

Brochure n° 3063

Convention collective nationale

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

ACCORD DU 14 DÉCEMBRE 2016

RELATIF AU RÉGIME CONVENTIONNEL DE PRÉVOYANCE

NOR : ASET1750140M

IDCC : 1555

Entre

FACOPHAR

SIMV

ANSVADM

SIDIV

D'une part, et

FNIC CGT

FCE CFDT

CMTE CFTC

CFE-CGC chimie

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

I. – ARTICLE PRÉAMBULE

A. – Objet de l'accord

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

Il se substitue aux accords conclus antérieurement et notamment à l'accord du 3 décembre 1992 relatif au régime conventionnel de prévoyance et à ses avenants.

Il a pour objet la mise en œuvre d'un régime de prévoyance collective obligatoire couvrant les risques décès – invalidité – incapacité et, maladie-chirurgie-maternité, et comprenant au travers d'un degré élevé de solidarité des prestations à caractère non directement contributif pour l'ensemble du personnel des entreprises entrant dans le champ d'application visé à l'article 1^{er} de ladite convention collective.

Par cet accord, les parties signataires ont souhaité :

- maintenir des prestations décès-incapacité-invalidité – maladie-chirurgie-maternité harmonisées pour l'ensemble des salariés, « cadres » et « non-cadres », dans la fabrication et le commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire, avec des cotisations adaptées à chaque catégorie de salariés, « cadres » et « non-cadres » ;
- permettre la mutualisation des risques auprès d'un organisme d'assurance recommandé au terme d'une procédure transparente de consultation et de mise en concurrence de différents organismes d'assurance, conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et à l'article 2.1 du présent accord.

Cet accord, tout en assurant la mise en conformité du régime de prévoyance avec les dispositions légales en vigueur, apporte les précisions nécessaires à une meilleure lisibilité de l'accord par les entreprises et leurs salariés relevant de la convention collective nationale de la fabrication et du commerce de produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire.

B. – Mesures transitoires pour certains sinistres

Les accords antérieurs continuent à produire des effets pour certains sinistres, dans les conditions suivantes :

- les salariés dont le contrat de travail est toujours en vigueur à la date d'application du présent accord, bénéficiaires, au titre d'un arrêt de travail ayant débuté avant la date d'application du présent accord (même non encore déclaré à l'assureur, à cette date), de prestations d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente restent garantis par les couvertures incapacité et invalidité prévues par l'accord en vigueur à la date de leur arrêt de travail ;
- les salariés en incapacité temporaire de travail ou en invalidité dont le contrat de travail prend fin avant la date d'application du présent accord et qui ne bénéficient pas du dispositif de la portabilité visé à l'article 8.1 restent garantis par la couverture des risques décès, incapacité et invalidité prévus par l'accord en vigueur à la date de rupture de leur contrat de travail ;
- les bénéficiaires d'une rente éducation, pour un décès survenu avant la date de prise d'effet du présent accord, continuent de percevoir cette prestation dans les conditions définies par l'accord en vigueur à la date du décès.

C. – Dispositions transitoires. – Cadres retraités (accord du 3 décembre 1992)

C.1. – Dispositions transitoires. – Cadres retraités bénéficiant du RPC

Le cadre retraité qui, à la date d'entrée en vigueur de l'accord du 3 décembre 1992, bénéficie de la garantie des prestations maladie-chirurgie-maternité dans les conditions prévues par les articles 29 et 30 des conditions générales du contrat groupe du 21 juin 1989, bénéficiera de cette garantie modifiée par les accords ultérieurs, tant que l'entreprise (ou les entreprises) de laquelle (ou desquelles) il tire ce droit, adhère (ou adhèrent) au régime de prévoyance professionnel.

Il continue également à bénéficier de cette garantie pour la ou les entreprises qui, postérieurement à la date d'entrée en vigueur de l'accord du 3 décembre 1992, alors même qu'elles étaient adhérentes du régime, ont cessé d'exister à la suite de :

- cessation d'activité, faillite ou redressement judiciaire ;
- fusion, absorption ou concentration, à condition que la nouvelle entreprise résultant de cette opération soit membre adhérent du régime.

Le cadre qui a pris sa retraite entre la date d'entrée en vigueur l'accord du 3 décembre 1992 et le 31 décembre 1994 bénéficie de la même garantie, à condition que l'entreprise qu'il quitte pour prendre sa retraite adhère au régime de prévoyance professionnel lors de son départ, et aussi longtemps que cette entreprise continuera à adhérer audit régime.

Si, ultérieurement, cette entreprise cesse d'adhérer au régime de prévoyance professionnel, le retraité pourra, néanmoins, continuer à bénéficier d'une garantie proportionnelle au nombre d'années qu'il aura passées dans une ou plusieurs autres entreprises adhérentes du régime et tant qu'elles le resteront.

Le cadre qui a pris sa retraite entre la date d'entrée en vigueur de l'accord du 3 décembre 1992 et le 31 décembre 1994, après une période de préretraite, bénéficie de la même garantie et dans les mêmes conditions que celui visé au paragraphe ci-dessus, à condition que la dernière entreprise qui l'a employé ait été adhérente du régime de prévoyance professionnel lors de son départ en préretraite et le soit toujours au moment où il prend sa retraite.

Les prestations versées à ce titre sont prélevées sur la réserve de couverture des anciens salariés. Ces prestations sont déterminées à partir des garanties prévues à l'article 7 de l'annexe I.

En tout état de cause, le comité paritaire de gestion peut proposer une modification des dispositions qui précèdent dans le cas où l'équilibre du régime le justifierait.

C.2. – Dispositions transitoires. – Cadres retraités bénéficiant du RSO

Bénéficieront du régime supplémentaire optionnel au titre de l'assurance maladie – chirurgie prévue à l'annexe 1 :

- les retraités bénéficiaires au 31 décembre 1992 du régime supplémentaire facultatif prévu par le contrat du 21 juin 1989 souscrit auprès d'ALLIANZ (anciennement AGF) ;
- les futurs retraités bénéficiaires du présent article lorsqu'ils en bénéficiaient avant de prendre leur retraite.

Les prestations versées à ce titre seront prélevées sur la réserve de couverture des anciens salariés. Ces prestations seront déterminées à partir des garanties prévues à l'article 13 de l'annexe I.

II. – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1^{er}

Obligations minimales conventionnelles. – Champ d'application

1.1. Obligations des entreprises

Toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective sont tenues :

- d'offrir à l'ensemble de leurs salariés les garanties collectives prévues par le présent accord (« obligations minimales conventionnelles ») au titre des risques maladie-chirurgie-maternité et décès-incapacité-invalidité en termes de nature et de prestations garanties (la comparaison s'effectue acte par acte en maladie-chirurgie-maternité, garantie par garantie en décès-incapacité-invalidité) ;
- de respecter la répartition des cotisations employeur/salarié et d'appliquer des taux de cotisations au moins égaux aux taux de cotisations relatifs aux obligations minimales conventionnelles prévues à l'article 8.1 de l'annexe I de l'accord en fonction de la catégorie de personnel bénéficiaire (cadres et non cadres), afin de consacrer à la protection sociale prévoyance et santé de leurs salariés un budget au moins équivalent à celui défini par l'accord pour les obligations minimales conventionnelles,

et ne peuvent en aucun cas y déroger dans un sens moins favorable.

Le régime de prévoyance institué par le présent accord prévoyant en outre des droits non contributifs déclinant un degré élevé de solidarité, les entreprises, qu'elles soient ou non adhérentes à l'organisme recommandé par la branche, visé à l'article 2, sont donc soumises à cette obligation conventionnelle et devront être en mesure de prévoir le financement des actions de haut degré de solidarité prévu à l'annexe II.

Ces obligations s'appliquent également aux entreprises nouvellement créées, qu'il s'agisse d'exploitations individuelles ou de sociétés organisant une activité nouvelle ou de celles poursuivant l'activité d'une entreprise ayant subi l'une des opérations telle que la création d'une société qui résulte de l'éclatement des activités d'une autre entreprise et dont l'activité entre dans le champ d'application de la convention collective.

Les employeurs de salariés relevant du régime général de sécurité sociale française sans établissement en France sont également tenus d'apporter à leurs salariés relevant du régime général de sécurité sociale française les garanties collectives prévues par le présent accord.

Ces entreprises sans établissement en France, devront, pour rejoindre le régime :

- relever du champ d'application de la convention collective nationale et l'appliquer ;
- être immatriculées auprès de l'INSEE et fournir un numéro d'identification national (numéro SIRET) ;
- fournir les documents justifiant que les salariés concernés en question sont affiliés à l'URSSAF ;
- fournir la convention de représentation en France de l'entreprise étrangère ou indiquer la personne morale responsable du paiement des cotisations.

Par ailleurs les parties signataires soulignent que ce régime de prévoyance obligatoire et indivisible couvre l'ensemble des salariés quelles que soient les catégories de salariés établies, à partir de critères objectifs tels que l'appartenance aux catégories socioprofessionnelles.

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.

En cas de changement d'assureur(s) et conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, il appartient à toute entreprise d'organiser la poursuite de la revalorisation future des prestations en espèces résultant du décès, de l'incapacité de travail temporaire ou permanente ainsi que le maintien des garanties conventionnelles décès prévues pour les bénéficiaires de prestations en espèces d'incapacité permanente ou temporaire et la portabilité des droits visés à l'article 8.1 pour tous les anciens salariés de l'entreprise qui bénéficient de la portabilité à la date d'effet de la résiliation.

1.2. Bénéficiaires du régime de prévoyance

Est réputé bénéficiaire du présent régime de prévoyance, à titre obligatoire, tout salarié cadre ou non cadre et personne assimilée au sens des articles L. 311-3-11 et L. 311-3-12 du code de la sécurité sociale, y compris les VRP, sous réserve de l'application de l'article 7 de la convention collective nationale des cadres de 1947, présents à l'effectif d'une entreprise entrant dans le champ d'application de l'accord relatif au régime conventionnel de prévoyance du 3 décembre 1992. Le terme de bénéficiaire s'applique à toutes les dispositions du présent accord et de ses avenants.

Est réputé cadre et assimilé cadre de la fabrication et du commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire, le salarié bénéficiant des articles 4, 4 *bis* ou 36 de la convention collective nationale des cadres du 14 mars 1947 (ci-après « cadres »).

Est réputé non cadre et non assimilé cadre de la fabrication et du commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire, le salarié ne bénéficiant pas des articles 4, 4 *bis* ou 36 de la convention collective nationale des cadres du 14 mars 1947 (ci-après « non cadres »).

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.

L'annexe I précise en outre, au titre du régime maladie-chirurgie-maternité des salariés, les ayants droit affiliés à titre obligatoire et les conditions dans lesquelles, sous réserve de formaliser leur adhésion par écrit, certaines personnes peuvent également à titre facultatif, adhérer au régime maladie-chirurgie-maternité des salariés, en contrepartie d'une cotisation spécifique et sans participation financière de l'employeur.

Article 2

Mutualisation des risques dans le cadre du régime professionnel conventionnel

Afin que soit assurée la mutualisation des risques permettant de réaliser la solidarité civile, objectif du présent accord, les parties signataires ont souhaité recommander un organisme assureur chargé de l'assurance et de la gestion du régime professionnel conventionnel (ci-après RPC) auquel peuvent adhérer toutes les entreprises entrant dans le champ de la convention collective.

2.1. Organisme assureur recommandé

À l'issue d'un appel d'offres répondant à l'ensemble des critères définis par l'article L. 912-1, II du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux ont choisi de recommander, l'APGIS, institution de prévoyance, régie par les articles L. 931-1 et suivants du code de la sécurité sociale pour assurer la couverture complémentaire maladie-chirurgie-maternité et prévoyance couvrant les risques décès – invalidité – incapacité des salariés définie par le présent accord et la gestion administrative du fonds sur le haut degré de solidarité.

Cette recommandation a notamment pour objet :

- de donner l'assurance que la couverture proposée par l'organisme recommandé est bien conforme aux garanties et cotisations minimales visées à l'article 1^{er} du présent accord, qu'elle profite de conditions économiques avantageuses dans le cadre d'une solidarité et une mutualisation professionnelle de branche ;
- de faire bénéficier les salariés et anciens salariés des entreprises adhérentes à l'organisme assureur recommandé des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité à travers notamment le financement de prestations d'actions sociales ;
- et de garantir, dans des conditions privilégiées définies dans l'annexe III, le maintien des garanties santé au profit des anciens salariés, se trouvant dans l'un des cas énumérés au 1^o du premier alinéa de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Cette recommandation prend effet à compter du 1^{er} janvier 2017 et pour une durée maximale de 5 ans.

Les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord.

Les partenaires sociaux pourront notamment s'appuyer sur le rapport technique présenté par le (ou les) actuaire(s) conseil(s) auquel (auxquels) le comité paritaire de gestion fait appel pour l'assister.

Les signataires du présent accord gardent la possibilité de demander au comité paritaire de gestion de réexaminer chaque année les modalités d'organisation et de gestion de la mutualisation des risques décès-incapacité-invalidité, et maladie-chirurgie-maternité.

Les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective n'ont pas l'obligation de contracter auprès de l'organisme assureur recommandé mais elles y sont invitées par les partenaires sociaux de la branche afin de garantir la mutualisation du présent régime.

2.2. Modalités d'adhésion de l'entreprise au régime professionnel conventionnel (RPC)

Toutes les entreprises entrant dans le champ de la convention collective peuvent demander à adhérer, pour l'assurance et la gestion des garanties obligatoires prévues par le présent accord, au RPC décès-incapacité-invalidité – maladie-chirurgie-maternité assuré par l'organisme recommandé à l'article 2.1 ci-dessus pour l'ensemble de leurs salariés.

L'adhésion est réalisée pour l'ensemble des risques (décès-incapacité-invalidité-maladie-chirurgie-maternité) et pour l'ensemble des catégories de personnel (cadres et non-cadres).

L'adhésion au RPC décès-incapacité-invalidité-maladie-chirurgie-maternité au 1^{er} janvier 2017 est automatique pour toutes les entreprises qui étaient adhérentes au 31 décembre 2016 au régime professionnel conventionnel mis en œuvre par l'accord du 3 décembre 1992, sauf avis contraire des entreprises concernées comme indiqué au 2.3 ci-après.

Dans les autres cas, l'adhésion des entreprises au RPC auprès de l'assureur recommandé visé à l'article 2.1 du présent accord devra être entérinée par le comité paritaire de gestion, qui, pour prendre sa décision, pourra demander tous types de renseignements, relatifs aux entreprises concernées, qu'il jugera nécessaires pour vérifier que l'entreprise appartient au champ d'application du présent accord.

Le rejet de la demande d'adhésion d'une entreprise par le comité paritaire de gestion est lié au fait que l'entreprise ne relève pas du champ d'application du présent accord ou qu'elle ne respecte pas toutes les dispositions et exigences du présent accord.

Le comité paritaire de gestion pourra définir des conditions d'affiliation spécifiques pour les entreprises dont l'entrée dans le régime est subordonnée à la reprise d'engagements antérieurs.

Pour compléter les garanties minimales collectives obligatoires prévues par le RPC, les entreprises peuvent faire bénéficier leurs salariés à titre obligatoire du régime supplémentaire optionnel (RSO) défini à l'annexe I du présent accord moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire, ou souscrire des garanties ou services complémentaires notamment auprès de l'organisme recommandé visé à l'article 2.1 du présent accord.

2.3. Modalités et conséquences de la résiliation de l'entreprise au régime professionnel conventionnel (RPC)

Chaque entreprise peut résilier, pour l'ensemble de ses salariés, son adhésion au RPC assuré par l'organisme recommandé visé à l'article 2.1 ci-dessus en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme recommandé avant le 31 octobre de l'exercice précédent la date d'effet de la résiliation envisagée. Les partenaires sociaux de la branche ont souhaité, afin d'assurer une réelle solidarité professionnelle en matière de protection sociale au sein de la branche et mutualiser les risques en termes de tarification et de garanties, rendre indissociable l'adhésion des entreprises aux deux risques frais de santé et prévoyance auprès de l'assureur recommandé visé à l'article 2 ; la résiliation d'un des deux risques entraînant la résiliation de l'autre.

Si l'entreprise entre toujours dans le champ de la convention collective nationale de la fabrication et le commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire, elle reste tenue d'apporter à son personnel l'ensemble des garanties collectives du régime professionnel conventionnel prévu par le présent accord en application de l'article 30 des dispositions générales de la convention collective.

En pareil cas, l'entreprise organise :

- d'une part, en vertu de l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, la poursuite de la revalorisation future des rentes et des prestations en espèces dues en cas de décès, de l'incapacité de travail ou de l'invalidité, sur des bases au moins équivalentes à celles résultant du présent accord, ainsi que le maintien des garanties conventionnelles décès prévues pour les bénéficiaires de rentes et de prestations en espèces pour les incapacités de travail ou l'invalidité lorsque ces garanties ne sont pas maintenues au titre des contrats souscrits auprès de l'organisme visés à l'article 2.1 ci-dessus ;
- d'autre part, le maintien des garanties servies par l'organisme visé à l'article 2.1 ci-dessus en application du présent accord, spécialement de son article 8.1.

Une société quittant le RPC pourra, en concertation avec l'organisme assureur visé à l'article 2.1 ci-dessus et avec l'accord du comité paritaire de gestion, organiser la poursuite des prestations visées aux deux alinéas précédents, notamment par le versement d'une contribution spécifique.

Les anciens salariés de l'entreprise concernée qui ont adhéré au régime des anciens salariés avant la date à laquelle l'entreprise a quitté le RPC peuvent continuer de bénéficier du régime des anciens salariés.

En revanche, les anciens salariés et salariées de l'entreprise concernée qui n'ont pas adhéré au régime des anciens salariés, avant la prise d'effet de la résiliation de l'entreprise au régime professionnel conventionnel ne peuvent pas bénéficier du régime frais de santé des anciens salariés.

En aucun cas une entreprise qui résilie son adhésion au RPC ne pourra demander un transfert de provisions ou de réserves du régime des actifs comme du régime des anciens salariés.

Article 3

Comité paritaire de gestion

Un règlement intérieur, annexé au présent accord, détermine la composition, les règles de fonctionnement et le contenu des missions du comité paritaire de gestion, créée en application de l'article 30 des dispositions générales de la convention collective.

Article 4

Prestations

Le régime de prévoyance est conçu pour assurer aux bénéficiaires différentes garanties sociales à savoir :

1. Des prestations en cas de décès du salarié : celles-ci sont proportionnelles au salaire ayant servi de base à la cotisation de l'intéressé et tiennent compte de ses charges de famille ;
2. Des indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail ou de maladie de longue durée. Elles sont destinées à compléter les prestations du régime général de sécurité sociale pendant la durée de l'arrêt, dans les conditions prévues par les articles relatifs aux maladies et aux accidents des différents avenants de la convention collective nationale du 1^{er} juin 1989 modifié et par l'article 6 de l'annexe I du présent accord ;
3. Des rentes d'invalidité en cas d'incapacité permanente de travail. Elles sont également destinées à compléter les rentes du régime général de sécurité sociale pendant toute la durée de l'invalidité ;
4. Des prestations en nature, à l'occasion des maladies du salarié, de son conjoint à charge et des personnes à charge, dans la limite des frais réellement engagés ; des prestations en nature à l'occasion de la maternité ;
5. Des prestations à caractère non directement contributif financées grâce au dispositif sur le haut degré de solidarité décrit à l'annexe II.

L'annexe I du présent accord définit le niveau des différentes prestations visées au 1 à 4 ci-dessus pour l'ensemble du personnel, cadres et non-cadres. L'annexe II définit les actions sur le haut degré de solidarité visées au 5 ci-dessus pour l'ensemble du personnel, cadres et non-cadres.

Article 5

Cotisations

Le régime de prévoyance est alimenté par des cotisations assises sur le salaire brut des salariés. Elles sont versées par l'employeur, une quote-part étant prélevée sur la paie mensuelle de chaque salarié.

Les taux de cotisations et la répartition entre l'employeur et le salarié de cette cotisation font l'objet, dans l'annexe I, de dispositions propres à chacune des deux catégories de bénéficiaires en contrepartie du niveau des prestations garanties. En raison du caractère conventionnel du régime, ces cotisations ne doivent supporter aucun prélèvement au titre de commissions d'apport ou de courtage, les entreprises pouvant majorer les cotisations pour rétribuer les intermédiaires d'assurance sous réserve que le surplus de cotisation soit pris en charge par l'entreprise.

Article 6

Rapport annuel sur les résultats

Pour chaque exercice civil, l'organisme assureur recommandé, visé à l'article 2.1, établit un rapport sur les résultats d'ensemble du régime des actifs, correspondant donc aux activités consolidées de toutes les sociétés adhérentes au RPC et au RSO dans le cadre du présent accord en distinguant les risques décès-incapacité-invalidité d'une part et maladie-chirurgie-maternité d'autre part. Compte tenu de la mutualisation professionnelle organisée par le régime professionnel conventionnel, il ne sera pas établi de résultat par entreprise.

L'organisme assureur recommandé établit également un rapport distinct sur les résultats du régime des anciens salariés ainsi qu'un rapport sur le haut degré de solidarité.

Ces rapports sont établis conformément aux dispositions légales et réglementaires et au protocole technique signé par les partenaires sociaux et l'organisme recommandé et réunis dans un rapport global sur les comptes de résultat.

Ce rapport global présente ainsi les éléments suivants :

1. Comptes du risque décès-incapacité-invalidité :

- comptes décès-incapacité- invalidité pour les cadres en distinguant les résultats du RPC d'une part et du RSO d'autre part et la somme RPC + RSO ;
- comptes décès-incapacité-invalidité pour les non-cadres en distinguant les résultats du RPC d'une part et du RSO d'autre part et la somme RPC + RSO ;
- les provisions et réserves du risque décès-incapacité-invalidité.

2. Comptes du risque maladie-chirurgie-maternité des actifs :

- comptes maladie-chirurgie-maternité pour les cadres en distinguant les résultats du RPC d'une part et du RSO d'autre part et la somme RPC + RSO ;
- comptes maladie-chirurgie-maternité pour les non-cadres en distinguant les résultats du RPC d'une part et du RSO d'autre part et la somme RPC + RSO ;
- les provisions et réserves du risque maladie-chirurgie-maternité des actifs.

3. Comptes du régime maladie-chirurgie-maternité des anciens salariés :

- comptes maladie-chirurgie-maternité des anciens salariés en distinguant les résultats du RPC d'une part et du RSO d'autre part et la somme RPC + RSO ;
- les provisions et réserves du risque maladie-chirurgie-maternité des anciens salariés.

4. Rapport sur le haut degré de solidarité

Ce rapport global comporte, conformément à l'arrêté du 17 avril 2012, l'indication des frais de gestion contractuels afférents à la présente convention.

Il est adressé aux organisations syndicales patronales et aux organisations syndicales de salariés signataires du présent accord, dans les 2 mois après l'approbation des comptes par le comité paritaire de gestion et au plus tard le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré. Il est, à la même date, adressé à la direction de chaque entreprise adhérente.

Au plus tard au cours du mois de septembre, l'employeur communique un exemplaire de ce rapport au comité d'entreprise (à défaut, aux délégués du personnel), aux délégués syndicaux et, s'il y a lieu, au comité central d'entreprise, accompagné éventuellement des observations de la direction.

Les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective de la fabrication et du commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire, mais qui ont confié l'assurance de leur régime frais de santé et de prévoyance à un autre organisme que celui visé à l'article 2.1, doivent, dans les mêmes conditions et aux mêmes époques, communiquer le rapport correspondant à leurs résultats propres sur les risques décès-incapacité-invalidité, maladie-chirurgie-maternité, à leur comité d'entreprise (à défaut, aux délégués du personnel), aux délégués syndicaux, s'il y a lieu, au comité central d'entreprise.

Article 7

Information des salariés

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

Une nouvelle notice, rectifiée en conséquence, est remise à l'occasion de toute modification du régime. Toutefois, s'il s'agit de modifications entraînant des rectifications matérielles peu importantes dans la notice, l'information pourra être faite par une fiche rectificative destinée à compléter ou mettre à jour la notice existante. Cette information devra être transmise à tous les salariés.

Le contenu de la notice ou de ses mises à jour est établi par l'organisme assureur sous sa responsabilité.

Un exemplaire modèle sera adressé par l'organisme assureur recommandé visé à l'article 2.1 à chacun des signataires du présent accord, ainsi qu'aux membres du comité paritaire de gestion.

L'organisme assureur adresse un nombre suffisant d'exemplaires à la direction de chaque entreprise, à charge pour elle et sous sa responsabilité de les diffuser au comité d'entreprise (à défaut aux délégués du personnel), s'il y a lieu, au comité central d'entreprise, et, en tout état de cause, à chaque membre du personnel, dans les conditions visées ci-dessus.

Article 8

Maintien de droits

8.1. Portabilité des droits en matière de santé et de prévoyance : maintien des garanties en cas de chômage

En vertu de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale il est appliqué un dispositif de portabilité des droits santé et prévoyance. À ce titre, bénéficient gratuitement des garanties maladie-chirurgie-maternité et décès-invalidité-incapacité du présent régime appliquées dans leur ancienne entreprise, pendant leur période de chômage et pour une durée égale à la durée de leur dernier contrat de travail, ou le cas échéant de leurs derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois :

- le salarié licencié, sauf faute lourde, effectivement inscrit comme demandeur d'emploi au Pôle emploi ;
- en cas de faute lourde, le salarié pourra adhérer au régime des anciens salariés. En cas de requalification de la faute lourde par une décision de justice définitive, le salarié pourra obtenir le remboursement des cotisations afférentes à la durée de la portabilité qu'il a versé pour sa couverture remboursement des frais de soins de santé ;
- le salarié démissionnaire, en cas de démission considérée comme « légitime » au regard de la convention d'assurance chômage, dès lors que le salarié est effectivement inscrit comme demandeur d'emploi au Pôle emploi et justifie d'une indemnisation même différée de l'assurance chômage ;
- le salarié dont le contrat de travail a été rompu d'un commun accord par suite de son adhésion à une convention de sécurisation professionnelle, ou toute autre rupture ouvrant droit à l'assurance chômage en application des dispositions légales réglementaires ou conventionnelles en vigueur à la date d'application du présent accord ;
- le salarié qui licencié, en arrêt de travail pour maladie à la date de la rupture de son contrat de travail, justifie avant la fin de la période susvisée, au 1^{er} alinéa ci-dessus, pouvant aller jusqu'à 12 mois, d'une période de chômage avec inscription comme demandeur d'emploi au Pôle emploi ;
- le salarié dont la rupture conventionnelle a été homologuée ;
- le salarié au terme de son contrat de travail à durée déterminée.

Par dérogation, il sera tenu compte de l'ancienneté du salarié au sein d'une ou plusieurs entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, si ce dernier a moins de 12 mois d'ancienneté chez le même employeur, sous réserve que les deux contrats de travail au sein de la branche aient été consécutifs chez un ou plusieurs employeurs de la branche et que l'assureur soit le même chez les employeurs concernés.

Deux contrats de travail sont considérés comme consécutifs lorsque la durée entre ces derniers dans la même entreprise ou au sein de la branche n'excède pas 31 jours calendaires.

La durée entre les deux contrats est toutefois décomptée du droit à maintien au titre de la portabilité.

L'employeur mentionne dans le certificat de travail une information sur les droits du salarié au titre de la portabilité des garanties.

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

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

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

Le maintien des garanties maladie-chirurgie-maternité est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement de ces garanties à la date de la cessation du contrat de travail du salarié.

L'entreprise adhérente qui est amenée à résilier son adhésion à l'organisme assureur recommandé visé à l'article 2.1 doit organiser le maintien des garanties prévues au présent article.

Lorsqu'une entreprise est en situation de liquidation judiciaire, le présent régime s'adaptera aux engagements qui seront pris en application de l'article 4 de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

8.2. Maintien art. 4 loi « Évin »

Tout salarié 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 par l'organisme assureur dans les 2 mois qui suivent la date de cessation de son contrat de travail ou de la fin du maintien des garanties prévu par l'article 8.1 du présent accord, de la possibilité dans laquelle il se trouve de pouvoir bénéficier d'un régime frais de santé des anciens salariés et des conditions tarifaires du contrat qu'il pourra conclure dans le cadre du présent régime, 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 8.1 du présent accord au titre de la portabilité des droits santé.

Les ayants droit d'un salarié décédé seront informés de la même manière du droit qui leur est offert de pouvoir bénéficier du même régime, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent le décès.

Il revient à l'employeur de communiquer à l'organisme assureur le nom des salariés concernés, au plus tard dans le mois de la cessation du contrat de travail ou du décès du salarié.

Article 9

Annexes

Les conditions particulières d'application du présent régime de prévoyance font l'objet des quatre annexes jointes, faisant partie intégrante du présent accord :

- annexe I « Régime de prévoyance décès-incapacité. – Invalidité. – Maladie-chirurgie-maternité » ;
- annexe II « Actions de haut degré de solidarité » ;
- annexe III « Garanties et cotisations des retraités, anciens salariés et ayants droit désignés par l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 » ;
- annexe IV « Règlement intérieur du comité paritaire de gestion du régime de prévoyance ».

Article 10

Date d'entrée en vigueur

Les dispositions du présent accord entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Article 11

Durée. – Dénonciation. – Révision

Le présent accord est conclu pour une durée déterminée de 1 an allant du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017. Il se renouvellera ensuite tacitement, par périodes annuelles successives, sauf s'il est dénoncé par l'une des parties 3 mois au moins avant son échéance.

Conformément aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail, les partenaires sociaux ont la faculté de le réviser par avenant.

Sont habilitées à engager la procédure de révision d'un accord de branche :

1. Jusqu'à la fin du cycle électoral au cours duquel la convention ou l'accord est conclu :

- a) Une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ d'application de la convention ou de l'accord et signataires ou adhérentes de la convention ou de l'accord ;
- b) Une ou plusieurs organisations professionnelles d'employeurs signataires ou adhérentes. Si la convention ou l'accord est étendu, ces organisations doivent être en outre représentatives dans le champ d'application de la convention ou de l'accord.

2. À l'issue de ce cycle :

- a) Une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ d'application de la convention ou de l'accord ;

b) Une ou plusieurs organisations professionnelles d'employeurs de la branche. Si la convention ou l'accord est étendu, ces organisations doivent être représentatives dans le champ d'application de la convention ou de l'accord.

La demande de révision doit être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception aux autres signataires.

La commission paritaire se réunit alors dans un délai de 3 mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

En cas de non-remplacement de l'accord :

- les salariés ou anciens salariés bénéficiaires d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité ont droit au maintien des prestations dont ils bénéficiaient, au niveau atteint en euro à la date de cessation définitive des effets de l'accord dénoncé. Les parties signataires représentatives du présent accord décideront des modalités techniques de la poursuite d'une revalorisation future de ces prestations ;
- les salariés, ou anciens salariés, en arrêt de travail par suite d'une maladie ou d'un accident survenu avant la date de cessation définitive des effets de l'accord dénoncé, mais se trouvant à cette date dans la période de carence, bénéficieront, à l'expiration de celle-ci, des indemnités journalières ou de la rente d'invalidité de l'accord collectif dénoncé. Les parties signataires représentatives du présent accord décideront des modalités techniques de la poursuite d'une revalorisation future de ces prestations ;
- les garanties décès des assurés visés au paragraphe précédent, sont maintenues sur la base des garanties prévue à l'annexe I du présent accord, au niveau atteint en euro à la date de cessation d'effet de l'accord dénoncé. Les parties signataires représentatives du présent accord décideront des modalités techniques de la poursuite d'une revalorisation future de ces prestations ;
- les ayants droit des assurés décédés et ceux des assurés classés parmi les invalides 2^e ou 3^e catégorie définie à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale qui bénéficiaient d'une rente éducation dans les conditions de l'accord collectif en vigueur à la date de survenance du sinistre, continuent à bénéficier de cette rente dans les conditions prévues par le contrat d'assurance. Les parties signataires représentatives du présent accord décideront des modalités techniques de la poursuite d'une revalorisation future de ces prestations.

Le présent accord est soumis aux dispositions légales et réglementaires en vigueur concernant les modalités de dénonciation.

Article 12

Dépôt

Conformément aux dispositions des articles L. 2231-7, D.2231-2 et D. 2231-3 du code du travail, le présent accord sera déposé auprès de la direction des relations du travail du ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social.

Article 13

Extension

Les dispositions du présent accord feront l'objet d'une demande d'extension au ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, dans les plus brefs délais.

Fait à Paris, le 14 décembre 2016.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

RÉGIME DE PRÉVOYANCE DÉCÈS-INCAPACITÉ-INVALIDITÉ - MALADIE-CHIRURGIE-MATERNITÉ

PARTIE PREMIÈRE OBLIGATIONS MINIMALES CONVENTIONNELLES. – RÉGIME PROFESSIONNEL CONVENTIONNEL (RPC)

Pour être en conformité avec les obligations minimales conventionnelles prévues par le présent accord, les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective peuvent adhérer au régime professionnel conventionnel (RPC décès-incapacité-invalidité-maladie-chirurgie-maternité) assuré par l'organisme recommandé visé à l'article 2.1 du présent accord.

Article 1^{er}

Assiette des garanties

Les garanties décès et invalidité-incapacité ont pour assiette les salaires ayant servi de base au calcul de la cotisation du salarié et varient en fonction de sa situation de famille.

Le salaire servant de base au calcul des règlements à effectuer à la suite du décès ou de l'arrêt de travail d'un salarié, est fixé à la somme des salaires limités aux tranches « TA » et « TB » perçus par l'intéressé au cours des 12 derniers mois calendaires de pleine activité précédant celui au cours duquel s'est produit le décès ou l'arrêt de travail.

La tranche « TA » de salaire est la partie du salaire limitée au plafond du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période. La tranche « TB » est la partie de salaire comprise entre le plafond de la tranche « TA » et quatre fois ce même plafond.

Lorsqu'un sinistre survient moins de 1 an après l'admission d'un salarié au bénéfice du contrat, ou si pendant cette période son salaire a été réduit ou supprimé pour cause de maladie ou d'accident, son salaire annuel est reconstitué prorata temporis sur la base des périodes au cours desquelles il a bénéficié d'un salaire plein.

S'il s'est écoulé plus de 6 mois entre la fin du dernier mois de pleine activité et la date d'exigibilité de la première prestation, le salaire de base est revalorisé, sur la base de l'indice de revalorisation visé à l'article 6.3 ci-après.

Article 2

Assiette des cotisations

Les cotisations sont calculées sur le salaire brut (servant de base à la déclaration annuelle des salaires transmise à l'administration fiscale), limité au plafond annuel de la tranche « TB ». Toutefois, sont exclus du salaire soumis à cotisation :

- la prime de transport de la région parisienne ;
- les remboursements de frais de toute nature ;
- les indemnités de licenciement, de départ en retraite et de fin de carrière ;
- les indemnités de non-concurrence ;
- toute réintégration des cotisations de retraite ou de prévoyance intervenant dans le cadre de l'article 83 du code général des impôts ;
- les indemnités journalières versées par la sécurité sociale ;
- les indemnités journalières complémentaires versées en application du présent régime de prévoyance.

Article 3

Compte général de résultat et alimentation des fonds et réserves

Les règles concernant l'établissement des comptes et l'alimentation des fonds et réserves suivants sont fixées dans les contrats et protocoles techniques signés avec l'organisme assureur recommandé visé à l'article 2.1 du présent accord.

Les mécanismes prévus dans ces contrats et protocoles ont pour objet :

- de piloter et décider des modifications de cotisations et de prestations à apporter ;
- de permettre le contrôle de l'évolution de la charge du régime (compte de résultat) ;
- d'assurer la pérennité du régime par la constitution de provisions et réserves ;
- de contrôler et de financer les revalorisations ;
- de financer les différentes dispositions transitoires et les actions de solidarité prévues par le présent accord.

Article 4

Garanties en cas de décès du salarié

4.1. Garanties décès

L'assurance décès garantit, en cas de décès du salarié, 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 du salarié à charge jusqu'à leur vingtième anniversaire ou jusqu'à leur vingt-septième 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 le salarié. À défaut de choix d'une option par le salarié, ou si lors de son décès ou de son invalidité absolue et définitive le salarié 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 le salarié. La demande doit être faite par lettre recommandée, adressée par le salarié 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 le salarié 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.

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 du salarié 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.

a) Option 1 : capital décès

Le capital versé en cas de décès, exprimé en pourcentage du salaire annuel de base défini à l'article 1^{er} de la présente annexe, est déterminé comme suit :

(Voir tableau page suivante.)

(En pourcentage.)

	DÉCÈS par maladie	DÉCÈS par accident (*)
Célibataires, veufs, divorcés sans personne à charge	180	270
Mariés sans personne à charge	250	375
Célibataires, veufs, divorcés ou mariés ayant une personne à charge	310	465
Majoration par personne supplémentaire à charge	60	90
(*) En cas de décès accidentel survenant avant que le salarié 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.		

b) Option 2 : capital décès et rente éducation

Le capital et la rente éducation versés en cas de décès, exprimés en pourcentage du salaire annuel de base défini à l'article 2 de la présente annexe sont déterminés comme suit :

(En pourcentage.)

	DÉCÈS par maladie	DÉCÈS par accident (*)
Capital décès : Quelle que soit la situation de famille	180	270
Rente éducation : Chaque enfant à charge tel que défini à l'article 4.2 perçoit une rente dont le montant est indiqué ci-après :		
- jusqu'au dix-huitième anniversaire de l'enfant	12	12
- du dix-huitième au vingt-septième anniversaire, pour les enfants handicapés et dans les conditions de l'article 4.2	15	15
(*) En cas de décès accidentel survenant avant que le salarié 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		

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

Les prestations servies sont revalorisées au 1^{er} janvier de chaque année sur la base de l'indice de revalorisation visé à l'article 6.3 ci-après, la première revalorisation intervenant au plus tôt 6 mois à partir de la date du décès, dans les conditions fixées au contrat d'assurance.

4.2. Garantie « double effet »

Lorsque le veuf ou la veuve d'un salarié 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 le salarié ou adoptés par lui, il est versé aux intéressés un capital global égal à 100 p. 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 du salarié.

Le salaire de base pris en considération est égal à celui qui a servi de base de règlement lors du décès du salarié, revalorisé sur la base de l'indice de revalorisation visé à l'article 6.3 ci-après.

4.3. Définition 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 et du conjoint.

- à condition que le salarié ou son conjoint, en cas de divorce, de séparation de corps judiciairement constatée ou de rupture de PACS, en ait la garde ou, s'agissant d'enfants du salarié, que celui-ci participe à leur entretien par le service d'une pension alimentaire ;
- de moins de 18 ans ;

- de 18 à 27 ans, s'ils poursuivent des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ou suivent une formation professionnelle 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 du salarié 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 du salarié.

Le conjoint est l'époux ou l'épouse du salarié non divorcé, ni séparé de corps judiciairement ou à défaut le partenaire lié par un pacte civil de solidarité « Pacs » au salarié.

Article 5

Allocations en cas de prédécès du conjoint du salarié ou de prédécès d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge

En cas de décès du conjoint, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge du salarié, le montant des allocations est fixé comme suit :

- décès du conjoint : 20 % du salaire annuel de base défini à l'article 1 de la présente annexe, plus 10 % par enfant et ascendant à charge ;
- décès d'un enfant à charge : 20 % d'un salaire égal à un plafond annuel de la sécurité sociale ;
- décès d'un ascendant à charge : 20 % d'un salaire égal à un plafond annuel de la sécurité sociale.

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

Garanties en cas d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité permanente

6.1. Incapacité temporaire complète de travail maladie longue durée

6.1.1. Lorsque le salarié se trouve en état d'incapacité temporaire complète de travail, ne relevant pas de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, constaté par le médecin traitant et donnant lieu au versement d'indemnités journalières de la sécurité sociale, le régime de prévoyance lui assure une indemnité journalière complémentaire, calculée en pourcentage de la 365^e partie du salaire de base annuel ayant donné lieu à cotisation, à raison de :

- 30 % du salaire limité au plafond de la sécurité sociale et 90 % du salaire supérieur à ce plafond à compter du 16^e jour d'arrêt pour les salariés ayant moins de 1 an de présence dans l'entreprise à la date du début de l'arrêt maladie ;
- 30 % du salaire limité au plafond de la sécurité sociale et 90 % du salaire supérieur à ce plafond à compter du 31^e jour d'arrêt pour les salariés ayant au moins 1 an de présence dans l'entreprise à la date du début de l'arrêt maladie.

6.1.2. Lorsque l'incapacité temporaire de travail relève de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'indemnité journalière est versée au 1^{er} jour d'arrêt en fonction des mêmes critères que ci-dessus, mais son montant est calculé, dans tous les cas, à raison de 90 % du salaire de base de l'intéressé ayant donné lieu à cotisation, sous déduction des indemnités journalières versées par la sécurité sociale.

6.1.3. Si plusieurs arrêts de travail interviennent au cours d'une même année civile, la franchise déterminant le point de départ du versement des indemnités journalières est décomptée sur le cumul des arrêts successifs intervenus depuis le début de cette année. Lorsque la disposition ci-des-

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

Dans le cas d'une absence continue chevauchant 2 années civiles, la franchise applicable à la seconde année est décomptée à partir du 1^{er} janvier de la seconde année. Toutefois, si la franchise a été atteinte avant le 31 décembre de la 1^{re} année, le régime poursuit son intervention jusqu'à la fin de l'arrêt concerné.

6.1.4. Lorsque le salarié reprend le travail à temps partiel, le régime de prévoyance peut poursuivre son indemnisation à condition que la sécurité sociale maintienne le versement de sa propre indemnité.

6.1.5. Les arrêts de travail pour congé de maternité sont exclus de l'assurance incapacité.

6.1.6. Les arrêts de travail pour cure thermique acceptée par le régime obligatoire d'assurance maladie sont pris en considération pour le paiement des indemnités journalières. Il est cependant expressément convenu que les périodes d'arrêt de travail correspondantes doivent se situer au-delà de la période de franchise appliquée pour la détermination des droits des salariés.

6.1.7. En tout état de cause, le total des sommes perçues par le salarié en application de la convention collective, du règlement du régime obligatoire d'assurance maladie et du régime complémentaire de prévoyance au titre de l'incapacité complète temporaire de travail ne peut, en aucun cas, excéder le salaire net qu'il aurait perçu s'il avait travaillé.

6.2. Invalidité permanente

Le salarié 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.

Toutefois, dans le cas où, dans le régime obligatoire d'assurance maladie, l'âge limite de versement d'une pension d'invalidité serait modifié, les signataires du présent accord devront se réunir, dans le délai de 1 mois à partir de la date d'entrée en vigueur de cette modification, pour étudier une adaptation de l'alinéa ci-dessus.

6.2.1. Le salarié en état d'incapacité totale et percevant du régime obligatoire d'assurance maladie une pension d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie, au titre de la législation générale, reçoit du régime de prévoyance une rente annuelle dont le montant est calculé en pourcentage du salaire annuel de base ayant donné lieu à cotisation à raison de : 30 % du salaire limité au plafond de la sécurité sociale et 90 % du salaire supérieur à ce plafond.

6.2.2. Lorsque le salarié est en état d'invalidité totale et perçoit du régime obligatoire d'assurance maladie une rente supérieure à 50 % de la rémunération prise en compte par le régime obligatoire d'assurance maladie au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, il reçoit du régime de prévoyance une rente de base calculée à raison de 90 % du salaire annuel total ayant donné lieu à cotisation sous déduction de la rente annuelle du régime obligatoire d'assurance maladie.

6.2.3. Le salarié en état d'invalidité partielle et percevant du régime obligatoire d'assurance maladie une pension d'invalidité de première catégorie au titre de la législation générale de la sécurité sociale, reçoit du régime de prévoyance une rente annuelle égale à celle prévue en cas d'invalidité totale réduite de 25 %.

6.2.4. Lorsque le salarié est en état d'invalidité partielle et perçoit du régime obligatoire d'assurance maladie, au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, une rente d'invalidité égale ou supérieure à 20 % mais inférieure à 50 % de la rémunération prise en considération par le régime obligatoire d'assurance maladie, une rente annuelle est calculée comme

dans le cas d'invalidité totale et le résultat ainsi obtenu est réduit dans le rapport existant entre le taux de la rente servie par le régime obligatoire d'assurance maladie et le taux limite de 50 %. Lorsque ce résultat est supérieur au montant de la rente annuelle du régime obligatoire d'assurance maladie, le régime de prévoyance verse au salarié la différence.

6.3. Revalorisation

Les prestations servies sont revalorisées au 1^{er} janvier de chaque année sur la base de l'indice de revalorisation fixé chaque année sur décision du comité paritaire de gestion. L'indice de revalorisation est le même pour les cadres et les non-cadres. Il est indiqué chaque année dans le rapport global sur les comptes. La première revalorisation intervient au plus tôt 6 mois à partir de la date d'arrêt de l'intéressé dans les conditions fixées au contrat d'assurance.

Article 7

Prestations maladie. – Chirurgie. – Maternité

7.1. Bénéficiaires à titre obligatoire au titre de la même cotisation de l'assuré

Le régime garantit de façon obligatoire :

- le salarié défini à l'article 1.2 des dispositions générales du présent accord ;
- le conjoint ou concubin du salarié ou la personne liée par un Pacs au salarié dès lors qu'il ou elle est ayant droit au sens d'un régime obligatoire d'assurance maladie ou dans le cas contraire qu'il ou elle est en mesure de prouver l'absence d'activité professionnelle et l'absence de perception d'aucun revenu d'activité ou de remplacement (hors minima sociaux) par la fourniture du dernier avis d'imposition commune ;
- les enfants du salarié, à sa charge au sens d'un régime obligatoire d'assurance maladie, ainsi que les enfants de moins de 27 ans poursuivant leurs études et, s'ils ont plus de 20 ans, régulièrement inscrits au régime de la sécurité sociale des étudiants. Dans ce cas, les remboursements sont effectués sous déduction des prestations perçues de leur mutuelle d'étudiants ;
- les enfants à la charge du conjoint ou du concubin du salarié ou personne liée par un Pacs au salarié, au sens d'un régime obligatoire d'assurance maladie, dans le cas où ce conjoint ou concubin ou personne liée par un Pacs ne bénéficie pas pour eux d'un régime de prévoyance. S'il bénéficie d'un tel régime, la garantie n'intervient qu'après intervention de ce régime et pour un complément éventuel ;
- les enfants du salarié, de son conjoint ou concubin ou personne liée par un Pacs au salarié, inscrits sous leur propre numéro de sécurité sociale, sous contrat d'apprentissage, de qualification, d'orientation (y compris local) ou d'emploi-solidarité, s'ils ne bénéficient pas d'un régime complémentaire par ailleurs, s'ils ont moins de 27 ans ;
- les bénéficiaires de l'article 115 du code des pensions ;
- le conjoint ou concubin ou personne liée par un Pacs qui était à la charge du salarié, au sens d'un régime obligatoire d'assurance maladie, qui, du fait de la liquidation de ses droits à la retraite, n'est plus couvert un régime obligatoire d'assurance maladie au titre d'ayant droit du salarié.

7.2. Adhérents à titre facultatif

Peuvent également adhérer à titre facultatif au régime maladie-chirurgie-maternité des salariés, dans les conditions fixées par le contrat d'assurance, certaines personnes ci-après définies en contrepartie d'une cotisation spécifique et sans participation financière de l'employeur.

- les conjoints dits non à charge c'est-à-dire couverts en qualité d'assuré social à titre personnel et non d'ayants droit du salarié, par un régime obligatoire d'assurance maladie offrant des prestations en nature ;
- les salariés ayant leur contrat de travail suspendu, notamment dans le cadre de congé parental total, de congé sans solde, de congé sabbatique, et de congé individuel de formation ;

- les stagiaires (sous convention de stage) dès lors qu'ils bénéficient d'un régime obligatoire d'assurance maladie leur offrant des prestations en nature ;
- les enfants du salarié, de son conjoint, ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité (Pacs), dès lors qu'ils viennent de finir leurs études et qu'ils justifient d'être inscrits comme demandeurs d'emploi, même non indemnisés. Cette adhésion doit intervenir dans les 6 mois qui suivent le terme de leurs études. Cette adhésion est limitée à 24 mois même non consécutifs ;
- les enfants de l'enfant couvert par le régime au titre d'ayants droit d'un salarié.

7.3. Montant des prestations

À compter du 1^{er} janvier 2017, 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 à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale (option pratique tarifaire maîtrisée – OPTAM – ou option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique – OPTAM-CO ou contrat d'accès aux soins – CAS).

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 (art. L. 871-1 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. À 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 le régime obligatoire d'assurance maladie. Seules les garanties exprimées en euros ou en pourcentage du ticket modérateur s'entendent en complément des éventuels remboursements effectués par le régime obligatoire d'assurance maladie.

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

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Consultations, visites généraliste conventionnées et non conventionnées	OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 100 % de la base de remboursement sécurité sociale
	Hors OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 100 % de la base de remboursement sécurité sociale

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Consultations, visites spécialiste conventionnées et non conventionnées	OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 170 % de la base de remboursement sécurité sociale
	Hors OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 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	OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 370 % de la base de remboursement sécurité sociale
	Hors OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 200 % de la base de remboursement sécurité sociale
Radiologie conventionnée et non conventionnée	OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 180 % de la base de remboursement sécurité sociale
	Hors OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 160 % de la base de remboursement sécurité sociale
Dentaire	
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	Conventionnées et non conventionnées
Prothèses dentaires	400 % de la base de remboursement sécurité sociale
Orthodontie	298 % de la base de remboursement sécurité sociale
Implant dentaire	250 € par implant (limité à 2 implants par an et par bénéficiaire)
Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris la maternité)	
Frais de séjour	Conventionnés : 200 % de la base de remboursement sécurité sociale
	Non conventionnés : 150 % de la base de remboursement sécurité sociale

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Honoraires médicaux	OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 200 % de la base de remboursement sécurité sociale
	Hors OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 180 % de la base de remboursement sécurité sociale
Honoraires chirurgicaux conventionnés et non conventionnés	OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 400 % de la base de remboursement sécurité sociale
	Hors OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 200 % de la base de remboursement sécurité sociale
Chambre particulière	45 € 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	91,47 € 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 (1 monture et 2 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 (1 monture et 2 verres) par an
– verres hypercomplexes : 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 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	– adulte : 76,22 €
	– mineur : 48,78 €
Par verre simple	– adulte : 90 €
Par verre complexe	– adulte : 210 €
Par verre hypercomplexe	– adulte : 220 €
Par verre simple	– mineur : 60 €
Par verre complexe	– mineur : 100 €
Par verre hypercomplexe	– mineur : 140 €
Minimum du remboursement total par équipement	
Avec 2 verres simples	100 €

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
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.	

Article 8

Cotisations. – Dotations

8.1. Cotisations relatives aux obligations minimales conventionnelles – RPC

Les cotisations sont exprimées en pourcentage de l'assiette définie à l'article 2 de la présente annexe et définies en fonction de chacune des catégories dites « Cadres » et « Non-cadres » :

- sont réputés cadres et assimilés cadres de la fabrication et du commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire, les salariés bénéficiant des articles 4, 4 *bis* ou 36 de la convention collective nationale des cadres du 14 mars 1947 ;
- sont réputés non cadres et non assimilés cadres de la fabrication et du commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire, les salariés ne bénéficiant pas des articles 4, 4 *bis* ou 36 de la convention collective nationale des cadres du 14 mars 1947.

8.1.1. Cotisations RPC cadres

Les cotisations relatives aux obligations minimales conventionnelles s'élèvent toutes contributions sociales ou fiscales et taxes, financement du haut degré élevé de solidarité inclus pour les cadres à :

CADRES Régime professionnel conventionnel	GARANTIES décès-invalidité-incapacité	GARANTIES maladies-chirurgie – maternité
Obligations minimales conventionnelles	1,25 % sur les tranches « TA » et « TB » des salaires	1,47 % sur les tranches « TA » et « TB » des salaires avec un minimum de cotisation de 1 % d'un plafond de la sécurité sociale

Les cotisations des prestations maladie-chirurgie-maternité sont appelées à hauteur de 70 % pour les salariés bénéficiant du régime général de la sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

La répartition entre l'employeur et le salarié s'effectue comme suit :

- 1,50 % de la tranche « TA » est entièrement pris en charge par l'employeur avec une prise en charge affecté en priorité sur le risque décès-incapacité-invalidité, conformément aux dispositions de l'article 7 de la convention collective des cadres du 14 mars 1947 ;
- les cotisations additionnelles au titre du régime professionnel conventionnel sont prises en charge à raison de 50 % par l'employeur et de 50 % par le salarié.

Il en résulte la répartition suivante compte tenu des taux de cotisations appliqués pour chaque risque.

Salarié cadre relevant du régime général de la sécurité sociale

(En pourcentage.)

RÉGIME GÉNÉRAL SÉCURITÉ SOCIALE Cas général – cadre		EMPLOYEUR	SALARIÉ	TOTAL
Décès-incapacité-invalidité	TA	1,250	0,000	1,250
	TB	0,625	0,625	1,250

RÉGIME GÉNÉRAL SÉCURITÉ SOCIALE Cas général – cadre		EMPLOYEUR	SALARIÉ	TOTAL
Maladie-chirurgie-maternité	TA	0,860	0,610	1,470
	TB	0,735	0,735	1,470
Total	TA	2,110	0,610	2,720
	TB	1,360	1,360	2,720

En cas d'application de la cotisation minimum pour le risque maladie-chirurgie-maternité, la répartition est la suivante pour les cadres :

(En pourcentage.)

RÉGIME GÉNÉRAL SÉCURITÉ SOCIALE Cotisation minimum – cadre (si TA < PMSS)		EMPLOYEUR	SALARIÉ	TOTAL
Décès-incapacité-invalidité	TA	1,250	0,000	1,250
	TB	0,625	0,625	1,250
Maladie-chirurgie-maternité	TA	0,625	0,375	1,000
	PMSS TA	0,625	0,375	1,000
Total	PMSS – TA	0,625	0,375	1,000
	TA	1,875	0,375	2,250
	TB	0,625	0,625	1,250

**Salarié cadre relevant du régime général de la sécurité sociale des
départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle**

(En pourcentage.)

RÉGIME ALSACE MOSELLE – CAS GÉNÉRAL – CADRE		EMPLOYEUR	SALARIÉ	TOTAL
Décès-incapacité-invalidité	TA	1,250	0,000	1,250
	TB	0,625	0,625	1,250
Maladie-chirurgie-maternité	TA	0,640	0,390	1,029
	TB	0,515	0,515	1,029
Total	TA	1,890	0,390	2,279
	TB	1,140	1,140	2,279

En cas d'application de la cotisation minimum pour le risque maladie-chirurgie-maternité, la répartition est la suivante pour les cadres :

(En pourcentage.)

RÉGIME ALSACE-MOSELLE Cotisation minimum – cadre (si TA < PMSS)		EMPLOYEUR	SALARIÉ	TOTAL
Décès-incapacité-invalidité	TA	1,250	0,000	1,250
	TB	0,625	0,625	1,250
Maladie-chirurgie-maternité	TA	0,475	0,225	0,700
	PMSS TA	0,475	0,225	0,700

RÉGIME ALSACE-MOSELLE Cotisation minimum – cadre (si TA < PMSS)		EMPLOYEUR	SALARIÉ	TOTAL
Total	PMSS – TA	0,475	0,225	0,700
	TA	1,725	0,225	1,950
	TB	0,625	0,625	1,250

8.1.2. Cotisations RPC non-cadres

Les cotisations relatives aux obligations minimales conventionnelles s'élèvent toutes contributions sociales ou fiscales et taxes, financement du haut degré élevé de solidarité inclus pour les non-cadres à :

NON-CADRES Régime professionnel conventionnel	GARANTIES décès-invalidité-incapacité	GARANTIES maladies-chirurgie-maternité
Obligations minimales conventionnelles	1,55 % des tranches « TA » et « TB » des salaires	2,63 % sur les tranches « TA » et « TB » des salaires avec un minimum de cotisation de 0,83 % d'un plafond de la sécurité sociale

Les cotisations des prestations maladie-chirurgie-maternité sont appelées à hauteur de 70 % pour les salariés bénéficiant du régime général de la sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Les cotisations sont prises en charge à raison de 50 % par l'employeur et 50 % par le salarié.

Salarié non cadre relevant du régime général de la sécurité sociale

(En pourcentage.)

RÉGIME GÉNÉRAL SÉCURITÉ SOCIALE Cas général – non-cadre		EMPLOYEUR	SALARIÉ	TOTAL
Décès-incapacité-invalidité	TA	0,775	0,775	1,550
	TB	0,775	0,775	1,550
Maladie-chirurgie-maternité	TA	1,315	1,315	2,630
	TB	1,315	1,315	2,630
Total	TA	2,090	2,090	4,180
	TB	2,090	2,090	4,180

En cas d'application de la cotisation minimum pour le risque maladie-chirurgie-maternité, la répartition est la suivante pour les non-cadres :

(En pourcentage.)

RÉGIME GÉNÉRAL SÉCURITÉ SOCIALE Cotisation minimum non-cadre (si TA < PMSS)		EMPLOYEUR	SALARIÉ	TOTAL
Décès-incapacité-invalidité	TA	0,775	0,775	1,550
	TB	0,775	0,775	1,550
Maladie-chirurgie-maternité	PMSS	0,415	0,415	0,830
Total	PMSS	0,415	0,415	0,830
	TA	0,775	0,775	1,550
	TB	0,775	0,775	1,550

**Salarié non cadre relevant du régime général de la sécurité sociale
des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle**

(En pourcentage.)

RÉGIME ALSACE-MOSELLE Cas général – non-cadre		EMPLOYEUR	SALARIÉ	TOTAL
Décès-incapacité-invalidité	TA	0,775	0,775	1,550
	TB	0,775	0,775	1,550
Maladie-chirurgie-maternité	TA	0,921	0,921	1,841
	TB	0,921	0,921	1,841
Total	TA	1,696	1,696	3,391
	TB	1,696	1,696	3,391

En cas d'application de la cotisation minimum pour le risque maladie-chirurgie-maternité, la répartition est la suivante pour les non-cadres :

(En pourcentage.)

RÉGIME ALSACE-MOSELLE Cotisation minimum non-cadre (si TA < PMSS)		EMPLOYEUR	SALARIÉ	TOTAL
Décès-incapacité-invalidité	TA	0,775	0,775	1,550
	TB	0,775	0,775	1,550
Maladie-chirurgie-maternité	PMSS	0,291	0,291	0,581
Total	PMSS	0,291	0,291	0,581
	TA	0,775	0,775	1,550
	TB	0,775	0,775	1,550

8.2. Cotisations relatives aux adhérents à titre facultatif

Les cotisations des adhérents à titre facultatif (art. 7.2 de la présente annexe) au régime maladie-chirurgie-maternité, toutes contributions sociales ou fiscales et taxes incluses, sont fixées comme suit :

- par adulte facultatif (hors stagiaire) : 2,00 % du plafond annuel de la sécurité sociale ;
- par adhérent facultatif stagiaire : 1,50 % du plafond annuel de la sécurité sociale ;
- par enfant : 1,50 % du plafond annuel de la sécurité sociale.

Les cotisations des prestations maladie-chirurgie-maternité sont appelées à hauteur de 70 % pour les salariés bénéficiant du régime général de la sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

DEUXIÈME PARTIE RÉGIME SUPPLÉMENTAIRE OPTIONNEL (RSO)

Article 9

Objet. – Bénéficiaires

9.1. Objet

Les entreprises adhérentes au régime professionnel conventionnel (RPC décès-incapacité-invalidité – maladie-chirurgie-maternité) assuré par l'organisme recommandé visé à l'article 2.1 du présent accord, peuvent faire bénéficier leurs salariés à titre obligatoire moyennant le paiement d'une

cotisation supplémentaire, du régime supplémentaire optionnel (RSO) assuré par l'organisme recommandé visé à l'article 2.1 du présent accord.

Le régime supplémentaire optionnel assure des prestations supplémentaires, au choix des entreprises, au titre du risque décès (RSO décès) et/ou au titre du risque maladie-chirurgie-maternité (RSO maladie-chirurgie-maternité).

9.2. Bénéficiaires

Lorsque l'entreprise est affiliée au régime supplémentaire optionnel, tous les salariés relevant des articles 4, 4 *bis* ou 36 de la convention collective nationale des cadres du 14 mars 1947 et/ou, selon le choix de l'entreprise, tous les salariés ne relevant pas des articles 4, 4 *bis* ou 36 de la convention collective nationale des cadres du 14 mars 1947 bénéficient à titre obligatoire de ce régime.

Les bénéficiaires sont définis à l'article 1.2 du présent accord.

Au titre du régime maladie-chirurgie-maternité des salariés, les bénéficiaires à titre obligatoire (salariés et ayants droit affiliés) sont ceux définis à l'article 7.1 de l'annexe I.

Sous réserve de formaliser leur adhésion par écrit, certaines personnes définies à l'article 7.2 peuvent également à titre facultatif, adhérer au régime supplémentaire optionnel maladie-chirurgie-maternité, en contrepartie d'une cotisation spécifique et sans participation financière de l'employeur.

Article 10

Assiette des garanties

L'assiette des garanties supplémentaires de l'assurance décès est l'assiette des garanties du régime professionnel conventionnel (RPC) définie à l'article 1^{er} de la présente annexe.

Article 11

Assiette des cotisations

L'assiette des cotisations au régime supplémentaire optionnel est l'assiette des cotisations au régime professionnel conventionnel définie à l'article 2 de la présente annexe.

Article 12

RSO décès : Garantie supplémentaire en cas de décès du salarié (en pourcentage du salaire de base)

Le régime supplémentaire optionnel s'applique selon des modalités et définitions identiques à celles prévues aux articles 4.1 et 4.2 de la présente annexe, le salarié étant obligatoirement couvert selon la même option.

Le régime supplémentaire optionnel verse, en supplément du capital ou du capital et de la rente prévus par le régime professionnel conventionnel, les majorations suivantes exprimées en pourcentage du salaire de base :

a) Option 1 : capital décès

Le capital versé en cas de décès, exprimé en pourcentage du salaire annuel de base défini à l'article 1^{er} de la présente annexe, est déterminé comme suit :

Les pourcentages exprimés ci-après comprennent les montants versés par le régime professionnel conventionnel (RPC).

(En pourcentage.)

	DÉCÈS par maladie	DÉCÈS par accident (*)
Célibataires, veufs, divorcés sans personne à charge	300	450
Mariés sans personne à charge	400	600
Célibataires, veufs, divorcés ou mariés ayant une personne à charge	485	727,50
Majoration par personne supplémentaire à charge	85	127,50
(*) En cas de décès accidentel survenant avant que le salarié 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.		

b) Option 2 : capital décès et rente éducation

Le capital et la rente éducation versés en cas de décès, exprimés en pourcentage du salaire annuel de base défini à l'article 1^{er} de la présente annexe sont déterminés comme suit :

Les pourcentages exprimés ci-après comprennent les montants versés dans le cadre du régime professionnel conventionnel (RPC).

(En pourcentage.)

	DÉCÈS PAR MALADIE	DÉCÈS PAR ACCIDENT (*)
Capital décès : Quelle que soit la situation de famille	300	450
Rente éducation : Chaque enfant à charge tel que défini à l'article 4.2 perçoit une rente dont le montant est indiqué ci-après		
– jusqu'au dix-huitième anniversaire	16	16
– du dix-huitième au vingt-septième anniversaire	20	20
(*) En cas de décès accidentel survenant avant que le salarié 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.		

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

Article 13

RSO maladie. – Chirurgie-maternité

À compter du 1^{er} janvier 2017, 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 à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale (option pratique tarifaire maîtrisée [OPTAM] ou option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique [OPTAM-CO] ou contrat d'accès aux soins [CAS]).

En tout état de cause, le présent régime (supplémentaire 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. 871-1 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 généraliste conventionnées et non conventionnées	OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 120 % de la base de remboursement sécurité sociale
	Hors OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 100 % de la base de remboursement sécurité sociale
Consultations, visites spécialiste conventionnées et non conventionnées	OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 240 % de la base de remboursement sécurité sociale
	Hors OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 200 % de la base de remboursement sécurité sociale
Déplacements et majorations visites de nuit ou jour férié 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 1 200 € 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	OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 370 % de la base de remboursement sécurité sociale
	Hors OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 200 % 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	OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 180 % de la base de remboursement sécurité sociale
	Hors OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 160 % de la base de remboursement sécurité sociale
Dentaire	

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Prothèses dentaires ⁽¹⁾ et orthodontie ⁽²⁾ remboursées et non remboursées par la sécurité sociale	Conventionnées et non conventionnées
Prothèses dentaires	483 % de la base de remboursement sécurité sociale
Orthodontie	483 % de la base de remboursement sécurité sociale
Implant dentaire	250 € par implant (limité à 2 implants par an et par bénéficiaire)
Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris la maternité)	
Frais de séjour	Conventionnés : 200 % de la base de remboursement sécurité sociale
	Non conventionnés : 150 % de la base de remboursement sécurité sociale
Honoraires médicaux	OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 200 % de la base de remboursement sécurité sociale
	Hors OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 180 % de la base de remboursement sécurité sociale
Honoraires chirurgicaux conventionnés et non conventionnés	OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 400 % de la base de remboursement sécurité sociale
	Hors OPTAM ou OPTAM-CO ou CAS : 200 % de la base de remboursement sécurité sociale
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

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
– verres hypercomplexes : 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 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 – adulte : 120 €	– adulte : 120 €
	– mineur : 56,41 €
Par verre simple	– adulte : 110 €
Par verre complexe	– adulte : 240 €
Par verre hypercomplexe	– adulte : 250,47 €
Par verre simple	– mineur : 91,47 €
Par verre complexe	– mineur : 130,47 €
Par verre hypercomplexe	– 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.	

Article 14

Cotisations. – Dotations

14.1. Cotisations relatives au RSO

Les cotisations sont exprimées en pourcentage de l'assiette définie à l'article 2 de la présente annexe et définies en fonction de chacune des catégories dites « Cadres » et « Non-cadres ».

Sont réputés cadres et assimilés cadres de la fabrication et du commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire, les salariés bénéficiant des articles 4, 4 *bis* ou 36 de la convention collective nationale des cadres du 14 mars 1947.

Sont réputés non cadres et non assimilés cadres de la fabrication et du commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire, les salariés ne bénéficiant pas des articles 4, 4 *bis* ou 36 de la convention collective nationale des cadres du 14 mars 1947.

14.1.1. Cotisations RSO cadres

Les cotisations du RSO s'élèvent pour les cadres à :

RÉGIME GÉNÉRAL sécurité sociale cadres	GARANTIES décès-invalidité-incapacité	GARANTIES MALADIES chirurgie – maternité
Pour le régime supplémentaire optionnel	0,30 % sur les tranches « TA » et « TB » des salaires	0,18 % sur les tranches « TA » et « TB » des salaires avec un mini- mum de cotisation de 0,156 % du plafond de la sécurité sociale

La répartition entre l'employeur et le salarié s'effectue à raison de 50 % par l'employeur et de 50 % par le salarié.

14.1.2. Cotisations RSO non-cadres

Les cotisations du RSO s'élèvent pour les non-cadres à :

RÉGIME GÉNÉRAL sécurité sociale non-cadres	GARANTIES décès-invalidité-incapacité	GARANTIES maladies-chirurgie-maternité
Pour le régime supplémentaire optionnel	0,30 % sur les tranches « TA » et « TB » des salaires	0,24 % sur les tranches « TA » et « TB » des salaires avec un mini- mum de cotisation de 0,11 % du plafond de la sécurité sociale

Les cotisations sont prises en charge à raison de 50 % par l'employeur et 50 % par le salarié.

14.2. Cotisations RSO relatives aux adhérents à titre facultatif

Les cotisations des adhérents à titre facultatif (art. 7.2 de la présente annexe) au régime maladie-chirurgie-maternité, toutes contributions sociales ou fiscales et taxes incluses, sont fixées comme suit :

- par adulte facultatif (hors stagiaire) : 0,60 % du plafond annuel de la sécurité sociale ;
- par adhérent facultatif stagiaire : 0,50 % du plafond annuel de la sécurité sociale ;
- par enfant : 0,50 % du plafond annuel de la sécurité sociale.

ANNEXE II

ACTIONS DE HAUT DEGRÉ DE SOLIDARITÉ

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord instaure un régime conventionnel de prévoyance et de santé comportant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprend à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif, pouvant notamment prendre la forme d'une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés ou anciens salariés, d'une politique de prévention ou de prestations d'action sociale.

Ces actions de haut degré de solidarité sont définies conformément aux dispositions de l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale par les partenaires sociaux de la branche réunis en comité paritaire de gestion.

Toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective doivent allouer au financement d'actions de haut degré de solidarité, 2 % des cotisations des régimes prévoyance et santé couvrant les garanties prévues à l'annexe I partie 1 du présent accord.

Article 2

Fonds sur le haut degré de solidarité pour les salariés et anciens salariés des entreprises adhérentes à l'organisme recommandé

Pour les entreprises adhérentes à l'organisme recommandé visé à l'article 2.1 du présent accord, un fonds sur le haut degré de solidarité est institué dans le cadre du régime professionnel conventionnel (RPC décès-incapacité-invalidité – maladie-chirurgie-maternité) assuré par l'organisme recommandé visé à l'article 2.1 du présent accord.

Ce fonds géré par l'organisme recommandé est dédié aux salariés ou anciens salariés des entreprises adhérentes au présent régime de prévoyance par l'intermédiaire de l'organisme assureur recommandé.

Ce fonds est alimenté chaque année d'un montant égal à 2 % des cotisations afférentes au régime professionnel conventionnel (RPC décès-incapacité-invalidité – maladie-chirurgie-maternité). Ce montant est prélevé directement sur les cotisations payées par les entreprises adhérentes.

Ce fonds est destiné à financer les garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité décidées par le comité paritaire de gestion dans la limite des ressources du fonds et en fonction des orientations qu'il aura déterminées conformément à l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale.

Les modalités d'attribution et règles de fonctionnement du fonds seront déterminées conformément à la réglementation en vigueur par le comité paritaire de gestion.

Article 3

Haut degré de solidarité pour les salariés et anciens salariés des entreprises non adhérentes à l'organisme recommandé

Pour les entreprises non adhérentes à l'organisme recommandé visé à l'article 2.1 du présent accord, un budget de 2 % des cotisations des régimes prévoyance et santé couvrant les garanties prévues à l'annexe I partie 1 du présent accord doit être alloué au financement d'actions similaires à celles définies par les partenaires sociaux de la branche. Un bilan des actions mises en œuvre à ce titre doit être indiqué chaque année dans le rapport sur les comptes de résultat prévoyance et santé.

ANNEXE III

GARANTIES ET COTISATIONS DES RETRAITÉS, ANCIENS SALARIÉS ET AYANTS DROIT DÉSIGNÉS PAR L'ARTICLE 4 DE LA LOI N° 89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989

Article 1^{er}

Régime des retraités, anciens salariés et ayants droit désignés par l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

Ce régime est géré par une convention spécifique avec l'organisme assureur recommandé visé à l'article 2.

Peuvent continuer à bénéficier des garanties maladie-chirurgie-maternité du RPC ou du RPC/RSO (selon le régime auquel leur ancien employeur est adhérent), s'ils en bénéficiaient avant le terme de leur contrat de travail, sous réserve du paiement de la cotisation visée à l'article 2 ci-après, les anciens salariés et ayants droit de salariés décédés des entreprises adhérentes aux régimes précités et désignés par l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ;
- les personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Par dérogation, bénéficient gratuitement pendant 1 an des garanties maladie-chirurgie-maternité du RPC ou du RPC/RSO les ayants droit de l'assuré décédé définis comme suit : le conjoint ou concubin ou personne liée par un PACS dès lors qu'il ou elle est ayant droit au sens d'un régime obligatoire d'assurance maladie ou dans le cas contraire qu'il ou elle est en mesure de prouver l'absence d'activité professionnelle et l'absence de perception d'aucun revenu d'activité ou de remplacement (hors minima sociaux) par la fourniture du dernier avis d'imposition commune et les enfants à charge au sens d'un régime obligatoire d'assurance maladie, ainsi que les enfants de moins de 27 ans poursuivant leurs études et régulièrement inscrits au régime de la sécurité sociale des étudiants.

La garantie prend effet au lendemain de la demande.

Les bénéficiaires sont ceux définis à l'article 7.1 de l'annexe I et les remboursements sont ceux définis à l'article 7.3 et 13 de l'annexe I du présent accord.

Afin de limiter les cotisations appelées auprès des anciens salariés (art. 2 ci-après) et de respecter les dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de ses décrets d'application, les cotisations nécessaires pour équilibrer le régime des anciens salariés peuvent être partiellement appelées, la différence étant prélevée sur la réserve de couverture des anciens salariés prévue dans les comptes de résultat visés à l'article 6 des dispositions générales.

Article 2

Cotisation

Le montant de la cotisation mensuelle pour le régime conventionnel professionnel (RPC) et pour le régime supplémentaire optionnel (RSO), est fixé comme suit pour 2017 :

(En euros.)

CATÉGORIE	RPC	RSO
Ancien salarié retraité	67,00	17,00
Conjoint de l'ancien salarié retraité	67,00	17,00

CATÉGORIE	RPC	RSO
Ancien salarié non retraité	67,00	17,00
Conjoint de l'ancien salarié non retraité	67,00	17,00
Enfant	30,00	8,50

Les cotisations sont revalorisées annuellement au 1^{er} janvier sur la base de l'évolution du point de retraite ARRCO.

Ces cotisations au titre du RPC sont appelées à hauteur de 70 % pour les adhérents bénéficiant du régime général de la sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Le montant des cotisations pourra être modifié annuellement, après avis du comité paritaire de gestion par avenant au présent accord. Cet avenant devra tenir compte des aspects techniques et des dispositions légales en vigueur.

Article 3

Compte de résultats et réserve de stabilité

Le présent régime fait l'objet d'un compte de résultat spécifique établi tous les ans pour l'ensemble des adhérents couverts par cette annexe, selon les modalités prévues aux contrats établis avec l'organisme assureur recommandé.

ANNEXE IV

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU COMITÉ PARITAIRE DE GESTION DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE

Article 1^{er}

Objet

Le présent règlement intérieur fixe la composition, les règles de fonctionnement et les missions du comité paritaire de gestion institué par l'article 30 des dispositions générales de la convention collective nationale du 1^{er} juin 1989, et par l'article 3 du présent accord.

Article 2

Composition du comité

Le comité paritaire de gestion comprend :

- un collège des salariés composé de trois membres pour chacune des confédérations reconnues représentatives au niveau national, signataires de la convention collective nationale du 1^{er} juin 1989 ou y ayant adhéré par la suite en totalité et sans réserve ;
- un collège des employeurs composé de membres désignés par les organisations professionnelles représentatives et signataires de la convention collective, avec un nombre de représentants égal au nombre total de représentants de l'ensemble des organisations syndicales de salariés.

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

Article 3

Représentation des membres du comité

Tout membre du comité qui ne peut assister à une séance est représenté de plein droit, et sans que soit exigé un pouvoir à cet effet, par un membre du comité appartenant à la même confédération ou, en l'absence de confédération, au même syndicat que lui.

Article 4

Bureau

4.1. Composition du bureau

Lors de la première réunion de chaque exercice, le comité paritaire de gestion élit parmi ses membres un bureau comprenant :

- un président ;
- un vice-président ;
- un secrétaire ;
- un secrétaire adjoint.

Le président doit appartenir alternativement au collège des salariés et au collège des employeurs, sauf désistement exprès du collège auquel devrait revenir la présidence. Le vice-président doit appartenir au collège des employeurs lorsque le président appartient au collège des salariés et au collège des salariés lorsque le président appartient au collège des employeurs. Le secrétaire doit appartenir au même collège que le président. Le secrétaire adjoint doit appartenir au même collège que le vice-président. Dans le cas où un membre du bureau cesserait ses fonctions de membre du bureau pour

quelque cause que ce soit, il sera procédé à une élection en vue de son remplacement par un membre appartenant au même collège ; le mandat du remplaçant expirera à la fin de l'exercice en cours.

4.2. Élection du bureau

Le président et le vice-président sont élus à l'unanimité des deux collèges, la position de chaque collège étant au préalable déterminée au moyen d'un vote exprimé comme il est dit à l'article 6.5 ci-dessous. Si l'unanimité ne se réalise pas au cours du premier tour de scrutin, il est organisé autant de tours qu'il est nécessaire. Le collège auquel appartient le président, votant séparément, comme il est dit à l'article 6.5 ci-dessous, élit le secrétaire. L'autre collège votant séparément, comme il est dit à l'article 6.5 ci-dessous, élit le secrétaire adjoint.

4.3. Fonction du bureau

Le bureau a pour fonction de préparer le travail du comité paritaire de gestion, sur demande de celui-ci, ou d'assumer certaines démarches en son nom et de suivre la bonne exécution de ses décisions. À moins d'une délégation de pouvoir expresse du comité, limitée à certains sujets particuliers, le bureau n'a de pouvoir de décision que pour statuer sur des cas sociaux urgents.

4.4. Fonctionnement du bureau

En cas d'urgence, le bureau peut se réunir à l'initiative de son président ou du vice-président en cas d'empêchement du président. Une convocation écrite mentionnant l'ordre du jour devra être adressée aux membres du bureau 3 jours au moins avant la date de la réunion.

Tout membre qui ne peut assister à une séance du bureau a la possibilité de s'y faire représenter par l'autre membre du bureau du même collège.

Le bureau prend ses décisions à la majorité des membres présents ou représentés.

Au cas où cette majorité n'est pas acquise, le président doit porter l'objet du désaccord à l'ordre du jour de la prochaine réunion du comité paritaire de gestion.

Article 5

Fonctionnement du comité

Le comité paritaire de gestion se réunit selon le calendrier établi à la dernière réunion d'un exercice pour l'exercice suivant. En dehors des dates ainsi fixées, le comité se réunit, éventuellement, si cela est nécessaire, après accord entre le président et le vice-président, sur convocation écrite mentionnant l'ordre du jour et sous préavis de 15 jours au moins.

Le secrétaire est chargé d'établir un procès-verbal de chaque réunion que le président doit faire approuver à la réunion suivante à l'unanimité des membres présents et représentés tant à la réunion dont les travaux sont relatés qu'à la réunion où le procès-verbal est soumis à approbation.

Dans le cas où il est empêché d'assumer ses fonctions, le président doit avertir au préalable le vice-président, afin qu'il puisse assurer son remplacement. Dans le cas où le président et le vice-président sont empêchés, il appartient au comité paritaire de gestion de désigner parmi les membres présents un président de séance dans les formes prévues à l'article 6.5 ci-dessous.

Dans le cas où la présidence est assurée par le vice-président ou par un autre membre du comité, le secrétariat revient au même collège.

Article 6

Missions du comité

6.1. Le comité paritaire de gestion a pour mission générale le contrôle de l'application des règles de principe fixées par l'article 30 des dispositions générales de la convention collective nationale de la fabrication et du commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétéri-

naire, des règles de fonctionnement du présent accord et, s'il y a lieu, des textes légaux et réglementaires relatifs aux régimes de protection sociale.

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

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

Chaque année, au mois de mai, les représentants de l'organisme assureur recommandé soumettent à l'approbation du comité paritaire de gestion les comptes détaillés de l'exercice clos le 31 décembre de l'année précédente, et lui fournissent toutes les explications et documents nécessaires à une bonne compréhension de ces comptes. Le comité paritaire de gestion doit être en mesure d'approuver les comptes dudit exercice au plus tard le 30 juin afin que les représentants de l'organisme assureur établissent les documents d'information prévus à l'article 6 du présent accord qu'ils adresseront à toutes les entreprises adhérentes avant le 31 août. Après approbation des comptes, le comité procède à l'affectation des éventuels excédents de l'exercice considéré, après constitution des réserves légales et des réserves prévues au présent accord.

6.2. L'adhésion des entreprises au RPC auprès de l'assureur recommandé visé à l'article 2.1 du présent accord devra être entérinée par le comité paritaire de gestion, qui, pour prendre sa décision, pourra demander tous types de renseignements, relatifs aux entreprises concernées, qu'il jugera nécessaires pour notamment vérifier que l'entreprise appartient au champ d'application du présent accord.

Le rejet de la demande d'adhésion d'une entreprise par le comité paritaire de gestion est lié au fait que l'entreprise ne relève pas du champ d'application du présent accord ou n'en respecte pas les dispositions et exigences.

Le comité paritaire de gestion pourra définir des conditions d'affiliation spécifiques pour les entreprises dont l'entrée dans le régime est subordonnée à la reprise d'engagements antérieurs.

6.3. Le comité paritaire de gestion procède aux études demandées par les partenaires sociaux en vue de la négociation de tous contrats d'assurance nécessaires pour la réalisation du présent accord. Il procède également aux études en vue de la négociation par les partenaires sociaux des modifications à apporter aux contrats existants en tenant compte, notamment, de l'évolution des tarifs médicaux en France et des remboursements de la sécurité sociale ainsi que des résultats des contrats. Tous les 5 ans, à la demande des partenaires sociaux, il procède à un appel d'offres, conformément à l'article 2.1 du présent accord.

6.4. Le comité paritaire de gestion assure la gestion du fonds du haut degré de solidarité du régime dans les conditions prévues à l'annexe II du présent accord.

6.5. Les décisions du comité paritaire de gestion, prises dans le cadre du présent article, le sont par accord constaté entre les deux collèges, chaque collège disposant à cet effet d'une voix.

Préalablement au vote prévu à l'alinéa précédent, chaque collège détermine sa position séparément dans les conditions ci-dessous.

Les membres présents ou représentés procèdent entre eux à un vote à la majorité des voix valablement exprimées (compte non tenu des abstentions). Le résultat de ce vote détermine la position du collège. Au cas où une majorité ne se dégage pas au sein d'un collège, celui-ci est considéré comme s'abstenant.

En cas de partage des voix entre les deux collèges, les règles précédemment applicables seront maintenues.

Article 7

Élection de domicile

Le comité paritaire de gestion fait élection de domicile à l'APGIS, 12, rue Massue, 94684 Vincennes Cedex.

Toutefois, la modification de cette domiciliation peut intervenir sur décision du comité paritaire de gestion.