

Brochure n° 3052

Convention collective nationale

IDCC : 1996. – PHARMACIE D'OFFICINE

AVENANT DU 17 DÉCEMBRE 2015
RELATIF À LA PRÉVOYANCE ET AUX FRAIS DE SOINS DE SANTÉ
DU PERSONNEL CADRE

NOR : ASET1650141M

IDCC : 1996

Vu le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales ;

Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et ses annexes ;

Vu l'avenant du 24 septembre 2015 portant révision de la convention collective nationale étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 et relatif aux régimes décès, incapacité de travail, invalidité et frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine,

afin d'ajuster les niveaux des remboursements prévus par l'avenant du 24 septembre 2015 susvisé, les parties signataires sont convenues, dans le cadre du présent avenant, des dispositions suivantes :

Article 1^{er}

Le tableau des remboursements contenu dans le D « Régime professionnel obligatoire (RPO). – Montant des remboursements » du III « Maladie. – Chirurgie. – Maternité (prestations en nature) » de l'annexe IV.2 « Régime Décès. – Incapacité de travail. – Invalidité. – Maternité-paternité. – Régime frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine » est remplacé par les dispositions suivantes :

RÉGIME PROFESSIONNEL OBLIGATOIRE	
Nature des garanties	Limite de remboursement
Hospitalisation	
Frais de séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	92 € par jour d'hospitalisation en plus du remboursement de la sécurité sociale ou 100 % du ticket modérateur lorsque celui-ci est supérieur à 92 €
Hospitalisation en établissement public de santé	Remboursement à 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale lorsque la facturation est globale par journée et pour l'ensemble des actes et soins

RÉGIME PROFESSIONNEL OBLIGATOIRE	
Nature des garanties	Limite de remboursement
Frais chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux) :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	255 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	200 % ⁽¹⁾ de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par 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)
Lit d'accompagnement	30 € par jour en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge
Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale
Frais d'honoraires médicaux, soins courants	
Consultation ou visite de généraliste :	
Médecins signataires du contrat d'accès aux soins	115 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	115 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Consultation ou visite de spécialiste :	
Médecins signataires du contrat d'accès aux soins	175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	161 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction 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
Auxiliaires médicaux	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Actes d'imagerie	
Radiologie :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Echographie :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	255 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale

RÉGIME PROFESSIONNEL OBLIGATOIRE	
Nature des garanties	Limite de remboursement
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	200 % ⁽¹⁾ de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Transport	
Transport du malade Indemnités de déplacement (médecins, auxiliaires médicaux)	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Pharmacie	
Frais pharmaceutiques	100 % des frais réels sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Médicaments non remboursés ou non remboursables ⁽²⁾	Dans la limite d'un forfait de 40 € par an pour les seuls membres participants
Frais dentaires	
Soins dentaires	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Prothèses dentaires remboursées ou non par la sécurité sociale	419 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Orthodontie remboursée ou non par la sécurité sociale	326 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Implantologie non remboursée par la sécurité sociale	400 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire) dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire
Parodontie non remboursée par la sécurité sociale	200 € par an et par bénéficiaire
Frais d'optique	
Verres ⁽³⁾	130 € par verre sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Monture ⁽³⁾	120 € sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables) ⁽⁴⁾	100 € par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables)	140 € par an et par bénéficiaire
Prothèses médicales	
Orthopédie, prothèses médicales	130 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Prothèses capillaires ⁽⁴⁾	400 € par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Prothèses auditives ⁽⁴⁾	400 € par an et par oreille appareillée en complément des prestations versées par la sécurité sociale 560 € par an et par oreille appareillée pour les moins de 20 ans en complément des prestations versées par la sécurité sociale

RÉGIME PROFESSIONNEL OBLIGATOIRE	
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 thermique prise en charge par la sécurité sociale	
3,66 € par jour en complément des prestations versées par la sécurité sociale	
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
<p>(1) Taux applicable à compter du 1^{er} janvier 2017. Taux fixé, pour l'année 2016, à 225 % de la base de remboursement de la sécurité sociale, sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.</p> <p>(2) Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.</p> <p>(3) Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 an. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.</p> <p>(4) Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.</p>	

Article 2

Le tableau des remboursements contenu dans le E « Régime supplémentaire facultatif (RSF). – Montant des remboursements » du III « Maladie. – Chirurgie. – Maternité (prestations en nature) » de l'annexe IV.2 « Régime Décès. – Incapacité de travail. – Invalidité. – Maternité-paternité. – Régime frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine » est remplacé par les dispositions suivantes :

RÉGIME PROFESSIONNEL OBLIGATOIRE	
Nature des garanties	Limite de remboursement
Hospitalisation	
Frais de séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	100 € par jour d'hospitalisation en plus du remboursement de la sécurité sociale ou 100 % du ticket modérateur lorsque celui-ci est supérieur à 100 €
Hospitalisation en établissement public de santé	Remboursement à 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale lorsque la facturation est globale par journée et pour l'ensemble des actes et soins
Frais chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux) :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	279 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	200 % ⁽¹⁾ de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement	75 € par jour d'hospitalisation

RÉGIME PROFESSIONNEL OBLIGATOIRE	
Nature des garanties	Limite de remboursement
Forfait journalier hospitalier	Prise en charge intégrale (y compris psychiatrie)
Lit d'accompagnement	30 € par jour en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge
Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale
Frais d'honoraires médicaux, soins courants	
Consultation ou visite de généraliste :	
Médecins signataires du contrat d'accès aux soins	175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	115 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Consultation ou visite de spécialiste :	
Médecins signataires du contrat d'accès aux soins	195 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction 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
Auxiliaires médicaux	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Actes d'imagerie	
Radiologie :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Echographie :	
Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins	279 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins	200 % ⁽¹⁾ de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Transport	
Transport du malade	
Indemnités de déplacement (médecins, auxiliaires médicaux)	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale

RÉGIME PROFESSIONNEL OBLIGATOIRE	
Nature des garanties	Limite de remboursement
Pharmacie	
Frais pharmaceutiques	100 % des frais réels sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Médicaments non remboursés ou non remboursables ⁽²⁾	Dans la limite d'un forfait de 60 € par an pour les seuls membres participants
Frais dentaires	
Soins dentaires	100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Prothèses dentaires remboursées ou non par la sécurité sociale	465 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Orthodontie remboursée ou non par la sécurité sociale	372 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Implantologie non remboursée par la sécurité sociale	450 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire) dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire
Parodontie non remboursée par la sécurité sociale	250 € par an et par bénéficiaire
Frais d'optique	
Verres ⁽³⁾	150 € par verre sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Monture ⁽³⁾	140 € sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables) ⁽⁴⁾	120 € par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables)	160 € par an et par bénéficiaire
Prothèses médicales	
Orthopédie, prothèses médicales	149,5 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Prothèses capillaires ⁽⁴⁾	500 € par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale
Prothèses auditives ⁽⁴⁾	500 € par an et par oreille appareillée en complément des prestations versées par la sécurité sociale 660 € par an et par oreille appareillée pour les moins de 20 ans en complément des prestations versées par la sécurité sociale
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 thermique prise en charge par la sécurité sociale	
3,66 € par jour en complément des prestations versées par la sécurité sociale	

RÉGIME PROFESSIONNEL OBLIGATOIRE	
Nature des garanties	Limite de remboursement
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.
<p>(1) Taux applicable à compter du 1^{er} janvier 2017. Taux fixé, pour l'année 2016, à 225 % de la base de remboursement de la sécurité sociale, sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.</p> <p>(2) Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.</p> <p>(3) Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 an. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.</p> <p>(4) Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.</p>	

Article 3

Le présent avenant prendra effet le 1^{er} janvier 2016. 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 accord.

Fait à Paris, le 17 décembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

FSPF ;
UNPF ;
USPO.

Syndicats de salariés :

FNIC CGT ;
FSS CFTC ;
FNSCIC CFE-CGC ;
Fédération nationale de la pharmacie LABM FO.