

Brochure n° 3052

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

AVENANT DU 20 MAI 2019
PORTANT RÉVISION À LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU 3 DÉCEMBRE 1997
RELATIF AUX RÉGIMES DÉCÈS, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, INVALIDITÉ,
MATERNITÉ-PATERNITÉ ET FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

NOR : ASET1951278M
IDCC : 1996

Entre :

FSPE,

D’une part, et

FNIC CGT ;

FSS CFDT ;

CFTC santé sociaux ;

FNSCIC CFE-CGC,

D’autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Vu le code du travail ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu l’article 51 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 et l’ensemble des dispositions prises pour son application ;

Vu la convention collective nationale étendue de la pharmacie d’officine du 3 décembre 1997, notamment son annexe IV « Régimes décès, incapacité de travail, invalidité, maternité-paternité et régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d’officine modifiée en dernier lieu par avenant du 5 novembre 2018 ;

PRÉAMBULE

Désireux, d’une part, d’améliorer les garanties frais de soins de santé des salariés non-cadres de la pharmacie d’officine aux fins d’harmonisation de ces garanties avec celles des salariés cadres et assimilés et de mettre ainsi un terme aux différences de traitement entre salariés en matière de frais de soins de santé.

Soucieux, d'autre part, de mettre en conformité les régimes de frais de soins de santé de la pharmacie d'officine avec le dispositif dit du « 100 % santé » prévu par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, les parties signataires sont convenues de ce qui suit :

Article 1^{er}

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 modifiée comme suit :

I. – Au 4^e alinéa du A « Définition » de l'article 3 « Décès de l'assuré » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » le mot « handicapés » est supprimé.

II. – Le B « Montant du capital » de l'article 3 « Décès de l'assuré » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » est remplacé par les dispositions suivantes :

« B. – Montant du capital

Le capital et les majorations sont calculés en pourcentage du traitement annuel de base :

- célibataire, veuf ou divorcé sans enfant à charge : 200 % ;
- célibataire, veuf ou divorcé avec enfant à charge : 250 % ;
- marié ou lié par un Pacs avec ou sans enfant à charge : 250 %.

En cas de décès par accident un capital complémentaire est versé. Ce capital complémentaire est calculé en pourcentage du traitement annuel de base limité au plafond annuel de la sécurité sociale :

- célibataire, veuf ou divorcé sans enfant à charge : 100 % ;
- célibataire, veuf ou divorcé avec enfant à charge : 150 % ;
- marié ou lié par un Pacs avec ou sans enfant à charge : 150 %.

III. – L'article 3.2 « Rente handicap » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 3.2

Rente éducation

En cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, il est versé une rente temporaire à chacun des enfants qui étaient à la charge de l'assuré, au sens des dispositions de l'article 3.4, lors de son décès.

A. – Montant de la rente

Le montant annuel de la rente est fixé à 5 % du traitement annuel de base avec un minimum de 3 % du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur à la date du décès.

Le montant de la rente est doublé si l'enfant est orphelin de père et de mère ou si l'enfant est handicapé au sens des dispositions du d de l'article 3.4.

B. – Modalités de versement

La rente est versée au bénéficiaire ou à son représentant légal.

Cette rente est payable par annuité au cours du 1^{er} trimestre civil de l'exercice au titre de la période scolaire en cours (période du 1^{er} octobre de l'année précédente au 30 septembre de l'année considérée).

Le montant des rentes d'éducation est susceptible d'être revalorisé dans les conditions déterminées à l'article 7.

C. – Durée de versement

La rente est versée tant que l'enfant remplit les conditions pour être enfant à charge au sens des dispositions de l'article 3.4.

La rente est viagère lorsque l'enfant est handicapé au sens des dispositions du *d* de l'article 3.4 ».

IV. – L'article 3.4 « Enfants à charge » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 3.4

Enfants à charge

Pour l'application des dispositions des articles 3 à 3.3, sont considérés comme enfants à charge, les enfants de l'assuré :

- a) De moins de 18 ans à charge au sens de la sécurité sociale.
- b) De moins de 28 ans en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou poursuivant leurs études dans l'Union européenne, sous réserve de justifier de la poursuite d'études.
- c) De moins de 20 ans qui sont, par suite d'une infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente reconnue par la sécurité sociale de se livrer à un travail rémunéré.
- d) Sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne.

Les enfants de l'assuré nés viables moins de 300 jours après le décès de l'assuré sont considérés comme à charge au jour du décès. »

V. – À l'article 5 « Incapacité de travail » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » le « B. – Montant » est remplacé par les dispositions suivantes :

« B. – Montant

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 1226-1 du code du travail, le montant de l'indemnité journalière est égal à 82 % du traitement brut de base journalier, sous déduction des prestations servies par la sécurité sociale.

Le traitement de base journalier est obtenu en divisant par le nombre de jours calendaires, le traitement de base mensuel défini à l'article 2, paragraphe 2.

Cette indemnité ne peut se cumuler avec la rente d'invalidité prévue à l'article 6.

L'indemnité est versée par l'intermédiaire de l'employeur ou, en cas de rupture du contrat de travail, directement à l'assuré.

En aucun cas, le total des sommes perçues par l'assuré en incapacité du travail, quelle qu'en soit la nature (salaires versés par l'employeur, sommes versées en application de la convention collective dont il relève, du code de la sécurité sociale et du présent régime), après précompte des cotisations sociales dues mais avant impôt sur le revenu, ne peut être supérieur au salaire net perçu au cours des 12 derniers mois civils de pleine activité ramené à la période d'arrêt de travail indemnisé, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...). Le salaire net est le salaire net de cotisations sociales mais avant impôt sur le revenu, le cas échéant revalorisé conformément aux dispositions de l'article 7.2, le surplus éventuel réduisant d'autant la présente garantie ».

VI. – À l'article 5 « Incapacité de travail » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » l'unique alinéa du « D. – Reprise d'activité à temps partiel » est complété par les dispositions suivantes :

« La limitation prévue au B s'applique. Toutefois, les éventuelles augmentations de salaire associées à l'emploi occupé lors de la reprise de travail, quel qu'en soit le motif, ne sont pas prises en compte dans la limitation des prestations servies par le présent régime ».

VII. – À l'article 6 « Invalidité » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » le « B. – Montant » est modifié comme suit :

- le dernier alinéa du paragraphe 1 « En cas d'invalidité » est remplacé par les dispositions suivantes :

- « Dans le cas où l'assuré est classé dans le 1^{er} groupe des invalides, la rente versée est celle qui est prévue pour les assurés en 2^e et 3^e catégories. Cependant, son montant est réduit de 1/4 » ;

- au paragraphe 2, dans l'intitulé, les mots « En cas d'invalidité permanente » sont remplacés par les mots « En cas d'incapacité permanente » et, au 2^e alinéa, les mots « Toutefois, si » sont remplacés par le mot « Si » ;

- le dernier alinéa du paragraphe 2 est remplacé par un paragraphe 3 ainsi rédigé :

- « 3. Dans les cas visés aux paragraphes 1 et 2 ci-dessus :

- les prestations sont versées directement à l'assuré ;

- en aucun cas, le total des sommes versées à l'assuré en invalidité ou incapacité permanente, quelle qu'en soit la nature (salaires versés par l'employeur, sommes versées en application de la convention collective dont il relève, du code de la sécurité sociale et du présent régime), après précompte des cotisations sociales dues mais avant impôt sur le revenu, ne peut être supérieur au salaire net perçu au cours des 12 derniers mois civils de pleine activité ramené à la période d'arrêt de travail indemnisé, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...). Le salaire net est le salaire net de cotisations sociales mais avant impôt sur le revenu. Il est, le cas échéant, revalorisé conformément aux dispositions de l'article 7.2 du présent accord, le surplus éventuel réduisant d'autant la présente garantie. »

VIII. – À l'article 6 « Invalidité » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » le premier alinéa du « C. – Durée du paiement » est remplacé par les dispositions suivantes :

- « La rente d'invalidité est servie dès la notification de l'état d'invalidité par la sécurité sociale, à partir du 1^{er} jour qui suit la cessation du paiement de l'indemnité prévue à l'article 5 si l'invalidité fait suite à une incapacité de travail, et pendant toute la durée de l'invalidité de l'assuré. »

IX. – À l'article 8 « Garantie maternité » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » le dernier alinéa du « B. – Montant » est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

- « L'indemnité est versée par l'intermédiaire de l'employeur ou, en cas de rupture du contrat de travail, directement à l'assurée.

En aucun cas, le total des sommes versées à l'assurée en congé de maternité, quelle qu'en soit la nature (salaires versés par l'employeur, sommes versées en application de la convention collective dont elle relève, du code de la sécurité sociale et du présent régime), après précompte des cotisations sociales dues mais avant impôt sur le revenu, ne peut être supérieur au salaire net perçu au cours des 12 derniers mois civils de pleine activité ramené à la période d'arrêt de travail indemnisé, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...). Le salaire net est le salaire net de cotisations sociales mais avant impôt sur le revenu ».

X. – À l'article 8 *bis* « Garantie paternité » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » le dernier alinéa du « B. – Montant » est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

- « L'indemnité est versée par l'intermédiaire de l'employeur ou, en cas de rupture du contrat de travail, directement à l'assuré.

En aucun cas, le montant des sommes versées à l'assuré en congé de paternité, quelle qu'en soit la nature (salaires versés par l'employeur, sommes versées en application de la convention collective dont il relève, du code de la sécurité sociale et du présent régime), après précompte des cotisations

sociales dues mais avant impôt sur le revenu, ne peut être supérieur au salaire net perçu au cours des 12 derniers mois civils de pleine activité ramené à la période d'arrêt de travail indemnisé, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...). Le salaire net est le salaire net de cotisations sociales mais avant impôt sur le revenu. »

XI – À l'article 9 « Garantie frais de soins de santé » du 2 « Régime frais de soins de santé » le 9^e alinéa du « B.2. – Bénéficiaires » est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

- « sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne ; »

XII. – À l'article 9 « Garantie frais de soins de santé » du 2 « Régime frais de soins de santé » le 8^e alinéa du « B.3. – Adhérents facultatifs » est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

- « sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne ; »

XIII. – À l'article 9 « Garantie frais de soins de santé » du 2 « Régime frais de soins de santé » le « B.4. – Niveau des garanties » est remplacé par les dispositions suivantes :

« B.4. – Niveau des garanties

Le régime frais de soins de santé offre deux possibilités au choix de l'entreprise :

- régime de base obligatoire non-cadre : il s'agit du minimum conventionnel qui s'impose à l'entreprise pour le personnel non-cadre. Il correspond, pour les garanties frais de soins de santé, aux garanties du régime de base obligatoire des salariés cadres et assimilés (RPO) ainsi qu'au niveau 1 des tableaux présentés en annexe IV-3 ;
- régime supplémentaire frais de soins de santé non-cadre : il permet de porter, au choix de l'entreprise, les garanties frais de soins de santé du personnel non-cadre au niveau de celles du régime supplémentaire des salariés cadres et assimilés (RSF). Il correspond, pour les garanties – frais de soins de santé, au niveau 2 des tableaux présentés en annexe IV-3.

Sous réserve du respect des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques et des dépenses d'affiliations légales ou conventionnelles, le choix de l'entreprise entre ces différents niveaux de garanties s'applique obligatoirement à l'ensemble des bénéficiaires tels que définis au B.2. »

XIV. – À l'article 9.1 « Maintien de la garantie frais de soins de santé » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » le paragraphe 1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1. Peuvent obtenir le maintien de la garantie frais de soins de santé à titre gratuit :

1.1. Les anciens salariés ci-après dont la rupture du contrat de travail a pris effet avant le 1^{er} juillet 2019 :

a) Les chômeurs licenciés pendant les 6 premiers mois d'indemnisation par Pôle emploi sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.

b) Les anciens salariés bénéficiaires d'une rente incapacité de travail ou d'invalidité sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail tant que leur sont versées par la sécurité sociale les prestations en espèces au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité et, au plus tard, jusqu'à la date de liquidation de la pension de vieillesse par la sécurité sociale, la reprise totale d'activité, ou le décès.

c) Les anciens salariés bénéficiaires d'un contrat de sécurisation professionnelle pendant les 6 premiers mois de versement par Pôle emploi de l'allocation de sécurisation professionnelle, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.

d) Les bénéficiaires de la portabilité des garanties prévoyance et santé dans les conditions et pour la durée prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

1.2. Les anciens salariés ci-après dont la rupture du contrat de travail a pris effet à compter du 1^{er} juillet 2019 :

Les bénéficiaires de la portabilité des garanties prévoyance et santé dans les conditions et pour la durée prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ».

XV. – À l'article 9.1 « Maintien de la garantie frais de soins de santé » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » le *f* du paragraphe 2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *f*) les bénéficiaires d'indemnités journalières par suite de maladie, d'une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou d'invalidité, versées par la sécurité sociale lors du licenciement et qui ne peuvent pas ou plus prétendre au maintien de la garantie à titre gratuit défini au *b* du 1 du présent article, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent le terme du délai fixé au *b* du 1 du présent article (12 mois maximum à compter de la rupture du contrat de travail) ; »

XVI. – À l'article 9.1 « Maintien de la garantie frais de soins de santé » du 1 « Régime décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité » le paragraphe 4 est modifié comme suit :

- la seconde phrase du premier alinéa est complétée par les termes « sans préjudice de l'application des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques qui s'imposent à l'ancien assureur. » ;
- le second alinéa est supprimé.

XVII. – L'article 10 « Cotisations » du 3 « Cotisations » est remplacé par un article ainsi rédigé :

« Article 10

Cotisations

A. – Assiette des cotisations

Les garanties sont assurées en contrepartie d'une cotisation assise d'une part, sur le plafond de la sécurité sociale et d'autre part, sur la rémunération annuelle brute, y compris les éléments variables (gratifications, mois double...), de chaque assuré retenue comme assiette pour le calcul des cotisations de la sécurité sociale.

Pour les apprentis, le traitement de base est égal au salaire retenu par la sécurité sociale.

B. – Cas des salariés en incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité

Les indemnités ou rentes versées par le régime en complément des indemnités journalières ou pensions d'invalidité servies par la sécurité sociale sont exclues de l'assiette des cotisations afférentes au présent régime pour la couverture des risques décès, incapacité, invalidité et maternité-paternité.

En cas d'incapacité de travail, d'invalidité ou de maternité-paternité d'un assuré dont le contrat de travail n'est pas rompu donnant lieu au paiement de prestations en espèces de la sécurité sociale, les cotisations assises sur le traitement sont dues sur le salaire ou fraction de salaire versé à l'assuré, la cotisation assise sur le plafond de la sécurité sociale étant due en totalité tant qu'il existe une cotisation sur salaire ou tant que le salarié bénéficie de prestations du présent régime versées par l'intermédiaire de l'employeur comme indiqué au B des articles 5, 8 et 8 *bis* ci-avant.

C. – Taux de cotisations

C.1. – Assurés en activité. – Régime de base obligatoire

a) Pharmacies situées hors Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

	DÉCÈS	INCAPACITÉ, invalidité, maternité- paternité	FRAIS DE SOINS DE SANTÉ (*)		TOTAL	
	Traitement de base	Traitement de base	Traitement de base	Plafond mensuel de la sécurité sociale	Traitement de base	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Employeur	0,24	1,22	0,48	0,50	1,94	0,50
Salarié	0,16	0,65	0,29	0,50	1,10	0,50
Total	0,40	1,87	0,77	1,00	3,04	1,00
(*) Sous réserve des dispositions relatives aux salariés à employeurs multiples figurant au d						

b) Pharmacies situées en Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

	DÉCÈS	INCAPACITÉ, invalidité, maternité- paternité	FRAIS DE SOINS DE SANTÉ (*)		TOTAL	
	Traitement de base	Traitement de base	Traitement de base	Plafond mensuel de la sécurité sociale	Traitement de base	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Employeur	0,24	1,22	0,44	0,35	1,90	0,35
Salarié	0,16	0,65	0,30	0,35	1,11	0,35
Total	0,40	1,87	0,74	0,70	3,01	0,70
(*) Sous réserve des dispositions relatives aux salariés à employeurs multiples figurant au d						

c) Salariés à temps partiel

Pour chaque salarié exerçant une activité à temps partiel :

- les cotisations assises sur la rémunération annuelle brute sont dues sur le salaire perçu par l'assuré ;
- la cotisation afférente aux frais de soins de santé exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale est une somme forfaitaire. Elle est due dans son intégralité, quelle que soit la durée de travail stipulée au contrat de travail.

d) Salariés à employeurs multiples

Pour les salariés à employeurs multiples :

- les cotisations assises sur la rémunération annuelle brute sont dues sur le salaire perçu par l'assuré chez chaque employeur ;
- la cotisation afférente aux frais de soins de santé exprimée en pourcentage du plafond de la sécurité sociale fait l'objet d'un partage par quotes-parts égales en fonction du nombre d'employeurs.

Les taux des cotisations décès-incapacité, invalidité, maternité-paternité et les taux des cotisations frais de soins de santé assises sur le traitement de base sont ceux indiqués au *a* et *b* ci-dessus selon la situation géographique de la pharmacie. Les taux des cotisations frais de soins de santé assises sur le plafond mensuel de la sécurité sociale sont les suivants :

d.1) Pharmacies situées hors Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

TAUX DE COTISATIONS DU PLAFOND MENSUEL de la sécurité sociale	1 employeur	2 employeurs	3 employeurs	4 employeurs et +
Employeur	0,500	0,250	0,165	0,125
Salarié	0,500	0,250	0,165	0,125
Total	1,000	0,500	0,330	0,250

d.2) Pharmacies situées en Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

TAUX DE COTISATIONS DU PLAFOND MENSUEL de la sécurité sociale	1 employeur	2 employeurs	3 employeurs	4 employeurs et +
Employeur	0,350	0,175	0,115	0,090
Salarié	0,350	0,175	0,115	0,090
Total	0,700	0,350	0,230	0,180

Pour l'appréciation de la qualité de salarié à employeurs multiples, seuls sont pris en compte les employeurs auprès desquels le salarié ne bénéficie pas d'une dispense d'affiliation.

C.2. – Assurés en activité – régime supplémentaire frais de soins de santé

La cotisation du régime supplémentaire frais de soins de santé, exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale, s'ajoute à la cotisation du régime de base obligatoire définie au C.1.

Elle est fixée comme suit :

(En pourcentage.)

	RÉGIME SUPPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Employeur	0,285
Salarié	0,285
Total	0,570

Pour les salariés à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité, quelle que soit la durée du travail stipulée au contrat de travail.

C.3. – Adhérents facultatifs frais de soins de santé

La cotisation des adhérents facultatifs au régime frais de soins de santé est fixée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale. Elle varie selon le niveau de couverture choisi et le régime d'appartenance.

Cotisations pour les garanties du régime de base obligatoire

EN POURCENTAGE DU PLAFOND MENSUEL de la sécurité sociale	HORS ALSACE-MOSELLE	ALSACE-MOSELLE
Par adulte non retraité	1,90	1,33
Par adulte retraité	2,93	2,03
Par enfant non à charge	1,14	0,79

Cotisations pour les garanties du régime supplémentaire frais de soins de santé (cotisations du régime de base obligatoire incluses)

EN POURCENTAGE DU PLAFOND MENSUEL de la sécurité sociale	HORS ALSACE-MOSELLE	ALSACE-MOSELLE
Par adulte non retraité	2,50	1,93
Par adulte retraité	3,42	2,51
Par enfant non à charge	1,50	1,15

C.4. – Anciens assurés bénéficiaires d'un maintien de garanties

a) Peuvent bénéficier, selon les modalités fixées au 2 de l'article 9.1, du maintien de la garantie frais de soins de santé moyennant le versement d'une cotisation dont le montant est déterminé par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la pharmacie d'officine dans les conditions fixées par le décret n° 90-769 du 30 août 1990 modifié :

- les chômeurs licenciés depuis plus de 6 mois ;
- les bénéficiaires d'un contrat de solidarité ;
- les retraités, les préretraités FNE, les bénéficiaires d'un contrat ARPE, les anciens déportés ;
- les ayants droit de l'assuré décédé ;
- les bénéficiaires d'un contrat de sécurisation professionnelle ;
- les bénéficiaires d'indemnités journalières par suite de maladie, d'une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou d'invalidité, versées par la sécurité sociale lors du licenciement et qui ne peuvent plus prétendre au maintien de la garantie à titre gratuit défini à l'article 9.1, 1, 1.1, *b* ;
- les anciens salariés à l'issue de la période de maintien de garantie en application des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité).

Les prestations sont identiques à celles du régime de base obligatoire non cadre ou du régime supplémentaire frais de soins de santé non-cadre, en fonction de la garantie souscrite par l'officine dont relèvent les bénéficiaires du dispositif de maintien des garanties.

Les tableaux des garanties sont présentés en annexe IV.3.

En fonction de la date d'adhésion de l'ancien salarié au dispositif de maintien des garanties frais de soins de santé, le montant de la cotisation annuelle est fixé comme suit :

b) Cotisation pour le régime de base obligatoire non-cadre – bénéficiaires hors Alsace-Moselle :

(En euros.)

	ADHÉSION À COMPTER DU 1 ^{ER} JANVIER 2020					COTISATION par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^e enfant)
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
Anciens assurés retraités	564	702	846	1 002	1 164	453
Anciens assurés non retraités	564	648	750	864	984	453

c) Cotisation pour le régime de base obligatoire non-cadre – bénéficiaires Alsace-Moselle

(En euros.)

	ADHÉSION À COMPTER DU 01/01/2020					COTISATION par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^e enfant)
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
Anciens assurés retraités	432	516	612	708	807	314
Anciens assurés non retraités	432	498	564	624	684	314

*d) Cotisation pour le régime supplémentaire frais de soins de santé non-cadre
incluant la cotisation du régime de base – bénéficiaires hors Alsace-Moselle*

(En euros.)

	ADHÉSION À COMPTER DU 01/01/2020					COTISATION par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^e enfant)
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
Anciens assurés retraités	792	912	1 032	1 194	1 356	596
Anciens assurés non retraités	792	858	936	1 032	1 152	596

*e) Cotisation pour le régime supplémentaire frais de soins de santé non-cadre
incluant la cotisation du régime de base – bénéficiaires Alsace-Moselle*

(En euros.)

	ADHÉSION À COMPTER DU 01/01/2020					COTISATION par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^e enfant)
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	

	ADHÉSION À COMPTER DU 01/01/2020					COTISATION par enfant à charge (gratuité à compter du 4 ^e enfant)
Anciens assurés retraités	660	726	798	900	999	457
Anciens assurés non retraités	660	708	750	792	852	457

f) Cas particuliers

f1) Les bénéficiaires d'un contrat de solidarité, les retraités ayant 10 ans d'activité salariée en pharmacie d'officine validés par la caisse de retraite ARRCO-AGIRC dont ils relèvent, dont les revenus sont inférieurs à :

- 19 € par jour et par personne (pour un couple) ;
- 22 € par jour pour un célibataire, veuf ou divorcé,

sont exonérés de la cotisation.

f2) Les bénéficiaires d'un congé parental d'éducation ou d'un congé sabbatique peuvent bénéficier du maintien des garanties « frais de soins de santé » et « décès » du régime de base obligatoire moyennant le versement d'une cotisation dès lors qu'ils en font la demande écrite dans les 3 mois qui suivent la suspension du contrat de travail.

Le montant de la cotisation annuelle est fixé à 1 000 € pour le régime de base obligatoire et à 1 100 € pour le régime supplémentaire frais de soins de santé.

g) Le montant des différentes cotisations visées au présent C.4, est révisable en fonction des résultats techniques du régime par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la pharmacie d'officine. »

Article 2

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 modifiée comme suit :

I. – Au I « Assurés » les alinéas 3, 4, 5 et 6 sont remplacés par 5 alinéas ainsi rédigés :

« Trois possibilités sont ouvertes au choix de l'entreprise :

- régime de base obligatoire cadres et assimilés (appelé RPO) qui est le minimum conventionnel qui s'impose à l'entreprise en frais de soins de santé et en prévoyance. Il correspond, pour les garanties frais de soins de santé, au niveau 1 des tableaux présentés en annexe IV.3 ;
- régime supplémentaire cadres et assimilés (appelé RSF) permettant, au choix de l'entreprise, d'améliorer les garanties du RPO en frais de soins de santé comme en prévoyance. Il correspond, pour les garanties frais de soins de santé, au niveau 2 des tableaux présentés en annexe IV.3 ;
- régime supplémentaire cadres et assimilés avec franchise réduite (appelé RSF +) permettant, au choix de l'entreprise, d'améliorer les garanties du RPO pour les porter au niveau du RSF avec une franchise réduite à 3 jours en incapacité de travail pour les cadres et les assimilés cadres. Il correspond, pour les garanties frais de soins de santé, au niveau 2 des tableaux présentés en annexe IV.3.

Sous réserve du respect des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques et des dépenses d'affiliation légales ou conventionnelles, le choix de l'entreprise s'applique obligatoirement à l'ensemble des salariés cadres et assimilés cadres et leurs ayants droit. »

II. – Le II « Cotisations » est remplacé par les dispositions suivantes :

« II. – Cotisations

A. – Taux de cotisation du régime de base obligatoire cadres et assimilés (RPO)

1. Pharmacies situées hors Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

RISQUE	DÉCÈS, incapacité, invalidité, maternité- paternité	FRAIS DE SOINS DE SANTÉ		TOTAL	
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Salaire total dans la limite de TA + TB	Plafond mensuel de la sécurité sociale	Salaire total dans la limite de TA + TB	Plafond mensuel de la sécurité sociale (*)
Employeur	1,41	0,48	0,50	1,89	0,50
Salarié	0	0,29	0,50	0,29	0,50
Total	1,41	0,77	1,00	2,18	1,00
(*) Sous réserve des dispositions relatives aux salariés à employeurs multiples figurant au 4					

2. Pharmacies situées en Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

RISQUE	DÉCÈS, incapacité, invalidité, maternité- paternité	FRAIS DE SOINS DE SANTÉ		TOTAL	
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Salaire total dans la limite de TA + TB	Plafond mensuel de la sécurité sociale	Salaire total dans la limite de TA + TB	Plafond mensuel de la sécurité sociale (*)
Employeur	1,41	0,37	0,35	1,78	0,35
Salarié	0	0,17	0,35	0,17	0,35
Total	1,41	0,54	0,70	1,95	0,70
(*) Sous réserve des dispositions relatives aux salariés à employeurs multiples figurant au 4.					

3. Salariés à temps partiel

Pour chaque salarié exerçant une activité à temps partiel :

- les cotisations assises sur la rémunération annuelle brute sont dues sur le salaire perçu par l'assuré ;
- la cotisation afférente aux frais de soins de santé exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale est une somme forfaitaire. Elle est due dans son intégralité, quelle que soit la durée de travail stipulée au contrat de travail.

4. Salariés multi-employeurs

Pour les salariés à employeurs multiples :

- les cotisations assises sur la rémunération annuelle brute sont dues sur le salaire perçu par l'assuré chez chaque employeur ;
- la cotisation afférente aux frais de soins de santé exprimée en pourcentage du plafond de la sécurité sociale fait l'objet d'un partage par quotes-parts égales en fonction du nombre d'employeurs.

Ainsi, les taux des cotisations décès, incapacité, invalidité, maternité-paternité et les taux des cotisations frais de soins de santé assises sur le traitement de base sont ceux indiqués au 1 et 2 ci-dessus selon la situation de la pharmacie.

Les taux des cotisations frais de soins de santé assises sur le plafond mensuel de la sécurité sociale sont les suivants :

Pharmacies situées hors Alsace-Moselle :

(En pourcentage.)

TAUX DE COTISATIONS DU PLAFOND MENSUEL de la sécurité sociale	1 employeur	2 employeurs	3 employeurs	4 employeurs et +
Employeur	0,500	0,250	0,165	0,125
Salarié	0,500	0,250	0,165	0,125
Total	1,000	0,500	0,330	0,250

Pharmacies situées en Alsace-Moselle :

(En pourcentage.)

TAUX DE COTISATIONS DU PLAFOND MENSUEL de la sécurité sociale	1 employeur	2 employeurs	3 employeurs	4 employeurs et +
Employeur	0,350	0,175	0,115	0,090
Salarié	0,350	0,175	0,115	0,090
Total	0,700	0,350	0,230	0,180

Pour l'appréciation de la qualité de salarié multi-employeurs, seuls sont pris en compte les employeurs auprès desquels le salarié ne bénéficie pas d'une dispense d'affiliation.

B. – Taux de cotisation additionnels du régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF) et du régime supplémentaire cadres et assimilés avec franchise réduite (RSF +)

B.1. – Régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF)

Les cotisations du régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF) s'ajoutent aux cotisations du régime de base obligatoire cadres et assimilés (RPO).

(En pourcentage.)

RISQUE	DÉCÈS, incapacité, invalidité, maternité-paternité	FRAIS DE SOINS DE SANTÉ
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Plafond mensuel de la sécurité sociale

RISQUE	DÉCÈS, incapacité, invalidité, maternité- paternité	FRAIS DE SOINS DE SANTÉ
Employeur	0,09	0,285
Salarié	0,09	0,285
Total	0,18	0,570

B.2. – Régime supplémentaire cadres et assimilés avec franchise réduite (RSF +)

Les cotisations du régime supplémentaire cadres et assimilés avec franchise réduite (RSF +) s'ajoutent aux cotisations du régime de base obligatoire cadres et assimilés (RPO).

(En pourcentage.)

RISQUE	DÉCÈS, incapacité, invalidité, maternité- paternité	FRAIS DE SOINS DE SANTÉ
Assiette	Salaire total dans la limite de TA + TB	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Employeur	0,81	0,285
Salarié	0,09	0,285
Total	0,90	0,570

C. – Cas des salariés en incapacité de travail, invalidité ou maternité-paternité

Les indemnités ou rentes versées par le régime en complément des indemnités journalières ou pensions d'invalidité servies par la sécurité sociale sont exclues de l'assiette des cotisations afférentes au présent régime pour la couverture des risques décès, incapacité, invalidité et maternité-paternité.

Toutefois, en cas d'incapacité de travail, de maternité-paternité ou d'invalidité d'un assuré dont le contrat de travail n'est pas rompu donnant lieu au paiement des prestations d'incapacité ou d'invalidité de la sécurité sociale, les cotisations assises sur le salaire sont dues sur le seul salaire ou fraction de salaire versé à l'assuré. La cotisation assise sur le plafond de la sécurité sociale reste due en intégralité tant qu'il existe une cotisation sur salaire ou tant que le salarié bénéficie de prestations du présent régime versées par l'intermédiaire de l'employeur comme indiqué au 3 du A du IV ci-après.

Après la rupture du contrat de travail les dispositions du III-C ou du VII s'appliquent.

D. – Adhérents facultatifs frais de soins de santé

La cotisation des adhérents facultatifs est fixée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale et varie selon le niveau de couverture choisi et le régime d'appartenance.

1. Cotisation pour les garanties du régime de base obligatoire cadres et assimilés (RPO)

(En pourcentage.)

	HORS ALSACE-MOSELLE	ALSACE-MOSELLE
Par adulte non retraité	1,90	1,33
Par adulte retraité	2,93	2,03
Par enfant	1,14	0,79

2. Cotisation pour les garanties du régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF et RSF +)
(cotisations du régime de base obligatoire cadres et assimilés – RPO – incluses)

(En pourcentage.)

	HORS ALSACE-MOSELLE	ALSACE-MOSELLE
Par adulte non retraité	2,50	1,93
Par adulte retraité	3,42	2,51
Par enfant	1,50	1,15

III. – Au A « Bénéficiaires » du III « Maladie. – Chirurgie. – Maternité (prestations en nature) » le 9^e alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

- « Sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne ; »

IV. – Le C « Maintien des garanties gratuitement pendant 6 mois à compter de la rupture du contrat de travail » du III « Maladie. – Chirurgie. – Maternité (prestations en nature) » est renommé « C. – Maintien gratuit des garanties frais de soins de santé à compter de la rupture du contrat de travail » et est modifié comme suit :

- le 1^{er} alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« C.1. – Salariés dont la rupture du contrat de travail a pris effet avant le 1^{er} juillet 2019

C.1.a. – Est maintenu gratuitement dans le régime frais de soins de santé pendant 6 mois : » ;

- il est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« C.1.b. – Les bénéficiaires de la portabilité des garanties prévoyance et santé bénéficient du maintien des garanties dans les conditions et pour la durée prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

C.2. – Salariés dont la rupture du contrat de travail a pris effet à compter du 1^{er} juillet 2019 :

Les bénéficiaires de la portabilité des garanties prévoyance et santé bénéficient du maintien des garanties dans les conditions et pour la durée prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale. »

V. – Au D « Adhérents facultatifs » du III « Maladie. – Chirurgie. – Maternité (prestations en nature) » le 8^e alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne ; »

VII. – Au A « Incapacité temporaire et maternité-paternité » du IV « Arrêts de travail (prestations en espèces) » le 1 « incapacité temporaire » est modifié comme suit :

- dans la rubrique relative aux salariés assimilés cadres ayant au moins 1 an de présence dans l'entreprise à la date de l'arrêt de travail, est ajouté, sous le tableau des garanties, un second tableau ainsi rédigé :

(En pourcentage)

RSF +	TA	TB
À partir du 4 ^e jour (inclus)	40	90

- dans la rubrique relative aux salariés cadres ayant au moins 1 an de présence dans l'entreprise à la date de l'arrêt de travail, est ajouté, sous le second tableau des garanties, un troisième tableau ainsi rédigé :

(En pourcentage.)

RSF +	TA	TB
À partir du 4 ^e jour (inclus)	40	90

VII. – Le A « Incapacité temporaire et maternité-paternité » du IV « Arrêts de travail (prestations en espèces) » est modifié comme suit :

- l'avant-dernier alinéa du 2 « Maternité-paternité » est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Le montant des indemnités servies par le régime est égal à 100 % du salaire brut de référence, le cumul de ces indemnités avec les prestations servies par la sécurité sociale, après précompte des cotisations sociales dues mais avant impôt sur le revenu, ne pouvant excéder une somme égale à TA nette de cotisations sociales. » ;

- les 2 premiers alinéas du 3 « Dispositions communes » sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le versement des indemnités journalières s'effectue par l'intermédiaire de l'employeur ou, en cas de rupture du contrat de travail, directement à l'assuré.

Le total des sommes perçues par l'assuré, quelle qu'en soit la nature (salaires versés par l'employeur, sommes versées en application de la convention collective dont il relève, du code de la sécurité sociale et du présent régime), après précompte des cotisations sociales dues mais avant impôt sur le revenu, ne peut en aucun cas excéder 100 % du traitement de référence ayant servi de base au calcul des indemnités ou rentes servies. Le dépassement éventuel réduit d'autant la prestation garantie. Le traitement de référence s'entend après précompte des cotisations sociales dues mais avant impôt sur le revenu. Il est, le cas échéant, revalorisé conformément aux dispositions du D ci-après, le surplus éventuel réduisant d'autant la présente garantie. » ;

- après le 4^e alinéa du 3 « Dispositions communes » il est ajouté un 5^e alinéa rédigé comme suit :

« Si la sécurité sociale accorde à l'intéressé l'autorisation d'une reprise partielle d'activité et maintient de ce fait une partie des indemnités journalières normales, les prestations sont réduites dans les mêmes proportions. La limitation prévue ci-dessus s'applique. Toutefois, les éventuelles augmentations de salaire associées à l'emploi occupé lors de la reprise de travail, quel qu'en soit le motif, ne sont pas prises en compte dans la limitation des prestations servies par le présent régime. »

VIII. – Le B « Invalidité permanente » du IV « Arrêts de travail (prestations en espèces) » est ainsi modifié :

- le 18^e alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Le versement des rentes invalidité prévues au présent régime est effectué directement à l'assuré. » ;

- l'avant-dernier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« En aucun cas, le montant total des sommes versées au salarié en invalidité, quelle qu'en soit la nature (salaires versés par l'employeur, sommes versées en application de la convention collective dont il relève, du code de la sécurité sociale et du présent régime), après précompte des cotisations sociales dues mais avant impôt sur le revenu, ne peut être supérieur à 100 % du traitement de référence ayant servi de base au calcul des indemnités ou rentes servies. Le dépassement réduit d'autant la prestation garantie. Le traitement de référence s'entend après précompte des cotisations sociales dues mais avant impôt sur le revenu. »

IX. – Au C « Rentes éducation » du IV « Arrêts de travail (prestations en espèces) » au 4^e alinéa ainsi que dans la 3^e colonne du tableau qui suit, le terme « RSF » est remplacé par les termes « RSF et RSF + ».

X. – Le E « Dispositions diverses » du IV « Arrêts de travail (prestations en espèces) » est modifié comme suit :

- au 3^e alinéa, les mots « pendant une durée maximum de 6 mois et du maintien de cette couverture » sont supprimés ;
- au 5^e alinéa, les mots « ou celles classées en invalidité de 3^e catégorie ; » sont remplacés par les mots « ou celles classées en invalidité de 3^e catégorie dont le contrat de travail a été rompu ; » ;
- au 7^e alinéa, les mots « de la période de gratuité de 6 mois ou » sont supprimés.

XI. – Le B « Montant du capital » du V « décès » est remplacé par les dispositions suivantes :

« B. – Montant du capital

En cas de décès :

Il est versé au bénéficiaire un capital fixé en pourcentage du salaire de référence TA + TB (le capital versé par le RSF et le RSF + incluant le capital versé par le RPO) :

EN POURCENTAGE DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE TA + TB	RPO	RSF ET RSF +
S'il est célibataire, veuf, divorcé sans enfants à charge	200	300
S'il est marié, sans personne à charge	250	375
S'il est célibataire, veuf, divorcé ou marié avec une personne à charge	250	400
Par personne à charge supplémentaire	0	25

En cas de décès par accident un capital complémentaire, calculé en pourcentage du salaire de référence limité à la tranche A, est versé. Il est calculé comme suit :

EN POURCENTAGE DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE LIMITÉ À LA TA	RPO	RSF ET RSF +
S'il est célibataire, veuf, divorcé sans enfants à charge	100	100
S'il est marié, sans personne à charge	150	150
S'il est célibataire, veuf, divorcé ou marié avec une personne à charge	150	150

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie :

Les capitaux décès prévus ci-dessus en cas de décès sont versés au profit de l'assuré lui-même.

Rente éducation en cas de décès :

Une rente éducation est accordée aux enfants, tels que définis au VI, qui étaient à la charge de l'assuré lors de son décès.

Le montant annuel de la rente (le montant de rente versée par le RSF et le RSF + incluant le montant de la rente versée par le RPO) est fixé à :

	RPO	RSF ET RSF +
Enfants à charge âgés de moins de 28 ans au 31 décembre de l'année	5 % du traitement de référence TA + TB avec un minimum de 3 % du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur à la date du décès	6 % du traitement de référence TA + TB avec un minimum de 3 % du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur à la date du décès

Le montant de la rente est doublé si l'enfant est orphelin de père et de mère ou s'il est handicapé au sens des dispositions du d du A du VI.

Cette rente est payable par annuité au cours du 1^{er} trimestre civil de l'exercice au titre de la période scolaire en cours (période du 1^{er} octobre de l'année précédente au 30 septembre de l'année considérée).

La rente est versée au bénéficiaire ou à son représentant légal, tant que l'enfant remplit les conditions pour être enfant à charge.

La rente est viagère lorsque l'enfant est handicapé au sens des dispositions du d du A du VI.

Le montant des rentes d'éducation est susceptible d'être revalorisé dans les conditions déterminées au D du IV ».

XII. – Le C « Montant du capital en cas de décès du conjoint survivant » du V « décès » est modifié comme suit :

- au 2^e alinéa, les mots « le RSF » sont remplacés par les mots « le RSF et le RSF + » ;
- dans la 3^e colonne du tableau, le terme « RSF » est remplacé par les termes « RSF et RSF + ».

XIII. – Au A « Personnes à charge pour les garanties prévoyance » du VI « Définitions » les 4 premiers alinéas du paragraphe « Enfants à charge » sont numérotés respectivement *a*, *b*, *c*, *d*, le *d* étant remplacé par les dispositions suivantes :

« *d*) Enfants de l'assuré sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne ».

XIV. – Aux 2^e, 3^e et 4^e alinéas du B « Demande d'adhésion » du VII « Contrat proposé aux anciens assurés en vue du maintien des garanties maladie – chirurgie – maternité », les termes « sa famille » et « les membres de sa famille » sont remplacés par les termes « ses ayants droit ».

15. Le C « Cotisations » du VII « Contrat proposé aux anciens assurés en vue du maintien des garanties maladie – chirurgie – maternité » est remplacé par les dispositions suivantes :

« C. – Cotisations

Les cotisations sont payables trimestriellement et d'avance pour toute personne à garantir.

Leur montant est révisable par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la pharmacie d'officine, en concertation avec le ou les organismes assureurs recommandés, en fonction des résultats techniques du régime frais de soins de santé.

a) La cotisation annuelle et par personne est déterminée en fonction de la date d'adhésion de l'assuré au dispositif de maintien des garanties frais de soins de santé. Cette cotisation est fixée comme suit :

a.1) Cotisation pour le régime de base obligatoire cadres et assimilés (RPO) – bénéficiaires hors Alsace-Moselle

(En euros.)

	ADHÉSION À COMPTER DU 1 ^{ER} JANVIER 2020					COTISATION PAR ENFANT à charge (gratuité à compter du 4 ^e enfant)
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
Anciens assurés retraités	564	702	846	1 002	1 164	453
Anciens assurés non retraités	564	648	750	864	984	453

a.2) Cotisation pour le régime de base obligatoire cadres et assimilés (RPO) – bénéficiaires Alsace-Moselle

(En euros.)

	ADHÉSION À COMPTER DU 1 ^{ER} JANVIER 2020					COTISATION PAR ENFANT à charge (gratuité à compter du 4 ^e enfant)
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
Anciens assurés retraités	432	516	612	708	807	314
Anciens assurés non retraités	432	498	564	624	684	314

a.3) Cotisation pour le régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF et RSF +) incluant la cotisation RPO – bénéficiaires hors Alsace-Moselle

(En euros.)

	ADHÉSION À COMPTER DU 1 ^{ER} JANVIER 2020					COTISATION PAR ENFANT à charge (gratuité à compter du 4 ^e enfant)
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
Anciens assurés retraités	792	912	1 032	1 194	1 356	596
Anciens assurés non retraités	792	858	936	1 032	1 152	596

a.4) Cotisation pour le régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF et RSF +) incluant la cotisation RPO – bénéficiaires Alsace-Moselle

(En euros.)

	ADHÉSION À COMPTER DU 1 ^{ER} JANVIER 2020					COTISATION PAR ENFANT à charge (gratuité à compter du 4 ^e enfant)
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
Anciens assurés retraités	660	726	798	900	999	457
Anciens assurés non retraités	660	708	750	792	852	457

b) Les bénéficiaires d'un congé parental d'éducation ou d'un congé sabbatique peuvent bénéficier du maintien des garanties « frais de soins de santé » et « décès » moyennant le versement d'une cotisation dès lors qu'ils en font la demande écrite dans les délais fixés au B.

Le montant de la cotisation annuelle est fixé pour l'assuré et ses ayants droit à charge à 1 000 € en RPO et à 1 100 € en RSF et RSF + ».

Article 3

L'annexe IV.3 « Tableaux des garanties des régimes frais de soins de santé des salariés de la pharmacie d'officine » est modifiée comme suit :

I. – Les quatre alinéas introductifs situés avant le I « Précisions communes à l'ensemble des niveaux de couvertures et à l'ensemble des assurés (hors Alsace-Moselle et Alsace-Moselle) » sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Introduction

Les tableaux des garanties frais de soins de santé comportent deux niveaux :

- le niveau 1 correspond au régime de base obligatoire du personnel non-cadre défini à l'annexe IV.1 ainsi qu'au régime de base obligatoire du personnel cadre et assimilé (RPO) défini à l'annexe IV.2 ;
- le niveau 2 correspond au régime supplémentaire frais de soins de santé du personnel non-cadre défini à l'annexe IV.1 ainsi qu'au régime supplémentaire du personnel cadre et assimilé (RSF) et au régime supplémentaire du personnel cadre et assimilé avec franchise réduite (RSF +) définis à l'annexe IV.2 ».

II. – Le I « Précisions communes à l'ensemble des niveaux de couvertures et à l'ensemble des assurés (hors Alsace-Moselle et Alsace-Moselle) » est remplacé par les dispositions suivantes :

« I. – Précisions communes à l'ensemble des niveaux de couvertures
et à l'ensemble des assurés (hors Alsace-Moselle et Alsace-Moselle)

A. – Le terme « bénéficiaire » utilisé dans les tableaux ci-dessous vise l'assuré, ses ayants droit à charge au sens du régime ainsi que les adhérents facultatifs.

Le terme « assuré » vise l'assuré à titre obligatoire et les adhérents facultatifs.

Lorsqu'un forfait est exprimé « par bénéficiaire », il s'applique pour chaque bénéficiaire au sens ci-dessus.

Lorsqu'un forfait est exprimé « par assuré » il s'applique pour chaque assuré à titre obligatoire et pour chaque adhérent facultatif.

B. – Les garanties couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100 % Santé », conformément à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et aux dispositions prises pour son application.

Les remboursements sont versés en fonction du respect par les bénéficiaires du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant et dans la limite des frais réellement engagés. Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration de manière à respecter les minima ou les maxima prévus dans le cadre des contrats dits « responsables » (article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et aux dispositions prises pour son application).

La participation forfaitaire (« forfait 1 € ») et la franchise mentionnées à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ainsi que les dépassements d'honoraires et majorations à la charge de l'assuré consécutifs à des frais engagés « hors parcours de soins » ne sont pas garantis par les régimes.

Sauf mention contraire, les prestations s'entendent en ce compris les prestations versées par le régime obligatoire, c'est-à-dire que les prestations incluent le remboursement effectué par le régime obligatoire (RO) de sécurité sociale dont dépend l'assuré, qu'il s'agisse de remboursements effectués au titre de l'assurance maladie, de la maternité ou du régime Accidents du travail/maladies professionnelles.

Les prestations du régime supplémentaire comprennent celles du régime de base.

Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge.

Les garanties exprimées avec une limitation « par an et par bénéficiaire » ou « par an et par assuré » sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf mention contraire précisée dans le tableau des garanties.

Dans tous les cas, le total des remboursements du RO, du régime de frais de soins de santé de la pharmacie d'officine et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

C. – OPTAM/OPTAM-CO : option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ou option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO). Il s'agit de dispositifs négociés par l'assurance maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins conventionnés. Le montant des remboursements peut varier selon que les praticiens ont ou non adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO.

D. – Dans certains cas, les frais de soins orthodontiques et de prothèses dentaires refusés par la sécurité sociale peuvent donner lieu à remboursement sur présentation impérative du refus notifié par cet organisme, dans les conditions suivantes :

- sont d'abord calculées les prestations qui auraient été versées par la sécurité sociale si elle les avait prises en charge, celles-ci ne faisant en aucun cas l'objet d'un règlement ;
- est ensuite déterminé et réglé le montant des indemnités prévues dans les tableaux ci-dessous.

E. – Abréviations utilisées dans les tableaux de garanties

BR : base de remboursement du régime obligatoire. En secteur non conventionné, application du tarif d'autorité ;

BRR : base de remboursement reconstituée d'après la base de remboursement qu'aurait retenue le régime obligatoire s'il était intervenu ;

FR : frais réels ;

OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée ;

OPTAM-CO : option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique ;

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale ;



RO : régime obligatoire de sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire ;

RSS : remboursement du régime obligatoire de sécurité sociale ».

III. – Le II « Tableau des garanties hors Alsace-Moselle » est remplacé par les dispositions suivantes :

« II. – Tableau des garanties hors Alsace-Moselle

NATURE DES GARANTIES	BASE obligatoire non cadres & BASE obligatoire cadres et assimilés (RPO)		SUPPLEMENTAIRE non cadres & SUPPLEMENTAIRE cadres et assimilés (RSF et RSF+)	
HOSPITALISATION				
Forfait journalier hospitalier	100 % FR		100 % FR	
Frais de séjour				
Séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	120 % BR - RSS		120 % BR - RSS	
Séjour en établissement public de santé	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS	
Honoraires	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO
Consultations et actes	355 % BR - RSS	200 % BR - RSS	380 % BR - RSS	200 % BR - RSS
Chambre particulière	75 € par jour		75 € par jour	
Lit d'accompagnement d'un enfant à charge	30 € par jour		30 € par jour	
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels		Frais réels	
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO
Consultations et visites de médecins généralistes	185 % BR - RSS	115 % BR - RSS	245 % BR - RSS	115 % BR - RSS
Consultations et visites de médecins spécialistes	245 % BR - RSS	161 % BR - RSS	265 % BR - RSS	175% BR - RSS
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétriques	325 % BR - RSS	200 % BR - RSS	350 % BR - RSS	200 % BR - RSS
Actes d'imagerie médicale :				
Radiologie	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
Echographie	325 % BR - RSS	200 % BR - RSS	350 % BR - RSS	200 % BR - RSS
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels		Frais réels	
Honoraires paramédicaux	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS	
Médicaments				
Médicaments remboursés par le RO	100 % FR - RSS		100 % FR - RSS	
Vaccins et médicaments non remboursés ou non remboursables (4)	50 € par an et par assuré		60 € par an et assuré	
Matériel médical (hors aides auditives et optique)				
Prothèses orthopédiques, petit appareillage (4), prothèses non dentaires, petit matériel	150 % BR - RSS		190 % BR - RSS	
Grand appareillage (4)	230 % BR - RSS		250 % BR - RSS	
Prothèses capillaires (4)	525 € - RSS par an et par bénéficiaire		525 € - RSS par an et par bénéficiaire	
AIDES AUDITIVES				
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter du dernier remboursement effectué par le RO (1).				
Equipement « 100 % SANTE »* à compter du 01/01/2021	100 % FR (*)		100 % FR (*)	

Prothèses auditives (4) Tous les équipements jusqu'au 31/12/2020 - Equipements "hors 100% SANTE" à compter du 01/01/2021		
Bénéficiaire de 20 ans ou plus	580 € - RSS par an et par oreille appareillée	580 € - RSS par an et par oreille appareillée
Bénéficiaire de moins 20 ans ou atteint de cécité	1 400 € - RSS par an et par oreille appareillée	1 400 € - RSS par an et par oreille appareillée
Entretien et accessoires	190 % BR - RSS	190 % BR - RSS
OPTIQUE		
<i>Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition et du dernier remboursement du RO, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception (2).</i>		
Equipement « 100 % SANTE »* Monture, verres prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres	100 % FR (*)	100 % FR (*)
		
Equipement hors « 100 % SANTE » - Tarif libre		
Monture :		
Par monture	70 € - RSS	100 € - RSS
Verres :		
Par verre simple (3)	80 € - RSS	150 € - RSS
Par verre complexe (3)	130 € - RSS	150 € - RSS
Par verre hyper complexe (3)	200 € - RSS	220 € - RSS
Prestations d'adaptation :	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
Lentilles correctrices (y compris lentilles jetables)		
Remboursées par le RO (4)	200 € - RSS par an et par bénéficiaire	200 € - RSS par an et par bénéficiaire
Non remboursées par le RO	130 € par an et par bénéficiaire	160 € par an et par bénéficiaire
Chirurgie de l'œil	—	500 € par œil
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires « 100 % SANTE »* :	100 % FR (*)	100 % FR (*)
		
Soins Hors « 100 % SANTE »		
Soins dentaires	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
Inlays-Onlays	200 % BR - RSS	200 % BR - RSS
Prothèses Hors « 100 % SANTE »		
Inlays-Core tarif maîtrisé et libre	195 % BR - RSS	195 % BR -RSS
Couronnes dentoportées tarif libre	125 % BR - RSS	420 % BR -RSS
Autres prothèses dentaires remboursées par le RO tarif maîtrisé et libre(4)		
Dent visible	375 % BR - RSS	420 % BR - RSS
Dent non visible	330 % BR - RSS	420 % BR - RSS
Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	300 % BRR	465 % BRR
Orthodontie		
Remboursée par le RO	326 % BR - RSS	372 % BR - RSS
Non remboursée par le RO	326 % BRR	372 % BRR

Autres prestations dentaires		
Implantologie dentaire (4) Prothèses sur implant	370 % BR - RSS	465 % BR - RSS
Pilier implantaire et implant	400 € par implant limité à 2 implants par an et par bénéficiaire	450 € par implant limité à 2 implants par an et par bénéficiaire
Parodontologie	200 € par an et par bénéficiaire	250 € par an et par bénéficiaire
AUTRES GARANTIES		
Transport		
Transport du malade	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
Indemnités de déplacement (médecins - auxiliaires médicaux)	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
Natalité (4)		
Forfait naissance / adoption	250 € par enfant	250 € par enfant
Cure thermique (4)		
Remboursée par le RO	20 € par jour + RSS	20 € par jour + RSS
Prévention / Dépistage		
Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du code de la sécurité sociale)	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
<p>(*) Tel que défini par la réglementation. Le 100 % santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiologie. Dans la limite du prix limite de vente (PLV) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du remboursement de la sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du panier « 100 % SANTE », la prise en charge s'effectuera à hauteur des soins et prothèses hors « 100 % SANTE ».</p> <p>(1) Conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans dans les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Jusqu'au 31 décembre 2020, sans préjudice des dispositions de l'article R. 165-24 du code de la sécurité sociale, un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir, sur prescription médicale, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ; - l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré. Cette condition fait l'objet d'une attestation du prescripteur dont copie est transmise à la caisse d'assurance maladie. <p>(2) Conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue (variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition, somme des variations de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie, variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie, variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries, variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries).</p> <p>En cas d'acquisition de l'équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période de renouvellement s'apprécie à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.</p> <p>(3) Les présentes garanties sont responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et les dispositions prises pour son application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux y afférents.</p>		

<p>On entend par :</p> <p>Verres simples : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ; ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.</p> <p>Verres complexes : verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ; ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ; ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.</p> <p>Verres hyper complexes : verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.</p>	
---	--

(4) Précisions sur les garanties	
Médicaments non remboursés ou non remboursables	Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.
Lentilles correctrices remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BR - RSS.
Petit appareillage et grand appareillage	Tel que défini par le Régime Obligatoire ou précision indiquée dans le tableau des garanties.
Prothèses capillaires	En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BR - RSS.
Prothèses auditives	En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BR - RSS.
Prothèses dentaires	<p>On entend par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dents visibles : les incisives, canines et 1^{ère} prémolaire. Elles portent les numéros 15 à 25 (en haut) et 35 à 45 (en bas) ; - dents non-visibles : 2^{ème} prémolaire, les molaires et dents de sagesse. Elles portent les numéros 16 à 18 et 28 à 26 (en haut), 38 à 36 et 46 à 48 (en bas). <p>Les prothèses sur implant sont remboursées au niveau de la garantie « Implantologie dentaire »</p>

Implantologie dentaire	Pour chaque implant dentaire, il est pris en considération pour le versement de la prestation, la première date effective de soins réalisés par le professionnel de santé.
Natalité	<p>Le forfait est versé en complément du remboursement des frais afférents à l'accouchement (frais médicaux, chirurgicaux, frais de séjour...).</p> <p>Les suppléments pour chambre particulière sont pris en charge dans la limite du montant précisé dans le tableau des prestations, quel que soit le mode d'accouchement. En cas d'adoption d'un ou plusieurs enfants par l'assuré, l'indemnité forfaitaire ne peut être réglée que si le (ou les) enfant(s) est (sont) âgé(s) de moins de 12 ans le jour de l'adoption.</p> <p>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.</p> <p>Ce forfait est versé aux deux conjoints, concubins ou partenaires liés par un PACS, si tous deux travaillent dans la même entreprise et sont assurés du régime à titre obligatoire ou facultatif à l'exclusion des ayants droit à charge.</p>
Cure thermique	Le versement de l'indemnité afférente à la cure thermique exclut tous les autres remboursements relatifs à celle-ci au titre des autres garanties (frais de transport, d'hébergement, forfait de surveillance médicale, forfait thermal...).

IV. – Le III « Tableau des garanties Alsace-Moselle » est remplacé par les dispositions suivantes :

« III. – Tableau des garanties hors Alsace-Moselle

NATURE DES GARANTIES	BASE obligatoire non cadres & BASE obligatoire cadres et assimilés (RPO)		SUPPLEMENTAIRE non cadres & SUPPLEMENTAIRE cadres et assimilés (RSF et RSF+)	
HOSPITALISATION				
Forfait journalier hospitalier	100 % FR		100 % FR	
Frais de séjour				
Séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	120 % BR - RSS		120 % BR - RSS	
Séjour en établissement public de santé	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS	
Honoraires	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO
Consultations et actes	355 % BR - RSS	200 % BR - RSS	380 % BR - RSS	200 % BR - RSS
Chambre particulière	75 € par jour		75 € par jour	
Lit d'accompagnement d'un enfant à charge	30 € par jour		30 € par jour	
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels		Frais réels	
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO
Consultations et visites de médecins généralistes	205 % BR - RSS	115 % BR - RSS	265 % BR - RSS	115 % BR - RSS
Consultations et visites de médecins spécialistes	265 % BR - RSS	161 % BR - RSS	285 % BR - RSS	175% BR - RSS
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétriques	345 % BR - RSS	200 % BR - RSS	370 % BR - RSS	200 % BR - RSS
Actes d'imagerie médicale :	-	-	-	-

Prothèses auditives (4) Tous les équipements jusqu'au 31/12/2020 - Equipements "hors 100 % SANTE" à compter du 01/01/2021		
Bénéficiaire de 20 ans ou plus	580 € - RSS par an et par oreille appareillée	580 € - RSS par an et par oreille appareillée
Bénéficiaire de moins 20 ans ou atteint de cécité	1 400 € - RSS par an et par oreille appareillée	1 400 € - RSS par an et par oreille appareillée
Entretien et accessoires	220 % BR - RSS	220 % BR - RSS
OPTIQUE		
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition et du dernier remboursement du RO, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception (2).		
Equipe ment « 100 % SANTE »* Monture, verres prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres	100 % FR (*)	100 % FR (*)
Equipe ment Hors « 100% SANTE » - Tarif libre		
Monture : Par monture	70 € - RSS	100 € - RSS
Verres : Par verre simple (3) Par verre complexe (3) Par verre hyper complexe (3)	80 € - RSS 130 € - RSS 200 € - RSS	150 € - RSS 150 € - RSS 220 € - RSS
Prestations d'adaptation :	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
Lentilles correctrices (y compris lentilles jetables)		
Remboursées par le RO (4)	200 € - RSS par an et par bénéficiaire	200 € - RSS par an et par bénéficiaire
Non remboursées par le RO	130 € par an et par bénéficiaire	160 € par an et par bénéficiaire
Chirurgie de l'œil	-	500 € par œil
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires « 100 % SANTE »*	100 % FR (*)	100 % FR (*)
Soins Hors « 100 % SANTE »		
Soins dentaires	120 % BR - RSS	120 % BR - RSS
Inlays-Onlays	200 % BR - RSS	200 % BR - RSS
Prothèses Hors « 100 % SANTE »		
Inlays-Core tarif maîtrisé et libre	195 % BR -RSS	195 % BR -RSS
Couronnes dentoportées tarif libre	125 % BR -RSS	420 % BR -RSS
Autres prothèses dentaires tarif maîtrisé et libre (4)		
Dent visible	375 % BR - RSS	420 % BR - RSS
Dent non visible	350 % BR - RSS	420 % BR - RSS
Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	300 % BRR	465 % BRR
Orthodontie		
Remboursée par le RO	326 % BR - RSS	372 % BR - RSS
Non remboursée par le RO	326 % BRR	372 % BRR

Autres prestations dentaires		
Implantologie dentaire (4)		
Prothèses sur implant	390 % BR - RSS	465 % BR - RSS
Pilier implantaire et implant	400 € par implant limité à 2 implants par an et par bénéficiaire	450 € par implant limité à 2 implants par an et par bénéficiaire
Parodontologie	200 € par an et par bénéficiaire	250 € par an et par bénéficiaire
AUTRES GARANTIES		
Transport		
Transport du malade	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
Indemnités de déplacement (médecins - auxiliaires médicaux)	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
Natalité (4)		
Forfait naissance / adoption	250 € par enfant	250 € par enfant
Cure thermique (4)		
Remboursée par le RO	20 € par jour + RSS	20 € par jour + RSS
Prévention / Dépistage		
Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du code de la sécurité sociale)	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
<p>(*) Tel que défini par la réglementation. Le 100 % santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiologie. Dans la limite du prix limite de vente (PLV) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du remboursement de la sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du panier « 100 % SANTE », la prise en charge s'effectuera à hauteur des soins et prothèses hors « 100 % SANTE ».</p> <p>(1) Conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans dans les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Jusqu'au 31 décembre 2020, sans préjudice des dispositions de l'article R. 165-24 du code de la sécurité sociale, un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir, sur prescription médicale, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ; - l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré. Cette condition fait l'objet d'une attestation du prescripteur dont copie est transmise à la caisse d'assurance maladie. <p>(2) Conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue (variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition, somme des variations de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie, variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie, variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries, variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries).</p> <p>En cas d'acquisition de l'équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période de renouvellement s'apprécie à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.</p>		

(3) Les présentes garanties sont responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et les dispositions prises pour son application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux y afférents.

On entend par :

Verres simples : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres complexes : verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres hyper complexes : verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(4) Précisions sur les garanties	
Médicaments non remboursés ou non remboursables	Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.
Lentilles correctrices remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BR - RSS.
Petit appareillage et grand appareillage	Tel que défini par le Régime Obligatoire ou précision indiquée dans le tableau des garanties.
Prothèses capillaires	En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BR - RSS.
Prothèses auditives	En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BR - RSS.
Prothèses dentaires	On entend par : - dents visibles : les incisives, canines et 1 ^{ère} prémolaire. Elles portent les numéros 15 à 25 (en haut) et 35 à 45 (en bas) ; - dents non-visibles : 2 ^{ème} prémolaire, les molaires et dents de sagesse. Elles portent les numéros 16 à 18 et 28 à 26 (en haut), 38 à 36 et 46 à 48 (en bas). Les prothèses sur implant sont remboursées au niveau de la garantie « Implantologie dentaire ».
Implantologie dentaire	Pour chaque implant dentaire, il est pris en considération pour le versement de la prestation, la première date effective de soins réalisés par le professionnel de santé.
Natalité	Le forfait est versé en complément du remboursement des frais afférents à l'accouchement (frais médicaux, chirurgicaux, frais de séjour...). Les suppléments pour chambre particulière sont pris en charge dans la limite du montant précisé dans le tableau des prestations, quel que soit le mode d'accouchement. En cas d'adoption d'un ou plusieurs enfants par l'assuré, l'indemnité forfaitaire ne peut être réglée que si le (ou les) enfant(s) est (sont) âgé(s) de moins de 12 ans le jour de l'adoption. 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. Ce forfait est versée aux deux conjoints, concubins ou partenaires liés par un PACS, si tous deux travaillent dans la même entreprise et sont assurés du régime à titre obligatoire ou facultatif à l'exclusion des ayants droits à charge.
Cure thermique	Le versement de l'indemnité afférente à la cure thermique exclut tous les autres remboursements relatifs à celle-ci au titre des autres garanties (frais de transport, d'hébergement, forfait de surveillance médicale, forfait thermal ...).

Article 4

Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prend effet à compter du 1^{er} juillet 2019, à l'exception :

- du I, II, III, IV et XVII de l'article 1^{er} ;
- du II, XI, XII et XV de l'article 2 ;
- et des dispositions de l'article 3,

qui entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Il sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente.

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, à moins de dispositions plus favorables ou de garanties au moins équivalentes.

La branche professionnelle de la pharmacie d'officine étant composée à 99,90 % d'officines de pharmacie de moins de 50 salariés, les dispositions du présent avenant ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises (source DARES, fiche statistique de branche 2015). Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

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 avenant.

Fait à Paris, le 20 mai 2019.

(Suivent les signatures.)