

Brochure n° 3104

Convention collective nationale

IDCC : 176. – INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

ACCORD DU 17 NOVEMBRE 2016

À L'ACCORD DU 9 JUILLET 2015 RELATIF AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE DES SALARIÉS

NOR : ASET1651115M

IDCC : 176

Entre

LEEM

D'une part, et

UNSA

FNIC CGT

FCE CFDT

CMTE CFTC

CFE-CGC chimie

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Au regard des résultats du régime de prévoyance des salariés et dans le cadre d'une bonne gestion dudit régime, les partenaires sociaux décident ce qui suit :

Article 1^{er}

Avant l'avant-dernier paragraphe de l'article 9 « Portabilité des droits en matière de santé et de prévoyance » est inséré le paragraphe suivant :

Le maintien des garanties maladie-chirurgie-maternité est applicable dans les mêmes conditions au salarié licencié qui perçoit une pension d'invalidité de la 2^e ou 3^e catégorie au titre de la législation du régime général de la sécurité sociale à la date de la rupture de son contrat de travail, même s'il ne peut justifier d'une inscription Pôle emploi.

Article 2

Le *d* de l'article 14 « Couverture en cas de décès du salarié » est annulé et remplacé par les dispositions suivantes :

« *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 s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - être affiliés au régime de sécurité sociale des étudiants ;
 - suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés avant leur 27^e anniversaire ; les enfants reconnus handicapés sont les enfants titulaires d'une carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne.

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 3

Après le premier paragraphe de l'article 16 « Couverture en cas d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité permanente » est inséré le paragraphe suivant :

« Pour être pris en charge par le présent régime, en relais du maintien de salaire de l'employeur selon les dispositions visées ci-dessous, l'entreprise est tenue de déclarer à l'organisme gestionnaire l'arrêt de travail dans les 12 mois qui suivent le 1^{er} 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. »

Article 4

L'article 17.2 « Montant des prestations » du chapitre II « Régime professionnel conventionnel (RPC) des salariés » est annulé et remplacé par les dispositions suivantes :

« 17.2. Montant des prestations du chapitre II régime professionnel conventionnel (RPC) des salariés

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 utilisés par la sécurité sociale (BR) et/ou du ticket modérateur (TM) ;
- 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 sécurité sociale. Le montant des remboursements peut également varier selon que les praticiens ont ou non adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ou à l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 ou au contrat d'accès aux soins (CAS) prévu par la convention nationale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011.

La couverture maladie-chirurgie-maternité n'intervient qu'en complément des remboursements effectués par les régimes maladie et maternité de la sécurité sociale sauf exceptions explicitement indiquées dans le tableau des garanties ci-dessous.

En tout état de cause, le présent régime se conforme au cahier des charges du contrat responsable tel que défini au titre VII du livre VIII du code de la sécurité sociale. A cet effet, 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, le présent régime respecte les minima de prise en charge prévus par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés.

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 responsable.

Le montant des remboursements est fixé comme suit :

ACTES	REMBOURSEMENT RPC dans la limite des frais engagés
Hospitalisation	
Frais de séjour	Ticket modérateur (TM) + 100 % de la base de remboursement (BR)
Honoraires chirurgicaux	
Médecin adhérent à l'OPTAM, ou à l'OPTAM-CO, ou au CAS	Ticket modérateur (TM) + 280 % de la base de remboursement (BR)
Médecin n'adhérant pas à l'OPTAM, ni à l'OPTAM-CO, ni au CAS	Ticket modérateur (TM) + 100 % de la base de remboursement (BR)
Honoraires médicaux	
Médecin adhérent à l'OPTAM, ou à l'OPTAM-CO, ou au CAS	Ticket modérateur (TM) + 120 % de la base de remboursement (BR)
Médecin n'adhérant pas à l'OPTAM, ni à l'OPTAM-CO, ni au CAS	Ticket modérateur (TM) + 100 % de la base de remboursement (BR)
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	Ticket modérateur (TM)
Actes techniques et de chirurgie (hospitalisation et ambulatoire)	
Médecin adhérent à l'OPTAM, ou à l'OPTAM-CO, ou au CAS	Ticket modérateur (TM) + 250 % de la base de remboursement (BR)
Médecin n'adhérant pas à l'OPTAM, ni à l'OPTAM-CO, ni au CAS	Ticket modérateur (TM) + 100 % de la base de remboursement (BR)
Consultations/visites	
Médecin adhérent à l'OPTAM, ou à l'OPTAM-CO, ou au CAS	Ticket modérateur (TM) + 70 % de la base de remboursement (BR)

ACTES	REMBOURSEMENT RPC dans la limite des frais engagés
Médecin n'adhérant pas à l'OPTAM, ni à l'OPTAM-CO, ni au CAS	Ticket modérateur (TM) + 50 % de la base de remboursement (BR)
Niveau de remboursement des majorations Majoration de coordination, majoration pour nour- risson, visite de nuit, déplacement	Ticket modérateur (TM)
Frais pharmaceutiques Quel que soit le niveau de remboursement de la sécurité sociale	Ticket modérateur (TM)
Frais médicaux courants Radiographie Médecin adhérent à l'OPTAM, ou à l'OPTAM-CO, ou au CAS Médecin n'adhérant pas à l'OPTAM, ni à l'OPTAM- CO, ni au CAS	Ticket modérateur (TM) + 120 % de la base de remboursement (BR) Ticket modérateur (TM) + 100 % de la base de remboursement (BR)
Analyse	Ticket modérateur (TM)
Auxiliaires médicaux	Ticket modérateur (TM)
Toute majoration des auxiliaires médicaux (visites de nuit ; dimanche, déplacement auxiliaires médi- caux)	Ticket modérateur (TM)
Appareillage Orthopédie et prothèse (autre que dentaire et audi- tive) Prothèse auditive	185 % de la base de remboursement (BR) Frais réels dans la limite de 1 000 € par appareil remboursé par la sécurité sociale
Dentaire Soins dentaires Inlay/onlay Prothèses dentaires remboursées et non rem- boursées par la sécurité sociale. Sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes Orthodontie remboursée et non remboursée par la sécurité sociale (dans la limite de 6 semestres)	Ticket modérateur (TM) 300 % de la base de remboursement (BR) 230 % de la base de remboursement (BR) ou 300 % de la de la base de remboursement (BR), si devis préalable présenté auprès du gestionnaire et après avoir pris connaissance de la réponse du ges- tionnaire qui doit intervenir dans les 15 jours qui suivent la demande 230 % de la base de remboursement (BR) ou 280 % de la de la base de remboursement (BR), si devis préalable présenté auprès du gestionnaire et après avoir pris connaissance de la réponse du ges- tionnaire qui doit intervenir dans les 15 jours qui suivent la demande
Optique acceptée par la sécurité sociale Lunettes ⁽¹⁾ Par monture : – adulte – enfant Par verre ⁽¹⁾	100 € 60 € Cf. grille optique ci-dessous

ACTES	REMBOURSEMENT RPC dans la limite des frais engagés
Lentilles acceptées ou refusées par la sécurité sociale	120 € par an et par bénéficiaire
Chirurgie des yeux ⁽²⁾	250 € par œil
Autre	
Cures thermales : soins médicaux remboursés par la sécurité sociale	Ticket modérateur (TM)
Médecine douce : actes non pris en charge par la sécurité sociale (notamment ostéopathie, chiropractie, étiopathie ⁽³⁾ ...)	30 € par séance dans la limite de 3 séances par an par bénéficiaire
<p>(1) Limité à un équipement (1 monture et 2 verres) par période de 2 ans et par bénéficiaire sauf prescription médicale pour une correction différente, ou pour les mineurs auquel cas limité à une paire de lunettes par an. La durée est calculée par rapport à la date d'acquisition du 1^{er} équipement ou de la 1^{re} composante de l'équipement en cas d'équipement partiel.</p> <p>(2) Par chirurgie des yeux, les partenaires sociaux entendent chirurgie réfractive et assimilée non prise en charge par la sécurité sociale.</p> <p>(3) Remboursés sur la base des justificatifs précisés dans le contrat d'assurance pour les pratiques médicales validées par le comité paritaire de gestion et listées dans le contrat d'assurance.</p>	

Grille optique pour les adultes et les enfants par verre

(En euros.)

		SPHÈRE				
Type de verres	Cylindre	0 ≤ dioptries ≤ 2	2 < dioptries ≤ 4	4 < dioptries ≤ 6	6 < dioptries ≤ 8	dioptries > 8
Unifocaux	égal à 0	62	73	86	102	128
	0 < dioptries ≤ 4	68	80	95	113	141
	4 < dioptries	70	80	95	113	141
Multifocaux ou progressifs	égal à 0	145	167	185	215	270
	0 < dioptries	165	190	210	245	306

En complément des garanties conventionnelles précisées ci-dessus qui s'appliquent obligatoirement à tous les bénéficiaires visés à l'article 11, les salariés des entreprises adhérentes au régime professionnel conventionnel maladie-chirurgie-maternité assuré par l'assureur recommandé visé à l'article 5 du présent accord, et leurs ayants droit tels que définis à l'article 17.1, bénéficient à titre expérimental pour 2017, d'une garantie téléconsultation médicale. Il s'agit de la possibilité d'avoir accès 24 heures/24, 7 jours/7, partout dans le monde à une consultation de médecine générale réalisée par téléphone avec un médecin inscrit à l'ordre des médecins. Cette garantie s'applique aussi aux adhérents facultatifs définis à l'article 12 ainsi qu'aux bénéficiaires du régime prévu par l'accord du 22 juin 2007 sur le régime des anciens salariés.

Article 5

La dernière phrase de l'article 20.2 « Autres actions de solidarité » est annulée et remplacée par les dispositions suivantes :

Sont notamment visés :

- le fonds social ;
- les actions de prévention telle que SANTESENS pour 2017 ;
- les services présentant un degré élevé de solidarité tels que FIL'APGIS, et, pour 2017, l'aide aux aidants (PACK AIDANT) et l'aide en cas de décès ou de maladie grave (PACK COUP DUR).

Article 6

L'article 24 « Prestation maladie-chirurgie du régime supplémentaire (RS) » est annulé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 24

Prestation maladie-chirurgie du régime supplémentaire (RS)

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/ou 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
Hospitalisation	
Chambre particulière	Frais réels dans la limite de 6 € par jour
Consultations, visites	50 % de la base de remboursement (BR)
Frais médicaux courants	
Radiographie	
Médecin adhérent à l'OPTAM, ou à l'OPTAM-CO, ou au CAS	30 % de la base de remboursement (BR)
Analyse	30 % de la base de remboursement (BR)
Auxiliaires médicaux	30 % de la base de remboursement (BR)
Appareillage	
Prothèse auditive	200 €
Dentaire	
Soins dentaires	30 % de la base de remboursement (BR)
Inlay/onlay	100 % de la base de remboursement (BR)
Prothèses dentaires remboursées et non remboursées par la sécurité sociale (sont concernées uniquement les prothèses sur dents vivantes)	100 % de la base de remboursement (BR)
Orthodontie remboursée et non remboursée par la sécurité sociale (dans la limite de 6 semestres)	100 % de la base de remboursement (BR)

ACTES	REMBOURSEMENT RS
Optique acceptée par la sécurité sociale Lunettes ⁽¹⁾ Par monture – adulte 20 € – enfant 15 € Par verre ⁽¹⁾ Cf. grille optique ci-dessous	
Optique acceptée ou refusée par la sécurité sociale Lentilles 100 € par an pour l'ensemble des dépenses et par bénéficiaire	
(1) Limité à un équipement (1 monture et 2 verres) par période de 2 ans et par bénéficiaire sauf prescription médicale pour une correction différente, ou pour les mineurs auquel cas limité à une paire de lunettes par an. La durée est calculée par rapport à la date d'acquisition du 1 ^{er} équipement ou de la 1 ^{re} composante de l'équipement en cas d'équipement partiel.	

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	égal à 0	25 €	29 €	34 €	41 €	51 €
	0 < dioptries ≤ 4	27 €	32 €	38 €	45 €	57 €
	4 < dioptries	27 €	32 €	38 €	45 €	57 €
Multifocaux ou progressifs	égal à 0	58 €	67 €	74 €	86 €	95 €
	0 < dioptries	66 €	76 €	84 €	70 €	59 €

Article 7

Entrée en vigueur

Les articles 1^{er}, 2, 3 et 5 du présent avenant entreront en vigueur, pour une durée indéterminée, le 1^{er} janvier 2017.

Les articles 4 et 6 du présent avenant entreront en vigueur, pour une durée indéterminée, au 1^{er} avril 2017.

Article 8

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 9

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 17 novembre 2016.

(Suivent les signatures.)