sont supprimées et remplacées par :

« Tout salarié quittant une société adhérente au régime et se trouvant dans l'un des cas énumérés au 1° du premier alinéa de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 est informé, au moment de la remise de son certificat de travail, de la possibilité dans laquelle il se trouve de pouvoir bénéficier d'un régime maladie prévu à l'annexe III du présent accord et des conditions tarifaires du contrat qu'il pourra conclure directement avec l'organisme, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent le terme de son contrat de travail ou qui suivent le maintien des garanties prévu par l'article 8 de l'accord du 3 décembre 1992 ou au titre de la portabilité des droits santé prévu par l'avenant du 9 janvier 2014.

Les ayants droit d'un assuré décédé seront informés de la même manière du droit qui leur est offert de pouvoir bénéficier du même régime maladie (annexe III susvisée), sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent le décès. »

Annexes à l'accord collectif de prévoyance du 3 décembre 1992

Modifications de la première partie

Régime professionnel conventionnel (RPC)

Article 4

Modification de l'article 6, annexes I et II « Garanties en cas de décès »

Les dispositions de l'article 6.1 sont remplacées comme suit :

« 6.1. Décès

L'assurance décès garantit, en cas de décès de l'assuré, dans les conditions prévues au contrat d'assurance, soit le versement d'un capital (option 1 ci-après), soit le versement d'un capital et d'une rente éducation aux enfants de l'assuré à charge jusqu'à leur 20^e anniversaire ou jusqu'à leur 27^e anniversaire s'ils poursuivent leurs études et sont régulièrement inscrits au régime de la sécurité sociale des étudiants (option 2 ci-après) selon l'option choisie lors de l'adhésion par l'assuré. A défaut de choix d'une option par l'assuré, ou si lors de son décès ou de son invalidité absolue et définitive l'assuré qui a choisi l'option 2 n'a pas d'enfant à charge, l'option 1 s'appliquera.

Le choix de l'option peut être modifié à tout moment par l'assuré. La demande doit être faite par lettre recommandée, adressée par l'assuré à l'organisme assureur pour application au premier jour du mois suivant la réception de la lettre recommandée.

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

Les notions de conjoint et d'enfants à charge sont définies au contrat d'assurance. Dans tous les cas, le partenaire de Pacs est assimilé au conjoint marié.

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 saurait profiter qu'aux enfants et aux ascendants pris en considération pour le calcul de cette majoration.

En cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré n'ayant pas encore bénéficié de la pension de vieillesse du régime d'assurance maladie obligatoire (hors cumul emploi-retraite), attestée par son classement, parmi les invalides de 3^e catégorie de la sécurité sociale, le capital décès prévu par l'option choisie est versé à l'intéressé par anticipation et, s'il a choisi l'option 2, la rente éducation est versée aux enfants dans les conditions prévues au contrat d'assurance.

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 l'invalidité de 3^e catégorie de la sécurité sociale.

Toutes les causes de décès et d'invalidité absolue et définitive sont garanties à l'exclusion de certaines relevant du risque aviation, du risque de guerre et du risque atomique dans les conditions fixées au contrat d'assurance.

La garantie décès est maintenue pendant les périodes d'arrêt de travail pour maladie ou accident ou pour invalidité ayant débuté avant la rupture du contrat de travail et limitées à la date de liquidation de la retraite du régime d'assurance maladie obligatoire. »

Options 1 et 2. – Capital décès

Les dispositions suivantes sont supprimées :

« (*) En cas de décès accidentel survenant avant 65 ans et dans un délai de 6 mois suivant l'accident. »

Elles sont remplacées par les dispositions suivantes :

« (*) En cas de décès accidentel survenant avant que l'assuré ne bénéficie d'une pension de vieillesse du régime d'assurance maladie obligatoire (hors cumul emploi-retraite) et dans un délai de 6 mois suivant l'accident. »

6.2. Garantie « Double effet » annexe I

Les dispositions de l'article 6.2 sont supprimées et remplacées par :

« Lorsque le veuf ou la veuve d'un assuré décède avant d'avoir bénéficié de la pension de vieillesse du régime d'assurance maladie obligatoire (hors cumul emploi-retraite) en laissant un ou plusieurs enfants à charge, nés de son mariage avec l'assuré ou adoptés par lui, il est versé aux intéressés un capital global égal à 100 % du capital décès défini ci-dessus calculé d'après le nombre d'enfants effectivement à charge au moment du décès du conjoint et à l'exclusion du capital majoré payé en cas de mort accidentelle de l'assuré.

Le salaire de base pris en considération est égal à celui qui a servi de base de règlement lors du décès de l'assuré, revalorisé, dans la limite des disponibilités du fonds de revalorisation visé à l'article 4 de la présente annexe, sur décision du comité paritaire de gestion. »

Article 5

Modification de l'article 7, annexes I et II « Allocations en cas de prédécès du conjoint de l'assuré ou de prédécès d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge »

L'article 7 est complété par les dispositions suivantes :

« Cette allocation est limitée aux frais d'obsèques réellement engagés pour les enfants de moins de 12 ans et est versée dans tous les cas à la personne physique ou morale qui a assumé les frais d'obsèques, sur remise des pièces justificatives. »

Article 6

Modification de l'article 8.2, annexes I et II *« Invalidité permanente »*

Le 1^{er} paragraphe est modifié de la façon suivante :

« Le participant ne bénéficiant pas de la pension de vieillesse du régime d'assurance maladie obligatoire (hors cumul emploi-retraite), 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 complète temporaire de travail ou de longue maladie, dans les cas et conditions ci-après. »

Article 7

Modification de l'article 9.2, annexes I et II *« Montant des remboursements »*

Les dispositions de l'article 9.2 sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« A compter du 1^{er} janvier 2016, le montant des remboursements est fixé comme suit :

Les remboursements sont effectués selon le type de prestations soit :

- sur la base des remboursements effectués par la sécurité sociale (BR) ;
- sur la base du ticket modérateur (TM) ;
- sur la base des frais réels (FR) avec application éventuelle d'un maximum de remboursement exprimé en euros et dont le montant peut être modifié, par avenant au présent accord, sur proposition du comité paritaire de gestion ;
- ou selon des remboursements forfaitaires dont le montant peut être 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 une caisse de sécurité sociale. Il peut également varier selon que les praticiens ont ou non adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

En tout état de cause, le présent régime (socle) se conforme au cahier des charges du contrat responsable tel que défini au titre VII du livre VIII du code de la sécurité sociale (art. L. 871-2 du code de la sécurité sociale et ses décrets d'application). Les remboursements indiqués ci-après peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration de manière à respecter les minima et les maxima prévus dans le cadre du contrat responsable. A titre d'exemple, le remboursement de la grille optique peut être majoré pour respecter le minimum du contrat responsable en cas d'équipement partiel.

De même, il respecte les minima de prise en charge prévus par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés.

Les garanties exprimées en pourcentage de la base de remboursement sécurité sociale s'entendent "y compris les remboursements effectués par la sécurité sociale". Seules les garanties exprimées en euros ou en pourcentage du ticket modérateur s'entendent en complément des éventuels remboursements effectués par la sécurité sociale.

Dans tous les cas les prestations sont limitées aux frais réellement engagés.

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Consultations, visites Conventionnées et non conventionnées Généraliste Spécialiste	Contrat d'accès aux soins 100 % de la base de remboursement sécurité sociale Hors contrat d'accès aux soins 100 % de la base de remboursement sécurité sociale Contrat d'accès aux soins 170 % de la base de remboursement sécurité sociale Hors contrat d'accès aux soins 150 % de la base de remboursement sécurité sociale
Déplacements et majorations visites Auxiliaires médicaux, autres	100 % du ticket modérateur
Auxiliaires médicaux	Conventionnés 100 % du ticket modérateur Non conventionnés 240 % de la base de remboursement sécurité sociale
Analyses et prélèvements	Conventionnés et non conventionnés 100 % du ticket modérateur
Prothèses auditives	100 % des frais réels dans la limite de 1 000 € par appareillage remboursé par la sécurité sociale
Appareillages, prothèses médicales autres que dentaires et auditives	240 % de la base de remboursement sécurité sociale
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale	100 % des frais réels
Actes de spécialistes Conventionnés et non conventionnés	Contrat d'accès aux soins 370 % de la base de remboursement sécurité sociale Hors contrat d'accès aux soins 225 % de la base de remboursement sécurité sociale (*)
Radiologie Conventionnée et non conventionnée	Contrat d'accès aux soins 180 % de la base de remboursement sécurité sociale Hors contrat d'accès aux soins 160 % de la base de remboursement sécurité sociale
Chirurgie dentaire	Conventionnée et non conventionnée 325,5 % de la base de remboursement sécurité sociale
Soins dentaires	Conventionnés 175 % de la base de remboursement sécurité sociale Non conventionnés 280 % de la base de remboursement sécurité sociale
Prothèses dentaires ⁽¹⁾ et orthodontie ⁽²⁾ remboursées et non remboursées par la sécurité sociale Prothèses dentaires Orthodontie Implant dentaire	Conventionnées et non conventionnées 400 % de la base de remboursement sécurité sociale 298 % de la base de remboursement sécurité sociale 250 € par implant (limité à 2 implants par an et par bénéficiaire)

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris la maternité) Frais de séjour Honoraire médicaux	Conventionnés 200 % de la base de remboursement sécurité sociale Non conventionnés 150 % de la base de remboursement sécurité sociale Contrat d'accès aux soins 200 % de la base de remboursement sécurité sociale Hors contrat d'accès aux soins 180 % de la base de remboursement sécurité sociale
Honoraire chirurgicaux Conventionnés et non conventionnés Chambre particulière Lit accompagnant (enfant de moins de 12 ans) Forfait journalier hospitalier Transport du malade avec ou sans hospitalisation	Contrat d'accès aux soins 400 % de la base de remboursement sécurité sociale Hors contrat d'accès aux soins 225 % de la base de remboursement sécurité sociale (*) 45 € par jour 22,87 € par jour 100 % des frais réels 100 % du ticket modérateur
Cures thermales acceptées par la sécurité sociale	Indemnité forfaitaire égale à 5,18 € par jour (maximum 21 jours)
Optique Lentilles acceptées et refusées par la sécurité sociale Chirurgie correctrice des yeux non remboursée par la sécurité sociale	91,47 € par an et par bénéficiaire 250 € par œil
Paire de lunettes On entend par : – verres simples : les verres simple foyer avec une sphère comprise entre – 6 et + 6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 – verres complexes : les verres simple foyer avec une sphère supérieure – 6 ou + 6 ou un cylindre supérieur à + 4 et verres multifocaux ou progressifs – verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone – 8 à + 8 ou verres multifocaux ou progressifs sphériques hors zone – 4 à + 4	Le remboursement calculé par monture et par verre ne peut conduire à un remboursement total par équipement inférieur aux montants indiqués ci-après Remboursements limités : – par adulte, à un équipement (monture et verres) tous les 2 ans. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue médicalement constatée, le délai de 2 ans est réduit à 1 an – par mineur, à un équipement (monture et verres) par an. Le délai de renouvellement est décompté à partir de la date d'acquisition de l'équipement ou de la première composante de l'équipement en cas d'équipement partiel
Par monture Par verre simple Par verre complexe Par verre hyper complexe Par verre simple Par verre complexe Par verre hyper complexe	– adulte : 76,22 € – mineur : 48,78 € – adulte : 90 € – adulte : 210 € – adulte : 220 € – mineur : 60 € – mineur : 100 € – mineur : 140 €

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Minimum du remboursement total par équipement	
Avec 2 verres simples	100 €
Avec 1 verre simple et 1 verre complexe (ou hyper complexe)	150 €
Avec 2 verres complexes (ou hyper complexes)	200 €
(1) Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale : sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes. La base de remboursement correspond à celle de la sécurité sociale pour les couronnes remboursées.	
(2) Dans la limite de 6 semestres.	
(*) Limitation à 200 % de la base de remboursement sécurité sociale à partir de 2017 conformément au cahier des charges du contrat responsable.	

Modifications de la deuxième partie

Régime surcomplémentaire optionnel (RSO)

Article 8

Modification générale annexes I et II

Dans toute la convention collective, les termes « régime supplémentaire optionnel » sont remplacés par les termes « régime surcomplémentaire optionnel ».

Article 9

Modification de l'article 12.1 « Objet »

Annexe I

« Le régime surcomplémentaire optionnel des salariés cadres et assimilés cadres de la fabrication et du commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire, définis à l'article 1^{er} de la présente annexe, est un régime optionnel surcomplémentaire au régime professionnel conventionnel (contrat socle) auquel ne peuvent adhérer que les entreprises déjà affiliées à ce dernier.

Il assure des prestations supplémentaires au titre de la garantie décès et de la garantie maladie, chirurgie-maternité. »

Annexe II

« Le régime surcomplémentaire optionnel des salariés non cadres et non assimilés cadres de la fabrication et du commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire, définis à l'article 1^{er} de la présente annexe, est un régime optionnel surcomplémentaire au régime professionnel conventionnel (contrat socle) auquel ne peuvent adhérer que les entreprises déjà affiliées à ce dernier.

Il assure des prestations supplémentaires au titre de la garantie décès et de la garantie maladie, chirurgie-maternité. »

Article 10

Modification de l'article 15, annexes I et II

« Garantie supplémentaire en cas de décès du salarié »

Options 1 et 2. – Capital décès

Les dispositions suivantes sont supprimées :

« (*) En cas de décès accidentel survenant avant 65 ans et dans un délai de 6 mois suivant l'accident. »

Elles sont remplacées par les dispositions suivantes :

- « (*) En cas de décès accidentel survenant avant que l'assuré ne bénéficie d'une pension de vieillesse du régime d'assurance maladie obligatoire (hors cumul emploi-retraite) et dans un délai de 6 mois suivant l'accident. »

Article 11

Modification de l'article 16, annexes I et II

« Prestations maladie. – Chirurgie »

Les dispositions de l'article 16 sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« A compter du 1^{er} janvier 2016, le montant des remboursements est fixé comme suit :

Les remboursements sont effectués selon le type de prestations soit :

- sur la base des remboursements effectués par la sécurité sociale (BR) ;
- sur la base du ticket modérateur (TM) ;
- sur la base des frais réels (FR) avec application éventuelle d'un maximum de remboursement exprimé en euros et dont le montant peut être modifié, par avenant au présent accord, sur proposition du comité paritaire de gestion ;
- ou selon des remboursements forfaitaires dont le montant peut être 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 une caisse de sécurité sociale. Il peut également varier selon que les praticiens ont ou non adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

En tout état de cause, le présent régime (surcomplémentaire optionnel) se conforme au cahier des charges du contrat responsable tel que défini au titre VII du livre VIII du code de la sécurité sociale (art. L. 871-2 du code de la sécurité sociale et ses décrets d'application).

Les garanties s'entendent dans tous les cas "y compris les remboursements effectués par le régime professionnel conventionnel (RPC)". Quand elles sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement sécurité sociale, elles s'entendent "y compris les remboursements effectués par la sécurité sociale". Seules les garanties exprimées en euros ou en pourcentage du ticket modérateur s'entendent "en complément des éventuels remboursements effectués par la sécurité sociale".

Dans tous les cas les prestations sont limitées aux frais réellement engagés.

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Consultations, visites Conventionnées et non conventionnées Généraliste	Contrat d'accès aux soins 120 % de la base de remboursement sécurité sociale Hors contrat d'accès aux soins 100 % de la base de remboursement sécurité sociale
Spécialiste	Contrat d'accès aux soins 240 % de la base de remboursement sécurité sociale Hors contrat d'accès aux soins 200 % de la base de remboursement sécurité sociale
Déplacements et majorations visites de nuit ou jour férié Auxiliaires médicaux, autres	100 % du ticket modérateur

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Auxiliaires médicaux	Conventionnés 100 % du ticket modérateur Non conventionné 240 % de la base de remboursement sécurité sociale
Analyses et prélèvements	Conventionnés et non conventionnés 100 % du ticket modérateur
Prothèses auditives	100 % des frais réels dans la limite de 1 200 € par appareillage remboursé par la sécurité sociale
Appareillages, prothèses médicales autres que dentaires et auditives	270 % de la base de remboursement sécurité sociale
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale	100 % des frais réels
Actes de spécialistes Conventionnés et non conventionnés	Contrat d'accès aux soins 370 % de la base de remboursement sécurité sociale Hors contrat d'accès aux soins 225 % de la base de remboursement sécurité sociale (*)
Ostéopathie, acupuncture, étiopathie, chiropractie	30 € par séance limité à 2 séances par an et par bénéficiaire
Chirurgie dentaire	325,5 % de la base de remboursement sécurité sociale
Soins dentaires	Conventionnés 175 % de la base de remboursement sécurité sociale Non conventionnés 280 % de la base de remboursement sécurité sociale
Radiologie Conventionnée et non conventionnée	Contrat d'accès aux soins 180 % de la base de remboursement sécurité sociale Hors contrat d'accès aux soins 160 % de la base de remboursement sécurité sociale
Prothèses dentaires ⁽¹⁾ et orthodontie ⁽²⁾ remboursées et non remboursées par la sécurité sociale Prothèses dentaires Orthodontie Implant dentaire	Conventionnées et non conventionnées 483 % de la base de remboursement sécurité sociale 483 % de la base de remboursement sécurité sociale 250 € par implant (limité à 2 implants par an et par bénéficiaire)
Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris la maternité) Frais de séjour Honoraires médicaux	Conventionnés 200 % de la base de remboursement sécurité sociale Non conventionnés 150 % de la base de remboursement sécurité sociale Contrat d'accès aux soins 200 % de la base de remboursement sécurité sociale Hors contrat d'accès aux soins 180 % de la base de remboursement sécurité sociale
Honoraires chirurgicaux Conventionnés et non conventionnés	Contrat d'accès aux soins 400 % de la base de remboursement sécurité sociale Hors contrat d'accès aux soins 225 % de la base de remboursement sécurité sociale (*)

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Chambre particulière	60 € par jour
Lit accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	22,87 € par jour
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Transport du malade avec ou sans hospitalisation	100 % du ticket modérateur
Cures thermales acceptées par la sécurité sociale	Indemnité forfaitaire égale à 5,18 € par jour (maximum 21 jours)
Optique	
Lentilles acceptées et refusées par la sécurité sociale	200 € par an et par bénéficiaire
Chirurgie correctrice des yeux non remboursée par la sécurité sociale	250 € par œil
Paire de lunettes	Le remboursement calculé par monture et par verre ne peut conduire à un remboursement total par équipement inférieur aux montants indiqués ci-après
On entend par :	Remboursements limités :
– verres simples : les verres simple foyer avec une sphère comprise entre – 6 et + 6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4	– par adulte, à un équipement (monture et verres) tous les 2 ans. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue médicalement constatée, le délai de 2 ans est réduit à 1 an
– verres complexes : les verres simple foyer avec une sphère supérieure – 6 ou + 6 ou un cylindre supérieur à + 4 et verres multifocaux ou progressifs	– par mineur, à un équipement (monture et verres) par an. Le délai de renouvellement est décompté à partir de la date d'acquisition de l'équipement ou de la première composante de l'équipement en cas d'équipement partiel
– verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone – 8 à + 8 ou verres multifocaux ou progressifs sphérique hors zone – 4 à + 4	
Par monture	– adulte : 120 € – mineur : 56,41 €
Par verre simple	– adulte : 110 €
Par verre complexe	– adulte : 240 €
Par verre hyper complexe	– adulte : 250,47 €
Par verre simple	– mineur : 91,47 €
Par verre complexe	– mineur : 130,47 €
Par verre hyper complexe	– mineur : 170,47 €
Minimum du remboursement total par équipement	
Avec 2 verres simples	100 €
Avec 1 verre simple et 1 verre complexe (ou hypercomplexe)	150 €
Avec 2 verres complexes (ou hypercomplexes)	200 €
(1) Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale : sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes. La base de remboursement correspond à celle de la sécurité sociale pour les couronnes remboursées.	
(2) Dans la limite de 6 semestres.	
(*) Limitation à 200 % de la base de remboursement sécurité sociale à partir de 2017 conformément au cahier des charges du contrat responsable.	

Article 12

Modification de l'article 17, annexe I

« Cotisations. – Dotations »

Les dispositions suivantes sont supprimées :

« – 0,23 % (appelé à 0,156 % pour l'année 2000 pour les garanties maladie-chirurgie (art. 16), avec un minimum de cotisation de 0,20 % (appelé à 0,156 % dudit plafond pour l'année 2000 du plafond de la sécurité sociale. »

Elles sont remplacées par les dispositions suivantes :

« – 0,23 % sur les tranches T1 et T2 des salaires (appelé à 0,18 % pour l'année 2000 pour les garanties maladie-chirurgie (art. 16), avec un minimum de cotisation de 0,156 % du plafond de la sécurité sociale pour l'année 2000. »

Article 13

Durée

Les dispositions de l'accord du 3 décembre 1992 et de son annexe non prévues par le présent avenant demeurent inchangées.

Cet avenant est conclu pour une durée indéterminée et est applicable au lendemain du jour de son dépôt auprès de la direction générale du travail, dépôt des accords collectifs.

Article 14

Dépôt et extension

Conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail, le présent avenant sera déposé en deux exemplaires, dont un exemplaire électronique, auprès de la direction générale du travail, dépôt des accords collectifs, 39-43, quai André-Citroën, 75902 Paris Cedex 15.

Un exemplaire sera également remis au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

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 avenant.

Fait à Paris, le 1^{er} octobre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

FACOPHAR ;

SIMV ;

ANSVADM ;

SIDIV.

Syndicats de salariés :

FNIC CGT ;

FCE CFDT ;

FNP FO ;

FCMTE CFTC ;

CFE-CGC chimie.