

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 CADRE ET ASSIMILÉ

NOR : ASET1850508M
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.2 – Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine ;

Les parties signataires sont convenues de ce qui suit.

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour objet d'améliorer le niveau de remboursement du forfait automédication du régime professionnel obligatoire (RPO) et du régime supplémentaire facultatif (RSF) du régime frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine.

Article 1^{er}

Amélioration des garanties du régime professionnel obligatoire (RPO)

Le tableau des remboursements contenu dans le D « Régime professionnel obligatoire – Montant des remboursements » du III « Maladie – Chirurgie – Maternité (prestations en nature) » de l'annexe IV.2 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée est remplacé par le tableau suivant.

Régime professionnel obligatoire (RPO)

NATURE DES FRAIS	NIVEAU DES PRESTATIONS
Hospitalisation	
Frais de séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	92 € par jour en plus du RSS 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
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 en complément du RSS 200 % BRSS ¹
Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement	75 € par jour d'hospitalisation
Forfait journalier hospitalier (hors Alsace-Moselle)	Prise en charge intégrale (y compris psychiatrie)
Lit d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge	30 € par jour
Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale
Frais d'honoraires médicaux. – Soins courants	
Consultations ou visites de généraliste – médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée – médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	115 % BRSS en complément du RSS 115 % BRSS ¹
Consultations ou visites de spécialiste – médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée – médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	175 % BRSS en complément du RSS 161 % BRSS ¹
Analyses médicales	100 % BRSS ¹
Auxiliaires médicaux	100 % BRSS ¹
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	255 % BRSS en complément du RSS 200 % BRSS ¹

NATURE DES FRAIS	NIVEAU DES PRESTATIONS
Pharmacie	
Frais pharmaceutiques remboursés par la sécurité sociale	100 % des frais réels ¹
Médicaments non remboursés ou non remboursables par la sécurité sociale ²	Dans la limite d'un forfait de 50 € par an et par bénéficiaire
Transport	
Transport du malade	100 % BRSS ¹
Indemnités de déplacement (médecins – auxiliaires médicaux)	100 % BRSS ¹
Frais dentaires	
Soins dentaires	100 % BRSS ¹
Prothèses dentaires remboursées ou non par la sécurité sociale	419 % BRSS ¹
Orthodontie remboursée ou non par la sécurité sociale	326 % BRSS ¹
Implantologie non remboursée par la sécurité sociale (dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire)	400 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire)
Parodontie non remboursée par la sécurité sociale	200 € par an et par bénéficiaire
Frais d'optique	
Verres ³	130 € ¹ par verre
Monture ³	120 € ¹
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables) ⁴	100 € par an et par bénéficiaire en complément du RSS
Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables)	140 € par an et par bénéficiaire
Prothèses médicales	
Orthopédie, prothèses médicales	130 % BRSS en complément du RSS
Prothèses capillaires remboursées par la sécurité sociale ⁴	400 € par an et par bénéficiaire en complément du RSS
Prothèses auditives ⁴ – 20 ans et plus – pour les moins de 20 ans	400 € par an et par oreille appareillée en complément du RSS 560 € par an et par oreille appareillée en complément du RSS
Cures thermales	
Cures thermales prises en charge par la sécurité sociale	3,66 € par jour en complément du RSS
Natalité	

NATURE DES FRAIS	NIVEAU DES PRESTATIONS
Naissance ou adoption : versement d'une prime sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou d'une photocopie du jugement d'adoption, prime versée aux 2 conjoints ou partenaires liés par un Pacs, si tous deux travaillent dans la même entreprise.	250 € par enfant (en cas de naissances ou d'adoptions multiples, versement pour chaque enfant)
<p>TM : ticket modérateur.</p> <p>BRSS : base de remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>RSS : remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>Dispositifs 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).</p> <p>(1) Sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.</p> <p>(2) Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.</p> <p>(3) Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de 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.</p> <p>(4) Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % de la BRSS sous déduction des prestations servies par la sécurité sociale.</p>	

Article 2

Amélioration des garanties du régime supplémentaire facultatif (RSF)

Le tableau des remboursements contenu dans le E « Régime supplémentaire facultatif (RSF) – Montant des remboursements » du III « Maladie. – Chirurgie. – Maternité (prestations en nature) » de l'annexe IV.2 « Régime, décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée est remplacé par le tableau suivant :

Régime supplémentaire facultatif (RSF)

NATURE DES FRAIS	NIVEAU DES PRESTATIONS
Hospitalisation	
Frais de séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	100 € par jour en plus du RSS ou 100 % du TM si supérieur à 100 €
Hospitalisation en établissement public de santé (lorsque la facturation est globale par journée et pour l'ensemble des actes et soins)	100 % 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	279 % BRSS en complément du RSS 200 % BRSS ¹
Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement	75 € par jour d'hospitalisation
Forfait journalier hospitalier (hors Alsace-Moselle)	Prise en charge intégrale (y compris psychiatrie)
Lit d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge	30 € par jour
Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale

NATURE DES FRAIS	NIVEAU DES PRESTATIONS
Frais d'honoraires médicaux – Soins courants	
Consultations ou visites de généraliste – médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée – médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée)	175 % BRSS en complément du RSS 115 % BRSS ¹
Consultations ou visites de spécialiste – médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée) – médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	195 % BRSS en complément du RSS 175 % BRSS ¹
Analyses médicales	100 % BRSS ¹
Auxiliaires médicaux	100 % BRSS ¹
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	279 % BRSS en complément du RSS 200 % BRSS ¹
Pharmacie	
Frais pharmaceutiques remboursés par la sécurité sociale	100 % des frais réels ¹
Médicaments non remboursés ou non remboursables par la sécurité sociale ²	Dans la limite d'un forfait de 60 € par an et par bénéficiaire
Transport	
Transport du malade	100 % BRSS ¹
Indemnités de déplacement (médecins – auxiliaires médicaux)	100 % BRSS ¹
Frais dentaires	
Soins dentaires	100 % BRSS ¹
Prothèses dentaires remboursées ou non par la sécurité sociale	465 % BRSS ¹
Orthodontie remboursée ou non par la sécurité sociale	372 % BRSS ¹
Implantologie non remboursée par la sécurité sociale (dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire)	450 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire)
Parodontie non remboursée par la sécurité sociale	250 € par an et par bénéficiaire

NATURE DES FRAIS	NIVEAU DES PRESTATIONS
Frais d'optique	
Verres ³	150 € ¹ par verre
Monture ³	140 € ¹
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables) ⁴	120 € par an et par bénéficiaire en complément du RSS
Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables)	160 € par an et par bénéficiaire
Prothèses médicales	
Orthopédie, prothèses médicales	149,50 % BRSS en complément du RSS
Prothèses capillaires remboursées par la sécurité sociale ⁴	500 € par an et par bénéficiaire en complément du RSS
Prothèses auditives ⁴ – 20 ans et plus – pour les moins de 20 ans	500 € par an et par oreille appareillée en complément du RSS 660 € par an et par oreille appareillée en complément du RSS
Cures thermales	
Cures thermales prises en charge par la sécurité sociale	3,66 € par jour en complément du RSS
Natalité	
Naissance ou adoption : versement d'une prime sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou d'une photocopie du jugement d'adoption, prime versée aux 2 conjoints ou partenaires liés par un Pacs, si tous deux travaillent dans la même entreprise.	250 € par enfant (en cas de naissances ou d'adoptions multiples, versement pour chaque enfant)
<p>TM : Ticket modérateur ; BRSS : base de remboursement de la sécurité sociale. RSS : Remboursement de la sécurité sociale. Dispositifs 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) Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %. (3) 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. (4) Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % de la BRSS sous déduction des prestations servies par la sécurité sociale.</p>	

Article 3

Prévention professionnelle

Après le IX « Financement et mise en œuvre de la portabilité des garanties du régime » de l'annexe IV.2 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régime frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée, il est créé un X « Prévention » comme suit :

« X. – 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 4

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.)