

Brochure n° 3052

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

AVENANT DU 6 FÉVRIER 2018
RELATIF À LA PRÉVOYANCE ET AUX FRAIS DE SANTÉ DU PERSONNEL
NON CADRE ET ASSIMILÉ
NOR : ASET1850509M
IDCC : 1996

Entre :

USPO,

D’une part, et

UFIC UNSA ;

Pharmacie LABM FO,

D’autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d’officine du 3 décembre 1997, notamment son annexe IV.1. – Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d’officine ;

Les parties signataires sont convenues de ce qui suit.

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour objet d’améliorer les niveaux des remboursements du régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d’officine pour les frais suivants :

- la pharmacie ;
- les frais chirurgicaux ;
- l’hospitalisation ;
- la natalité/prime de maternité ou d’adoption.

Article 1^{er}

Amélioration des garanties

Le tableau des remboursements contenu dans le B « Étendue de la garantie » de l’article 9 « Garantie frais de soins de santé » du II « Régime frais de soins de santé » de l’annexe IV.1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel

non cadre de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée est remplacé par le tableau suivant :

NATURE DES FRAIS	NIVEAU DES PRESTATIONS
Honoraires médicaux – Soins courants	
Consultations ou visites de médecins généralistes – médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée – médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BRSS ⁽¹⁾ 100 % BRSS ⁽¹⁾
Consultations ou visites de médecins spécialistes – médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée – médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130 % BRSS ⁽¹⁾ 110 % BRSS ⁽¹⁾
Analyses médicales	40 % BRSS ⁽²⁾
Auxiliaires médicaux	40 % BRSS ⁽²⁾
Actes d'imagerie	
Radiologie – praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée – praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS ⁽¹⁾ 100 % BRSS ⁽¹⁾
Échographie – praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée – praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130 % BRSS ⁽¹⁾ 110 % BRSS ⁽¹⁾
Pharmacie	
Médicaments Médicaments non remboursés ou non remboursables par la sécurité sociale ⁽³⁾	100 % des frais réels ⁽¹⁾ dans la limite d'un forfait de 50 € par an et par bénéficiaire
Frais relevant de la LPPR (liste des produits et prestations remboursables)	
Orthopédie, appareillage, prothèses non dentaires, petit matériel	140 % BRSS ⁽¹⁾
Frais chirurgicaux	
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	255 % BRSS ⁽²⁾ 200 % BRSS ⁽¹⁾
Hospitalisation	
Frais de séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	92 € par jour ⁽²⁾ où 100 % du TM si supérieur à 92 €
Hospitalisation en établissement public de santé (lorsque la facturation est globale par journée et pour l'ensemble des actes et soins)	100 % BRSS ⁽¹⁾

NATURE DES FRAIS	NIVEAU DES PRESTATIONS
Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement	75 € par jour d'hospitalisation
Lit d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge	30 € par jour d'hospitalisation
Forfait journalier hospitalier (hors Alsace-Moselle)	Prise en charge intégrale (4)
Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale
Dentaire	
Soins dentaires	30 % BRSS ⁽²⁾
Prothèses dentaires remboursées ou non par la sécurité sociale	300 % BRSS ⁽²⁾
Traitements orthodontiques remboursés ou non par la sécurité sociale	200 % BRSS ⁽²⁾
Parodontie non remboursée par la sécurité sociale	200 € par an et par bénéficiaire
Implants dentaires non remboursés par la sécurité sociale	400 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire) dans la limite de deux implants par an et par bénéficiaire
Optique	
Par verre remboursé par la sécurité sociale ⁽⁵⁾	110 € ⁽²⁾
Par monture remboursée par la sécurité sociale ⁽⁵⁾	100 € ⁽²⁾
Lentilles correctrices remboursées par la sécurité sociale, jetables ou non jetables ⁽⁶⁾	130 € par an et par bénéficiaire ⁽²⁾
Lentilles correctrices non remboursées par la sécurité sociale, jetables ou non jetables	130 € par an et par bénéficiaire
Prothèses auditives ⁽⁶⁾	
– 20 ans et plus	400 € ⁽²⁾ par an et par oreille appareillée
– pour les moins de 20 ans	560 € ⁽²⁾ par an et par oreille appareillée
Prothèses capillaires ⁽⁶⁾	
Prothèses capillaires remboursées par la sécurité sociale	400 € ⁽²⁾ par an et par bénéficiaire
Cures thermales	
Cures thermales remboursées par la sécurité sociale	6 % du plafond mensuel de la sécurité sociale par jour ^{(2) (7)}
Transport	
Transport du malade	100 % BRSS ⁽¹⁾
Indemnités de déplacement (médecins-auxiliaires médicaux)	100 % BRSS ⁽¹⁾
Natalité	
Prime de naissance ou d'adoption	250 € par enfant (en cas de naissances ou d'adoptions multiples, versement pour chaque enfant), sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou d'une photocopie du jugement d'adoption. Cette prime est versée aux deux conjoints ou partenaires liés par un Pacs, si tous deux travaillent dans la même entreprise.

NATURE DES FRAIS	NIVEAU DES PRESTATIONS
BRSS : base de remboursement de la sécurité sociale. Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : CAS (contrat d'accès aux soins), OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) et OPTAM CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique). (1) Sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale. (2) En complément des prestations versées par la sécurité sociale (3) Les médicaments concernés sont ceux dont la TVA est fixée à 2,10 % et 10 % (4) Soit à titre indicatif : 20 € au 1 ^{er} janvier 2018 et 15 € en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique. (5) Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 1 an. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. (6) Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale. (7) Soit à titre indicatif : 19,87 € au 1 ^{er} janvier 2018.	

Article 2

Prévention professionnelle

Après le II « Régime frais de soins de santé » de l'annexe IV.1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel non cadre de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée, il est créé un III « Prévention » comme suit :

« III. – Prévention

Article 10

Prévention

Forts de leur attachement à la prévention, les parties signataires souhaitent s'engager dans une réflexion prospective sur ce thème.

Convaincues de la nécessité de compléter le niveau des garanties des salariés par des services et actions de prévention s'inscrivant en cohérence avec les actions de santé publique, les parties signataires complètent d'ores et déjà le panier de soins d'une vaccination antigrippale des salariés qui doit être proposée par chaque organisme assureur aux officines. »

Article 3

Entrée en application, révision et dénonciation

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent avenant, sauf si lesdits accords assurent des garanties au moins équivalentes.

Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet le 1^{er} janvier 2018.

Il pourra faire l'objet d'une révision de tout ou partie de son contenu dans les formes et délais prévus par l'article 4 de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine et dans le respect des dispositions des articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Conformément aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail, il pourra être dénoncé à tout moment à charge pour ses parties de respecter un préavis dont la durée est conventionnellement fixée à 3 mois. La dénonciation ne peut que concerner la totalité de l'accord et de ses avenants ultérieurs. Elle peut émaner de tout ou partie des signataires ou parties ayant adhéré à l'accord.

Le présent accord est établi en nombre suffisant d'exemplaires pour remise à chacune des organisations signataires.

Il fera l'objet des formalités de dépôt conformément aux articles L. 2231-6, L. 2261-1 et D. 2231-2 du code du travail.

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

Eu égard à l'intérêt d'assurer à tous les salariés de la branche des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé socialement efficaces, fondés sur la solidarité et la mutualisation, il sera demandé que le présent avenant soit étendu à toutes les entreprises de la branche, quel que soit leur nombre de salariés. Partant, aucune disposition spécifique ne sera prévue pour les entreprises de moins de 50 salariés.

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

Fait à Paris, le 6 février 2018.

(Suivent les signatures.)