

**AVENANT DU 5 NOVEMBRE 2018 PORTANT REVISION DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE  
ETENDUE DE LA PHARMACIE D'OFFICINE DU 3 DECEMBRE 1997 RELATIF AUX REGIMES DECES,  
INCAPACITE DE TRAVAIL, INVALIDITE, MATERNITE-PATERNITE ET FRAIS DE SOINS DE SANTE DES  
SALARIES DE LA PHARMACIE D'OFFICINE**

Entre les soussignées :

• LA FEDERATION DES SYNDICATS PHARMACEUTIQUES DE FRANCE  
13, rue Ballu – 75009 PARIS

• L'UNION DES SYNDICATS DE PHARMACIENS D'OFFICINE  
43, rue de Provence – 75009 PARIS

D'une part,

Et

• LA FEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS DES SERVICES DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX  
(C.F.D.T)  
47/49, avenue Simon Bolivar – 75950 PARIS CEDEX 19

• LA FEDERATION NATIONALE DU PERSONNEL D'ENCADREMENT DES INDUSTRIES CHIMIQUES ET  
CONNEXES (C.F.E / C.G.C.)  
33, avenue de la République – 75011 PARIS

• LA FEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS CHRETIENS DES SERVICES DE SANTE ET SOCIAUX  
(C.F.T.C)  
34, quai de la Loire – 75019 PARIS

• LA FEDERATION NATIONALE DES INDUSTRIES CHIMIQUES (C.G.T)  
263, rue de Paris – 93514 MONTREUIL CEDEX

• LA FEDERATION NATIONALE FORCE OUVRIERE DES METIERS DE LA PHARMACIE, DES  
LABORATOIRES D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE, DU CUIR ET DE L'HABILLEMENT (F.O.)  
7, Passage Tenaille – 75014 PARIS

~~• L'UNION FEDERALE DE L'INDUSTRIE ET DE LA CONSTRUCTION (U.N.S.A.)  
21, rue Jules Ferry – 93177 BAGNOLET CEDEX~~

D'autre part,

*Handwritten signatures and initials:*  
Kup Puy S  
FTI  
SP NG 1  
e

Vu le code du travail ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

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 ;

### Préambule

Aux fins d'améliorer les prestations servies aux salariés et aux employeurs par les régimes de prévoyance et de santé de la Pharmacie d'officine et de procéder à l'actualisation et à l'harmonisation des dispositions de ces régimes, les parties signataires sont convenues de ce qui suit :

### Article 1<sup>er</sup>

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/

L'article 1<sup>er</sup> – Membres participants du Régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité – du 1 – Régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité – est rédigé comme suit :

« Article 1<sup>er</sup> – Assurés du Régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité

Les assurés garantis au titre du présent régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité sont les salariés non cadres et non assimilés cadres des pharmacies d'officine assujettis au régime général de la sécurité sociale française et ne relevant pas du champ d'application de l'article 1<sup>er</sup> – Bénéficiaires – des dispositions particulières applicables aux cadres de la présente convention collective. ».

#### II/

Aux articles 3, 3.1, 3.2 et 3.3 du 1 – Régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité – y compris dans leur intitulé le cas échéant, les mots « du participant » sont remplacés par les mots « de l'assuré », les mots « le participant » par les mots « l'assuré » et le mot « participant » par le mot « assuré ».

#### III/

L'article 3.4 – Enfants à charge – du 1 – Régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité – est remplacé par les dispositions suivantes :

RH  
AD  
FL  
2  
NG  
cc

#### « 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 :

- de moins de 18 ans à charge au sens de la sécurité sociale ;
- 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 ;
- 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 ;
- sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, à condition que l'invalidité ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la sécurité sociale ou d'un régime de prévoyance.

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. ».

#### IV/

L'article 4 – Invalidité absolue et définitive du participant – du 1 – Régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité – est modifié comme suit :

- l'article est renommé « Article 4 – Perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré » ;
- au premier alinéa du A – Définition – les mots « d'invalidité absolue et définitive » sont remplacés par les mots « de perte totale et irréversible d'autonomie » ;
- au second alinéa du A – Définition – les mots « L'invalidité absolue et définitive » sont remplacés par les mots « La perte totale et irréversible d'autonomie » ;
- au B – Montant – les mots « du participant » sont remplacés par les mots « de l'assuré ».

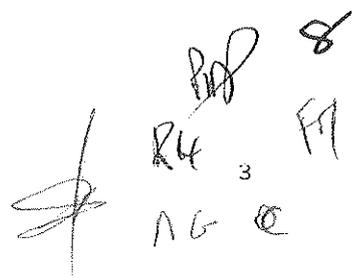
#### V/

L'article 5 – Incapacité de travail – du 1 – Régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité – est modifié comme suit :

- au B – Montant – les mots « au participant » sont remplacés par les mots « à l'assuré » ;
- au C – Durée de paiement – le troisième alinéa est supprimé et, au cinquième alinéa, les mots « le participant » sont remplacés par les mots « l'assuré ».

#### VI/

A l'article 6 – Invalidité – du 1 – Régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité – les mots « le participant » sont remplacés par les mots « l'assuré », les mots « les participants » par les mots « les assurés », les mots « au participant » par les mots « à l'assuré » et les mots « du participant » par les mots « de l'assuré ».

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner. There are several scribbles and initials, including what appears to be 'R4', 'AG', and 'F1'.

## VII/

L'article 7.2 – Clause de revalorisation – du 1 – Régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité – est modifié comme suit :

- les mots « la commission paritaire nationale » sont remplacés par les mots « la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine » ;
- au second alinéa, les mots « Lorsqu'il » sont remplacés par les mots « Lorsqu'elle », les mots « point de retraite ARRCO » sont remplacés par les mots « point de retraite AGIRC-ARRCO » et les mots « ainsi que le taux d'évolution de l'indice INSEE des prix de l'exercice précédent. » sont remplacés par les mots « ainsi que l'évolution du taux de l'indice INSEE des prix à la consommation en France, hors tabac, selon les modalités prévues à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale. ».

## VIII/

Au troisième alinéa du B – Montant – de l'article 8 – Garantie maternité – du 1 – Régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité – les mots « au participant » sont remplacés par les mots « à l'assurée », les mots « en incapacité de travail » sont remplacés par les mots « en congé de maternité » et les mots « à l'intéressé » sont remplacés par les mots « à l'assurée ».

## IX/

L'article 8 bis – Garantie paternité – du 1 – Régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité – est modifié comme suit :

- au A – Définition – le mot « participant » est remplacé par le mot « assuré » ;
- au A – Définition – est inséré, après le premier alinéa, un second alinéa rédigé comme suit :

« Il est précisé que pour les assurés qui sont licenciés ou qui démissionnent, la naissance ou l'adoption de l'enfant doit survenir au plus tard dans les 280 jours qui suivent la date de rupture du contrat de travail pour ouvrir droit au bénéfice de la garantie. », le second alinéa devenant le troisième alinéa ;

- au B – Montant – les mots « du participant » sont remplacés par les mots « de l'assuré », les mots « au participant » par les mots « à l'assuré », les mots « en incapacité de travail » par les mots « en congé de paternité » et les mots « à l'intéressé » par les mots « à l'assuré ».

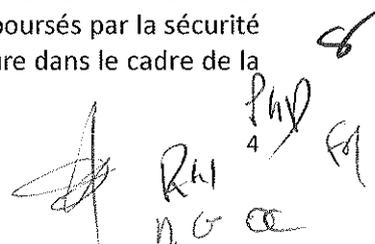
## X/

L'article 9 – Garantie Frais de soins de santé – du 2 – Régime Frais de soins de santé – est rédigé comme suit :

« Article 9 – Garantie Frais de soins de santé

A - Définition

La garantie a pour objet le versement de prestations pour les frais énumérés dans les nomenclatures de la sécurité sociale exposés en cas de maladie, maternité ou accident et remboursés par la sécurité sociale (assurance maladie ou maternité ou AT-MP). Les actes hors nomenclature dans le cadre de la

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page. There are several distinct marks, including what appears to be a signature 'RHI' and other initials like 'NG' and 'Fol'.

NGAP (nomenclature générale des actes professionnels), ou non remboursables dans le cadre de la CCAM (classification commune des actes médicaux) ne sont pas pris en charge, sauf exceptions prévues dans les tableaux figurant en Annexe IV-3.

La garantie peut également avoir pour objet le versement d'indemnités forfaitaires.

La garantie cesse lorsque l'assuré ne remplit plus les conditions pour être assuré au titre du présent régime, notamment lorsqu'il bénéficie d'une pension de retraite d'un régime de base.

## B - Etendue de la garantie

### B1 - Généralités :

Tous les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, soins dentaires, etc., ayant donné lieu à remboursement de la sécurité sociale entrent en considération pour la détermination des remboursements effectués au titre du présent régime.

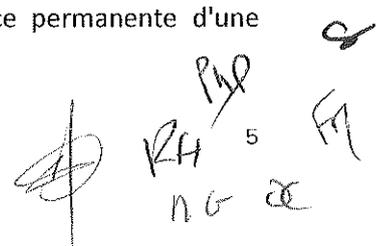
Il est toutefois précisé qu'en aucun cas les prestations servies à un assuré pour lui-même ou sa famille, tant au titre du présent régime que par la sécurité sociale et par un ou plusieurs autres organismes de prévoyance, ne peuvent dépasser, pour chaque acte, les frais réels engagés.

### B2 - Bénéficiaires :

Les assurés garantis au titre du présent régime Frais de soins de santé sont les salariés non cadres et non assimilés cadres des pharmacies d'officine assujettis à un régime obligatoire de sécurité sociale française et ne relevant pas du champ d'application de l'article 1<sup>er</sup> – Bénéficiaires – des dispositions particulières applicables aux cadres de la présente convention collective.

Outre ceux de l'assuré, les frais de soins de santé engagés par ses ayants droit à charge sont garantis dans la limite des prestations définies à l'Annexe IV-3. Sont considérés comme ayants droit à charge au sens du présent régime Frais de soins de santé :

- le conjoint à charge : le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin de l'assuré, sous réserve de justifier de la qualité d'assuré social et d'être en mesure de prouver l'absence de perception d'un revenu d'activité ou de remplacement par la fourniture du dernier avis d'imposition ;
- les enfants à charge :
  - o enfants de moins de 18 ans à charge au sens de la Sécurité sociale de l'assuré ou de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin ainsi que les enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation de moins de 18 ans ;
  - o enfants de l'assuré ou de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin à charge :
    - de moins de 28 ans poursuivant leurs études dans l'Union Européenne, à l'exception des enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve de justifier de la poursuite d'études ;
    - 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 ;
    - sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une

Handwritten signature and initials including 'RA', 'NG', '5', and 'FF'.

tierce personne, à condition que l'invalidé ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la sécurité sociale ou d'un régime de prévoyance ;

- les enfants, le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin de l'assuré, bénéficiaires des articles L. 212-1 et L. 213-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

### B3 – Adhérents facultatifs

Moyennant le paiement d'une cotisation, peuvent également bénéficier des couvertures Frais de soins de santé sous réserve d'en faire la demande, les ayants droit non à charge de l'assuré ainsi que les assurés dont le contrat de travail est suspendu, notamment, pour cause de congé parental d'éducation, congé sabbatique, congé sans solde ou congé de formation et qui ne peuvent bénéficier du régime à un autre titre.

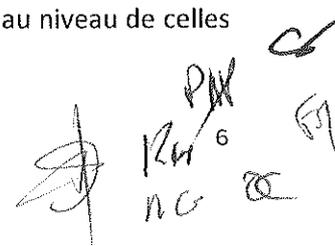
Sont considérés comme ayants droit non à charge au sens du présent régime Frais de soins de santé :

- conjoint non à charge : le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin de l'assuré ne remplissant pas la définition du conjoint à charge fixée au B2, sous réserve de justifier de sa qualité d'assuré social ;
- enfants non à charge :
  - o les enfants du conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin non à charge :
    - de moins de 28 ans poursuivant leurs études dans l'Union Européenne, à l'exception des enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve de justifier de la poursuite d'études ;
    - 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 ;
    - sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, à condition que l'invalidé ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la sécurité sociale ou d'un régime de prévoyance ;
  - o les enfants de l'assuré, de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin à charge ou non à charge, dès lors qu'ils viennent de finir leurs études et qu'ils justifient d'être inscrits comme demandeurs d'emploi, même non indemnisés. Leur adhésion doit intervenir dans les 6 mois qui suivent le terme de leurs études. Cette adhésion est limitée à 24 mois consécutifs ou non ;
  - o les enfants de l'enfant couvert par le régime au titre d'ayant droit d'un assuré ou d'un adhérent facultatif.

### B4 - 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, 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

Handwritten signature and initials, including 'RW', 'NG', '6', and 'E9'.

du régime de base obligatoire des salariés cadres et assimilés. 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, le choix de l'entreprise entre ces différents niveaux de garanties s'applique obligatoirement à l'ensemble des bénéficiaires tels que définis au B2. ».

#### XI/

L'article 9-1 – Maintien de la garantie Frais de soins de santé – du 2 – Régime Frais de soins de santé – est modifié comme suit :

- au a) du 1, ainsi qu'au a) du 2, les mots « depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1994 » sont supprimés ;
- le e) du 2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« e) les bénéficiaires d'un congé parental d'éducation ou d'un congé sabbatique, pendant la durée du congé, sous réserve d'en faire la demande dans les 3 mois qui suivent la date de début du congé ou de son renouvellement. Dans le cas où ils bénéficient de la garantie Frais de soins de santé, ils bénéficient également de la garantie décès ; ».

#### XII/

Au A – Assiette des cotisations – et au B – Exonération des cotisations – de l'article 10 – Cotisations – du 3 – Cotisations – le mot « participant » est remplacé par le mot « assuré ».

#### XIII/

Le C – Taux de cotisations – de l'article 10 – Cotisations – du 3 – Cotisations – est modifié comme suit :

- le 1 – Participants en activité – est renommé « C1 – Assurés en activité - régime de base obligatoire » ;
- au c) – Salariés à temps partiel – du C1 – Assurés en activité - régime de base obligatoire – les mots « le participant » sont remplacés par les mots « l'assuré » ;
- au d) – Salariés à employeurs multiples – du C1 – Assurés en activité - régime de base obligatoire – les mots « le Participant » sont remplacés par les mots « l'assuré » ;
- avant le 2 – Anciens participants bénéficiaires d'un maintien de garanties – sont insérées les dispositions suivantes :

« C2 - 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 C1.

Elle est fixée comme suit :

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page, including a large signature, the initials 'NG', 'CC', and 'FG', and a small mark resembling a stylized 'S' or '8'.

	Salariés mono-employeur
Employeur	0,125 %
Salarié	0,125 %
TOTAL	0,250 %
	Salariés multi-employeurs (quote-part salariée uniquement)
2 employeurs	0,063 %
3 employeurs et plus	0,042 %

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.

Pour l'application des dispositions relatives aux salariés à employeurs multiples, seuls sont pris en compte les employeurs auprès desquels le salarié ne bénéficie pas d'une dispense d'affiliation.

### C3 – 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.

#### a) Cotisations pour les garanties du régime de base obligatoire :

	Hors Alsace-Moselle	Alsace-Moselle
Par adulte non retraité	1,75 %	1,18 %
Par adulte retraité	2,69 %	1,81 %
Par enfant non à charge	1,05 %	0,70 %

#### b) Cotisations pour les garanties du régime supplémentaire Frais de soins de santé (cotisations du régime de base obligatoire incluses) :

	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 %

».

## XIV/

Le 2 – Anciens participants bénéficiaires d'un maintien de garanties – du C – Taux de cotisations – de l'article 10 – Cotisations – du 3 – Cotisations – devient C4 et est remplacé par les dispositions suivantes :

« C4 - 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, 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).

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 les garanties du régime de base obligatoire - bénéficiaires hors Alsace-Moselle

	Cotisation Adulte						Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 <sup>ème</sup> enfant)
	Adhésion antérieure au 01/07/2017	Adhésion à compter du 01/07/2017					
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
Anciens salariés retraités	1 068 €	504 €	612 €	744 €	900 €	1 068 €	417 €
Anciens salariés non retraités	912 €	504 €	588 €	696 €	804 €	912 €	417 €

c) Cotisation pour les garanties du régime de base obligatoire - bénéficiaires Alsace-Moselle

	Cotisation annuelle Adulte						Cotisation annuelle par enfant à charge (gratuité à compter du 4 <sup>ème</sup> enfant)
	Adhésion antérieure au 01/07/2017	Adhésion à compter du 01/07/2017					
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
Anciens salariés retraités	720 €	340 €	413 €	502 €	607 €	720 €	278 €
Anciens salariés non retraités	615 €	340 €	413 €	502 €	607 €	615 €	278 €

PHP
   
 9
   
 FT
   
 NB
   
 CC

d) Cotisation pour le régime supplémentaire Frais de soins de santé (incluant la cotisation au régime de base obligatoire) – bénéficiaires hors Alsace-Moselle

	Cotisation annuelle adulte						Cotisation annuelle par enfant à charge (gratuité à compter du 4 <sup>ème</sup> enfant)
	Adhésion antérieure au 01/07/2017	Adhésion à compter du 01/07/2017					
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
Anciens salariés retraités	1 164 €	672 €	768 €	876 €	1 008 €	1 164 €	453 €
Anciens salariés non retraités	984 €	672 €	744 €	816 €	900 €	984 €	453 €

e) Cotisation pour le régime supplémentaire Frais de soins de santé (incluant la cotisation au régime de base obligatoire) – bénéficiaires Alsace-Moselle

	Cotisation annuelle adulte						Cotisation annuelle par enfant à charge (gratuité à compter du 4 <sup>ème</sup> enfant)
	Adhésion antérieure au 01/07/2017	Adhésion à compter du 01/07/2017					
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
Anciens salariés retraités	807 €	466 €	532 €	607 €	699 €	807 €	314 €
Anciens salariés non retraités	682 €	466 €	516 €	566 €	624 €	682 €	314 €

f) cas particuliers :

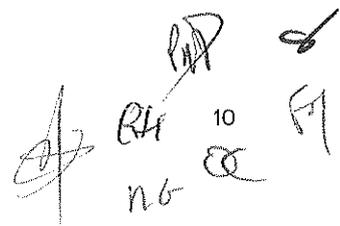
f1) Les bénéficiaires d'un contrat de solidarité et les retraités ayant 10 ans d'activité salariée en Pharmacie d'officine, validés par KLESIA Retraite, dont les revenus sont inférieurs à :

- 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 800 € pour le régime de base obligatoire et à 1 000 € pour le régime supplémentaire Frais de soins de santé.


  
 RA 10

g) Le montant des différentes cotisations visées au présent C4, est révisable en fonction des résultats techniques du régime par la Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine. ».

#### XV/

Le 5 – Prévention – est supprimé.

#### 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/

Le I – Assurés – est modifié comme suit :

- au deuxième alinéa, les mots « ne dépassant pas une certaine durée » sont supprimés ;
- après le deuxième alinéa, sont ajoutées les dispositions suivantes :

« Deux 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 2 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 3 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, le choix de l'entreprise s'applique obligatoirement à l'ensemble des salariés cadres et assimilés cadres et leurs ayants droit. » ;

- au dernier alinéa, les mots « le jour où le cadre ou l'assimilé cadre cessent » sont remplacés par les mots « le jour où le cadre ou l'assimilé cadre cesse ».

#### II/

Le II – Cotisations – est modifié comme suit :

- le premier alinéa est supprimé ;
- le A – Taux de cotisation du régime professionnel obligatoire (RPO) – est renommé « A – Taux de cotisation du régime de base obligatoire cadres et assimilés (RPO) » ;

*[Handwritten signatures and initials]*  
A.G. 11  
F.A.

- le B – Taux de cotisation du régime supplémentaire facultatif (RSF) – est remplacé par les dispositions suivantes :

« B – Taux de cotisation additionnels du régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF) :

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

1) Pharmacies situées hors Alsace-Moselle

Risque	Décès, Incapacité, Invalidité, Maternité-Paternité	Frais de soins de santé	
Assiette	Salaire total dans la limite de TA+TB	Salaire total dans la limite de TA+TB	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Employeur	0,09 %	0,14 %	0,15 %
Salarié	0,09 %	0,14 %	0,15 %
TOTAL	0,18 %	0,28 %	0,30 %

2) Pharmacies situées en Alsace-Moselle

Risque	Décès, Incapacité, Invalidité, Maternité-Paternité	Frais de soins de santé	
Assiette	Salaire total dans la limite de TA+TB	Salaire total dans la limite de TA+TB	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Employeur	0,09 %	0,14 %	0,11 %
Salarié	0,09 %	0,14 %	0,11 %
TOTAL	0,18 %	0,28 %	0,22 %

3) Salariés multi-employeurs

Risque	Décès, Incapacité, Invalidité, Maternité-Paternité	Frais de soins de santé
Assiette	Salaire total dans la limite de TA+TB	Salaire total dans la limite de TA+TB
Employeur	0,09 %	0,36 %
Salarié	0,09 %	0,36 %
TOTAL	0,18 %	0,72 %

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. » ;

- après le C – Exonération du paiement des cotisations – est ajouté un « D – Adhérents facultatifs Frais de soins de santé » ainsi rédigé :

« 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.

*Handwritten notes and signatures:*  
 R4  
 NG  
 12  
 CE  
 AF

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

	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) (cotisations du régime de base obligatoire cadres et assimilés – RPO – incluses)

	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/

Le III – Maladie, Chirurgie, Maternité (prestations en nature) – est modifié comme suit :

- Le A – Bénéficiaires – est remplacé par les dispositions suivantes :

#### « A – Bénéficiaires

Ont droit aux prestations du régime, le cadre ou l'assimilé cadre assuré dans les conditions prévues au I – Assurés – de la présente Annexe, ainsi que ses ayants droit à charge.

Sont considérés comme ayants droit à charge au sens du présent régime :

- Conjoint à charge : le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin de l'assuré, sous réserve de justifier de la qualité d'assuré social et d'être en mesure de prouver l'absence de perception d'un revenu d'activité ou de remplacement par la fourniture du dernier avis d'imposition ;
- Enfants à charge :
  - enfants de moins de 18 ans à charge au sens de la Sécurité sociale de l'assuré ou de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin, ainsi que les enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation de moins de 18 ans ;
  - enfants de l'assuré ou de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin à charge :
    - de moins de 28 ans poursuivant leurs études dans l'Union Européenne, à l'exception des enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve de justifier de la poursuite d'études ;
    - 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 ;
    - sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente

*RAH*  
*13*  
*NG*  
*FM*

d'une tierce personne, à condition que l'invalidé ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la sécurité sociale ou d'un régime de prévoyance ;

- les enfants, le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin de l'assuré, bénéficiaires des articles L. 212-1 et L. 213-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. » ;
- Le D – Régime professionnel obligatoire (RPO) - Montant des remboursements – est remplacé par les dispositions suivantes :

« D – Adhérents facultatifs

Moyennant le paiement d'une cotisation, peuvent également bénéficier des couvertures Frais de soins de santé sous réserve d'en faire la demande, les ayants droit non à charge de l'assuré ainsi que les assurés dont le contrat de travail est suspendu pour cause, notamment, de congé parental d'éducation, congé sabbatique, congé sans solde ou congé de formation et qui ne peuvent bénéficier du régime à un autre titre :

Sont considérés comme ayants droit non à charge au sens du présent régime :

- conjoint non à charge : le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin de l'assuré ne remplissant pas la définition du conjoint à charge fixée au A, sous réserve de justifier de sa qualité d'assuré social ;
- enfants non à charge :
  - o les enfants du conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin non à charge
    - de moins de 28 ans poursuivant leurs études dans l'Union Européenne, à l'exception des enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve de justifier de la poursuite d'études ;
    - 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 ;
    - sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, à condition que l'invalidé ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la sécurité sociale ou d'un régime de prévoyance ;
  - o les enfants de l'assuré, de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin à charge ou non à charge, dès lors qu'ils viennent de finir leurs études et qu'ils justifient d'être inscrits comme demandeurs d'emploi, même non indemnisés. Leur adhésion doit intervenir dans les 6 mois qui suivent le terme de leurs études. Cette adhésion est limitée à 24 mois consécutifs ou non ;
  - o les enfants de l'enfant couvert par le régime au titre d'ayant droit d'un assuré ou d'un adhérent facultatif. » ;

RA PND 14  
126  
F7  
126

- le E – Régime supplémentaire facultatif (RSF) - Montant des remboursements – est remplacé par les dispositions suivantes :

« E – Tableaux des garanties Frais de soins de santé

Les tableaux des garanties Frais de soins de santé sont présentés en Annexe IV-3. ».

#### IV/

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

- Le 1) – Incapacité temporaire – est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1) Incapacité temporaire

Lorsque l'arrêt de travail fait suite à une maladie ou à un accident, autre qu'un accident du travail ou une maladie professionnelle, il est indemnisé dans les conditions suivantes :

- pour les cadres et assimilés cadres ayant moins d'un an de présence dans l'entreprise à la date du début de l'arrêt de travail :

RPO et RSF	TA	TB
A partir du 4 <sup>ème</sup> jour (inclus)	40 %	90 %

- pour les assimilés cadres ayant au moins un an de présence dans l'entreprise à la date de l'arrêt de travail :

RPO et RSF	TA	TB
A partir du 31 <sup>ème</sup> jour (inclus)	40 %	90 %

- pour les cadres ayant au moins un an de présence dans l'entreprise à la date de l'arrêt de travail :

RPO	TA	TB
A partir du 61 <sup>ème</sup> jour (inclus)	40 %	90 %

RSF	TA	TB
A partir du 51 <sup>ème</sup> jour (inclus)	40 %	90 %

En cas d'arrêt de travail pour accident ou maladie professionnelle, le régime assure le paiement d'indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale de façon à garantir 90 % du salaire journalier dans la limite de TA et TB dans les mêmes conditions que ci-dessus.

En cas d'arrêt de travail continu se chevauchant sur deux années civiles, la franchise applicable à la seconde année sera décomptée à partir du premier jour d'arrêt.

*Handwritten notes and signatures:*  
 Rec 15  
 n o e  
 PNF  
 FA  
 8

En cas d'arrêts multiples dans la même année civile, les absences se cumulent pour l'appréciation de l'ouverture du droit à indemnité journalière. Lorsque cette disposition a joué, tout nouvel arrêt de travail survenant au cours de la même année civile ouvre droit au paiement des indemnités journalières à compter du :

- 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail pour la même cause, si la période de travail qui a fait suite, après reprise, au précédent arrêt de travail, est inférieure à deux mois ;
- 4<sup>ème</sup> jour si la période de travail qui a fait suite, après reprise, au précédent arrêt de travail, est égale ou supérieure à deux mois.

La cure thermale acceptée par la sécurité sociale, même sans versement des indemnités journalières par cette dernière, donne droit au paiement des indemnités prévues par le régime en cas d'arrêt de travail, sous réserve des mêmes conditions de franchise. » ;

- au 2) – Maternité-Paternité – est inséré, après le premier alinéa, un second alinéa rédigé comme suit :

« Il est précisé que pour les assurés qui sont licenciés ou qui démissionnent, la naissance ou l'adoption de l'enfant doit survenir au plus tard dans les 280 jours qui suivent la date de rupture du contrat de travail pour ouvrir droit au bénéfice de la garantie. », le second alinéa devenant le troisième alinéa.

#### V/

Le 14<sup>ème</sup> alinéa du B – Invalidité permanente – du IV – Arrêt de travail (prestations en espèces) – est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les invalidités résultant d'accident du travail ou de maladie professionnelle peuvent donner droit à une rente du régime, complémentaire à celle de la sécurité sociale, dont le montant est variable en fonction du taux de rente appliqué au salaire reconstitué retenu par la sécurité sociale en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Si le taux d'incapacité déterminé par la sécurité sociale est :

- inférieur à 40 %, aucune rente n'est versée ;
- égal ou supérieur à 40 % et inférieur à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de la 1<sup>ère</sup> catégorie ;
- égal ou supérieur à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides de 2<sup>ème</sup> ou de 3<sup>ème</sup> catégorie. ».

#### VI/

Le C – Rentes éducation – du IV – Arrêts de travail (prestations en espèces) – est modifié comme suit :

- au premier alinéa, les mots « Une rente éducation est accordée aux enfants à charge » sont remplacés par les mots « Une rente éducation est accordée aux enfants à charge, tels que définis au VI, » ;
- au quatrième alinéa, les mots « Le montant annuel de la rente est égal à : » est remplacé par les mots « Le montant annuel de la rente (le montant de la rente RSF incluant le montant de la rente RPO) est égal à : » ;

*Handwritten notes and signatures:*  
RA / 16  
NB  
ce  
[Signature]

- dans le tableau, les mots « moins de 27 ans » sont remplacés par les mots « moins de 28 ans ».

### VII/

Le D – Revalorisation des prestations en cours et traitement de référence – du IV – Arrêts de travail (prestations en espèces) – est modifié comme suit :

- au premier et au deuxième alinéa, les mots « la commission paritaire nationale » sont remplacés par les mots « la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine » ;
- au deuxième alinéa, les mots « du point de retraite AGIRC » sont remplacés par les mots « du point de retraite AGIRC-ARRCO » et les mots « ainsi que le taux d'évolution de l'indice INSEE des prix de l'exercice précédent. » sont remplacés par les mots « ainsi que l'évolution du taux de l'indice INSEE des prix à la consommation en France, hors tabac, selon les modalités prévues à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale. » ;
- au quatrième alinéa, les mots « du participant » sont remplacés par les mots « de l'assuré ».

### VIII/

Le V – Décès – est modifié comme suit :

- le A – Décès ou invalidité absolue et définitive de l'assuré – et le B – Montant du capital – sont remplacés par les dispositions suivantes :

« A – Décès ou Perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré

En cas de décès de l'assuré ou s'il est atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie, le régime prévoit le versement d'un capital et d'une rente éducation aux enfants à sa charge lors de son décès.

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 incluant le capital versé par le RPO).

	RPO		RSF	
	Décès par maladie	Décès par accident	Décès par maladie	Décès par accident
S'il est célibataire, veuf, divorcé sans enfants à charge	170 %	270 %	300 %	450 %
S'il est marié, sans personne à charge	220 %	370 %	375 %	550 %
S'il est célibataire, veuf, divorcé ou marié avec une personne à charge	275 %	450 %	455 %	630 %
Par personne à charge supplémentaire	55 %	80 %	80 %	80 %

*Handwritten notes and signatures:*  
 KH P 17  
 NG  
 [Signature]

Le capital prévu ci-dessus en cas de décès par accident n'est plus garanti si le décès survient plus de 6 mois après l'accident. Le capital versé est alors celui prévu en cas de maladie.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie :

Les capitaux décès prévus ci-dessus en cas de décès par maladie 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 incluant le montant de la rente versée par le RPO) est fixé, en euros, à :

	RPO	RSF
Enfants à charge âgés de moins de 11 ans au 31 décembre de l'année	486 €	729 €
Enfants à charge âgés de 11 ans et plus et de moins de 18 ans au 31 décembre de l'année	810 €	1 248 €
Enfants à charge âgés de 18 ans et plus et de moins de 28 ans au 31 décembre de l'année	1 215 €	1 815 €

Le montant de la rente est doublé s'il est orphelin de père et de mère.

Cette rente est payable par annuité au cours du 1<sup>er</sup> trimestre civil de l'exercice au titre de la période scolaire en cours (période du 1<sup>er</sup> 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 au D du IV du présent régime. » ;

- au C – Montant du capital en cas de décès du conjoint survivant – le deuxième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Ce capital est fixé comme suit, en pourcentage du salaire de référence TA + TB ayant servi à la détermination du capital décès de l'assuré (le capital indiqué pour le RSF incluant le capital RPO) : ».

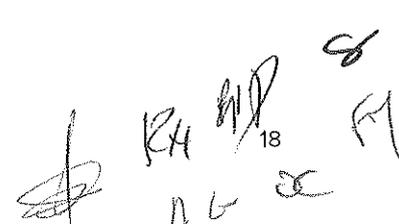
**IX/**

Le VI – Définitions – est modifié comme suit :

- le A – Personnes à charge – est remplacé par les dispositions suivantes :

« A – Personnes à charge pour les garanties prévoyance

Chaque fois que les garanties ou le montant des prestations en tiennent compte, il faut entendre par :



- Enfants à charge :

- enfants de l'assuré de moins de 18 ans à charge au sens de la sécurité sociale ;
- enfants de l'assuré 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 ;
- enfants de l'assuré 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 ;
- enfants de l'assuré sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, à condition que l'invalidité ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la sécurité sociale ou d'un régime de prévoyance.

Pour la seule application des dispositions du V – Décès – 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.

- Personnes à charge :

- les enfants remplissant les conditions ci-dessus ;
- les ascendants directs du salarié ou de son conjoint, bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité et vivant au foyer de l'assuré. » ;
- le C – Invalidité absolue et définitive – est remplacé par les dispositions suivantes :

« C – Perte totale et irréversible d'autonomie

L'assuré est considéré comme étant en Perte totale et irréversible d'autonomie dès lors qu'il est prouvé qu'il est, de façon irréversible, dans l'impossibilité totale d'exercer une profession quelconque et en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie soit au moins deux des quatre opérations suivantes : se laver, s'habiller, s'alimenter ou se déplacer. C'est notamment le cas :

- s'il est classé par la sécurité sociale dans la 3<sup>ème</sup> catégorie des invalides (invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne) ;
- ou, en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle, s'il est atteint d'une incapacité permanente à 100 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne, reconnue par la sécurité sociale. » ;
- au D – Salaires de référence TA + TB – les mots « pour le calcul d'un capital ou d'une prestation incapacité – invalidité – maternité-paternité » sont remplacés par les mots « pour le calcul d'un capital ou d'une prestation décès – incapacité – invalidité – maternité-paternité » et les mots « , telle qu'elle est définie au paragraphe 2 de l'article 6 de la convention collective nationale des Cadres du 14 mars 1947, » sont supprimés.

 RH PUP 8  
19 FA  
116 00

X/

Le VII – Fonds de solidarité – est supprimé.

XI/

Le VIII – Contrat proposé aux anciens assurés en vue du maintien des garanties Maladie - Chirurgie - Maternité – devient VII et est modifié comme suit :

- le cinquième alinéa du B – Demande d’adhésion – est remplacé par les dispositions suivantes :

« dans les trois mois suivant la date de suspension du contrat de travail dans les autres cas. » ;

- au deuxième alinéa du C – Cotisations – les mots « la commission paritaire nationale » sont remplacés par les mots « la commission paritaire permanente de négociation et d’interprétation de la Pharmacie d’officine » ;

- le a) du C – Cotisations – est remplacé par les dispositions suivantes :

« a) La cotisation annuelle et par personne est déterminée dans les conditions fixées par le décret n° 90-769 du 30 août 1990 modifié. 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 :

a1 - cotisation pour le régime de base obligatoire cadres et assimilés (RPO) – Bénéficiaires hors Alsace-Moselle

	Cotisation Adulte						Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 <sup>ème</sup> enfant)
	Adhésion antérieure au 01/07/2017	Adhésion à compter du 01/07/2017					
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
- RPO - Anciens assurés retraités	1 164 €	672 €	768 €	876 €	1 008 €	1 164 €	453 €
- RPO - Anciens assurés non retraités	984 €	672 €	744 €	816 €	900 €	984 €	453 €

a2 - cotisation pour le régime de base obligatoire cadres et assimilés (RPO) – Bénéficiaires Alsace-Moselle

	Cotisation Adulte						Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 <sup>ème</sup> enfant)
	Adhésion antérieure au 01/07/2017	Adhésion à compter du 01/07/2017					
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
- RPO - Anciens assurés	807 €	466 €	532 €	607 €	699 €	807 €	314 €

*Handwritten notes and signatures:*  
RCA  
20  
FA  
NB  
œ

retraités							
- RPO - Anciens assurés non retraités	682 €	466 €	516 €	566 €	624 €	682 €	314 €

a3 – cotisation pour le régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF) incluant la cotisation RPO – Bénéficiaires hors Alsace-Moselle

	Cotisation Adulte						Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 <sup>ème</sup> enfant)
	Adhésion antérieure au 01/07/2017	Adhésion à compter du 01/07/2017					
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
- RSF - Anciens assurés retraités	1 356 €	804 €	912 €	1 032 €	1 164 €	1 356 €	596 €
- RSF - Anciens assurés non retraités	1 152 €	804 €	876 €	948 €	1 032 €	1 152 €	596 €

a4 – cotisation pour le régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF) incluant la cotisation RPO – Bénéficiaires Alsace-Moselle

	Cotisation Adulte						Cotisation par enfant à charge (gratuité à compter du 4 <sup>ème</sup> enfant)
	Adhésion antérieure au 01/07/2017	Adhésion à compter du 01/07/2017					
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Années 5 et +	
- RSF - Anciens assurés retraités	999 €	592 €	672 €	760 €	857 €	999 €	457 €
- RSF - Anciens assurés non retraités	849 €	592 €	645 €	698 €	760 €	849 €	457 €

» ;

- au b) du C – Cotisations – le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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. » ;

- le D – Montant des prestations – est remplacé par les dispositions suivantes :

« D – Montant des prestations

Les prestations sont identiques à celles du régime de base obligatoire cadres et assimilés (RPO) ou du régime supplémentaire cadres et assimilés (RSF), en fonction de la garantie souscrite par l'officine dont relèvent les bénéficiaires du dispositif de maintien des garanties.

*[Handwritten signatures and initials]*  
 RH PNP 21  
 NG  
 FA

Les tableaux des garanties sont présentés en Annexe IV.3. » ;

- au E – Retraités cadres et assimilés, ayant adhéré, avant le 1<sup>er</sup> janvier 1994, à un contrat d'assurance mettant en œuvre les garanties de frais de soins de santé définies au III – sous chacun des trois tableaux, les mots « par la commission paritaire nationale » sont remplacés par les mots « par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de la Pharmacie d'officine ».

#### XII/

Le IX – Financement et mise en œuvre de la portabilité des garanties du régime – devient VIII.

#### XIII/

Le X – Prévention – est supprimé.

#### Article 3

Après 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 insérée une Annexe IV-3 – Tableaux des garanties des Régimes Frais de soins de santé des salariés de la Pharmacie d'officine – rédigée comme suit :

#### « ANNEXE IV-3 : TABLEAUX DES GARANTIES DES REGIMES FRAIS DE SOINS DE SANTE DES SALARIES DE LA PHARMACIE D'OFFICINE

Les tableaux des garanties Frais de soins de santé comportent trois niveaux :

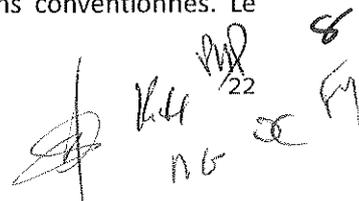
- le niveau 1 correspond au régime de base obligatoire du personnel non cadre défini à l'Annexe IV-1 ;
- le niveau 2 correspond au régime de base obligatoire du personnel cadre et assimilé (RPO) défini à l'Annexe IV-2, ainsi qu'au régime supplémentaire Frais de soins de santé du personnel non cadre défini à l'Annexe IV-1 ;
- le niveau 3 correspond au régime supplémentaire du personnel cadre et assimilé (RSF) défini à l'Annexe IV-2.

#### **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 ainsi que les adhérents facultatifs.

B - 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.

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

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page, including a large signature, 'KLL', 'NB', '22', 'FM', and other marks.

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 ;

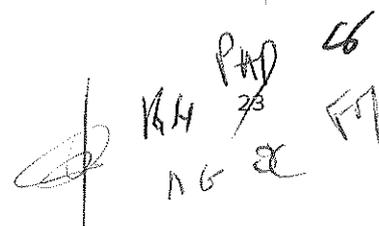
E - En cas d'adoption d'un ou plusieurs enfants par l'assuré, l'indemnité forfaitaire de maternité ne peut être réglée que si le (ou les) enfant(s) est (sont) âgé(s) de moins de 12 ans le jour de l'adoption. La prime de naissance est versée aux deux conjoints, partenaires liés par un PACS ou concubin, si tous les deux sont assurés des régimes ou adhérents facultatifs, à l'exclusion des ayants droit à charge.

F - Le versement de l'indemnité afférente à la cure thermale exclut tous les autres remboursements relatifs à celle-ci (frais de l'établissement de cure, contrôle médical, frais de transport et d'hébergement).

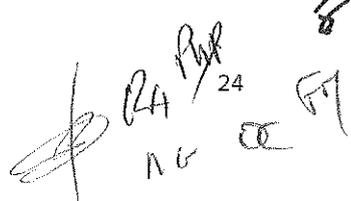
## II – Tableau des garanties hors Alsace-Moselle

Les prestations figurant dans ce tableau sont versées dans la limite des frais réellement exposés.

GRILLE HORS ALSACE MOSELLE			
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Frais de soins de santé Pharmacie d'officine	Base obligatoire non cadre	Base obligatoire cadre (RPO) Supplémentaire non cadre	Supplémentaire cadre (RSF)
<b>HOSPITALISATION</b>			
Frais de séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	120 % BRSS - RSS	120 % BRSS - RSS	120 % BRSS - RSS
Hospitalisation en établissement public de santé	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS
Honoraires			
- Adhérents OPTAM/OPTAM-CO	355 % BRSS - RSS	355 % BRSS - RSS	380 % BRSS - RSS
- Non adhérents OPTAM/OPTAM-CO	200 % BRSS - RSS	200 % BRSS - RSS	200 % BRSS - RSS
Chambre particulière (y compris en cas d'accouchement)	75 € par jour	75 € par jour	75 € par jour
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Lit d'accompagnement (pour enfant à charge)	30 € par jour	30 € par jour	30 € par jour
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels	Frais réels	Frais réels


  
 KAH PAD 23 46
   
 NG 22 57

<b>HONORAIRES MEDICAUX - SOINS COURANTS (en ville ou dans un établissement de santé hors hospitalisation)</b>			
<b>CONSULTATIONS VISITES</b>			
<b>Consultation ou visite de médecins généralistes</b>			
- Adhérents OPTAM/OPTAM-CO	120 % BRSS - RSS	185 % BRSS - RSS	245 % BRSS - RSS
- Non adhérents OPTAM/OPTAM-CO	100 % BRSS - RSS	115 % BRSS - RSS	115 % BRSS - RSS
<b>Consultation ou visite de médecins spécialistes</b>			
- Adhérents OPTAM/OPTAM-CO	130 % BRSS - RSS	245 % BRSS - RSS	265 % BRSS - RSS
- Non adhérents OPTAM/OPTAM-CO	110 % BRSS - RSS	161 % BRSS - RSS	175 % BRSS - RSS
<b>Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux</b>			
- Adhérents OPTAM/OPTAM-CO	325 % BRSS - RSS	325 % BRSS - RSS	350% BRSS - RSS
- Non adhérents OPTAM/OPTAM-CO	200 % BRSS - RSS	200 % BRSS - RSS	200 % BRSS - RSS
<b>Analyses médicales</b>	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS
<b>Auxiliaires médicaux</b>	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS
<b>ACTES D'IMAGERIE</b>			
<b>Radiologie</b>			
- Adhérents OPTAM/OPTAM-CO	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS
- Adhérents OPTAM/OPTAM-CO	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS
<b>Echographie</b>			
- Adhérents OPTAM/OPTAM-CO	130 % BRSS - RSS	325 % BRSS - RSS	350 % BRSS - RSS
- Non adhérents OPTAM/OPTAM-CO	110 % BRSS - RSS	200 % BRSS - RSS	200 % BRSS - RSS
<b>TRANSPORT</b>			
<b>Transport du malade</b>			
<b>Indemnités de déplacement (médecins – auxiliaires médicaux)</b>	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS
<b>PHARMACIE</b>			
<b>Médicaments</b>	100 % FR - RSS	100 % FR - RSS	100 % FR - RSS
<b>Médicaments non remboursés ou non remboursables (1)</b>	50 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b>			
<b>Soins dentaires</b>	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS
<b>Inlay onlay</b>	200 % BRSS - RSS	200 % BRSS - RSS	200 % BRSS - RSS
<b>Prothèses dentaires remboursées par la SS</b>	370 % BRSS - RSS	419 % BRSS - RSS	465 % BRSS - RSS
<b>Prothèses dentaires non remboursées par la SS</b>	300 % BRSS	419 % BRSS	465 % BRSS
<b>Traitements orthodontiques remboursés SS</b>	300 % BRSS - RSS	326 % BRSS - RSS	372 % BRSS - RSS
<b>Traitements orthodontiques non remboursés SS</b>	200 % BRSS	326 % BRSS	372 % BRSS
<b>Implants dentaires non remboursés (forfait pour l'ensemble - implant et pilier implantaire)</b>	400 € par implant	400 € par implant	450 € par implant
<b>limite par an et par bénéficiaire</b>	2 implants	2 implants	2 implants
<b>Parodontie non remboursée par la Sécurité sociale</b>	200 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire	250 € par an et par bénéficiaire
<b>OPTIQUE</b>			
<b>VERRES ET MONTURE (2)</b>	limité à 1 équipement par période de 2 ans sauf changement de correction		


  
 24  
 24  
 24  
 24

Par verre simple remboursé par la sécurité sociale	112 €/verre - RSS	130 €/verre - RSS	150 €/verre - RSS
Par verre complexe remboursé par la sécurité sociale	118 €/verre - RSS	130 €/verre - RSS	150 €/verre - RSS
Par verre très complexe remboursé par la sécurité sociale	180 €/verre - RSS	200 €/verre - RSS	220 €/verre - RSS
Par monture remboursée par la sécurité sociale	100 € - RSS	120 € - RSS	140 € - RSS
<b>LENTILLE</b>			
Lentilles correctrices remboursées par la sécurité sociale, jetables ou non jetables (3)	200 € par an et par bénéficiaire - RSS	200 € par an et par bénéficiaire - RSS	200 € par an et par bénéficiaire - RSS
Lentilles correctrices non remboursées par la sécurité sociale, jetables ou non jetables	130 € par an et par bénéficiaire	140 € par an et par bénéficiaire	160 € par an et par bénéficiaire
<b>PROTHÈSES ET APPAREILLAGES</b>			
Orthopédie, petit appareillage, prothèses non dentaires, petit matériel	140 % BRSS - RSS	190 % BRSS - RSS	210 % BRSS - RSS
Grand appareillage	140 % BRSS - RSS	230 % BRSS - RSS	250 % BRSS - RSS
Prothèses capillaires (3)	525 € par an et par bénéficiaire - RSS	525 € par an et par bénéficiaire - RSS	525 € par an et par bénéficiaire - RSS
Prothèses auditives + 20 ans /an /oreille appareillée (3)	580 € - RSS	580 € - RSS	680 € - RSS
- 20 ans/an/oreille appareillée (3)	1400 € - RSS	1400 € - RSS	1500 € - RSS
entretien et accessoires	140 % BRSS - RSS	190 % BRSS - RSS	210 % BRSS - RSS
<b>CURES THERMALES</b>			
Cures thermales remboursées SS (4)	20 € par jour + RSS	20 € par jour + RSS	20 € par jour + RSS
<b>NATALITE</b>			
Prime de naissance ou d'adoption (5)	250 € par enfant	250 € par enfant	250 € par enfant
<b>PREVENTION</b>			
	Les actes de prévention figurant dans la liste mentionnée à l'article R. 871-2, II du code de la sécurité sociale sont pris en charge au titre des postes de dépense dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur, dans les conditions et indications fixées par l'arrêté pris pour l'application de cet article.		

BRSS : base de remboursement de la sécurité sociale ;  
RSS : remboursement de la sécurité sociale ;  
FR : frais réels.

(1) Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.

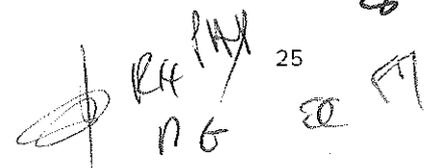
(2) Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an. De même, pour les bénéficiaires qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge de deux équipements par période de deux ans est autorisée si ces deux équipements corrigent chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin). Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique, ou de la première partie de l'équipement en cas d'équipement partiel.

La définition des verres simples, verres complexes et verres hypercomplexes est faite par référence à la typologie des verres prévue par le cahier des charges des contrats responsables (article R. 871-2 du code de la sécurité sociale).

(3) Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.

(4) Le versement de l'indemnité afférente à la cure thermique exclut tous les autres remboursements relatifs à celle-ci (frais de l'établissement de cure, contrôle médical, frais de transport et d'hébergement).

(5) La prime de maternité est versée en complément du remboursement des frais afférents à l'accouchement par voie naturelle (frais

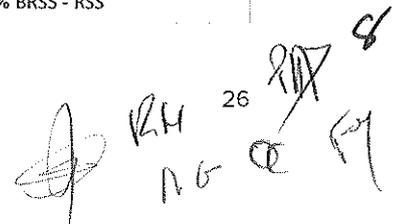

  
25

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.

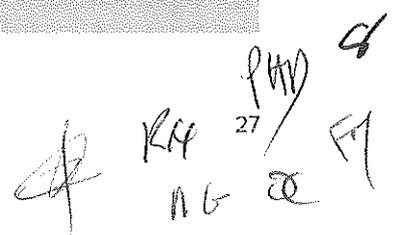
### III – Tableau des garanties Alsace-Moselle

Les prestations figurant dans ce tableau sont versées dans la limite des frais réellement exposés.

GRILLE ALSACE MOSELLE			
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Frais de soins de santé Pharmacie d'officine	Base obligatoire non cadre	Base obligatoire cadre (RPO) Supplémentaire non cadre	Supplémentaire cadre (RSF)
<b>HOSPITALISATION</b>			
Frais de séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	120 % BRSS - RSS	120 % BRSS - RSS	120 % BRSS - RSS
Hospitalisation en établissement public de santé	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS
Honoraires			
- Adhérents OPTAM/OPTAM-CO	355 % BRSS - RSS	355 % BRSS - RSS	380 % BRSS - RSS
- Non adhérents OPTAM/OPTAM-CO	200 % BRSS - RSS	200 % BRSS - RSS	200 % BRSS - RSS
Chambre particulière (y compris en cas d'accouchement)	75 € par jour	75 € par jour	75 € par jour
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Lit d'accompagnement (pour enfant à charge)	30 € par jour	30 € par jour	30 € par jour
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>HONORAIRES MEDICAUX - SOINS COURANTS (en ville ou dans un établissement de santé hors hospitalisation)</b>			
<b>CONSULTATIONS VISITES</b>			
Consultation ou visite de médecins généralistes			
- Adhérents OPTAM/OPTAM-CO	120 % BRSS - RSS	205 % BRSS - RSS	265 % BRSS - RSS
- Non adhérents OPTAM/OPTAM-CO	100 % BRSS - RSS	115 % BRSS - RSS	115 % BRSS - RSS
Consultation ou visite de médecins spécialistes			
- Adhérents OPTAM/OPTAM-CO	130 % BRSS - RSS	265 % BRSS - RSS	285 % BRSS - RSS
- Non adhérents OPTAM/OPTAM-CO	110 % BRSS - RSS	161 % BRSS - RSS	175 % BRSS - RSS
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux			
- Adhérents OPTAM/OPTAM-CO	345 % BRSS - RSS	345 % BRSS - RSS	370 % BRSS - RSS
- Non adhérents OPTAM/OPTAM-CO	200 % BRSS - RSS	200 % BRSS - RSS	200 % BRSS - RSS
Analyses médicales	130 % BRSS - RSS	130 % BRSS - RSS	130 % BRSS - RSS
Auxiliaires médicaux	130 % BRSS - RSS	130 % BRSS - RSS	130 % BRSS - RSS

26  


<b>ACTES D'IMAGERIE</b>			
<b>Radiologie</b>			
- Adhérents OPTAM/OPTAM-CO	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS
- Adhérents OPTAM/OPTAM-CO	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS
<b>Echographie</b>			
- Adhérents OPTAM/OPTAM-CO	130 % BRSS - RSS	345 % BRSS - RSS	369 % BRSS - RSS
- Non adhérents OPTAM/OPTAM-CO	110 % BRSS - RSS	200 % BRSS - RSS	200 % BRSS - RSS
<b>TRANSPORT</b>			
<b>Transport du malade</b>			
Indemnités de déplacement (médecins – auxiliaires médicaux)	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS	100 % BRSS - RSS
<b>PHARMACIE</b>			
Médicaments	100 % FR- RSS	100 % FR- RSS	100 % FR- RSS
Médicaments non remboursés ou non remboursables (1)	50 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b>			
Soins dentaires	120 % BRSS - RSS	120 % BRSS - RSS	120 % BRSS - RSS
Inlay onlay	200 % BRSS - RSS	200 % BRSS - RSS	200 % BRSS - RSS
Prothèses dentaires remboursées par la SS	390 % BRSS - RSS	419 % BRSS - RSS	465 % BRSS - RSS
Prothèses dentaires non remboursées par la SS	300 % BRSS	419 % BRSS	465 % BRSS
Traitements orthodontiques remboursés SS	300 % BRSS - RSS	326 % BRSS - RSS	372 % BRSS - RSS
Traitements orthodontiques non remboursés SS	200 % BRSS	326 % BRSS	372 % BRSS
Implants dentaires non remboursés (forfait pour l'ensemble - implant et pilier implantaire)	400 € par implant	400 € par implant	450 € par implant
limite par an et par bénéficiaire	2 implants	2 implants	2 implants
Parodontie non remboursée par la Sécurité sociale	200 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire	250 € par an et par bénéficiaire
<b>OPTIQUE</b>			
<b>VERRES ET MONTURE (2)</b>	<b>limité à 1 équipement par période de 2 ans sauf changement de correction</b>		
Par verre simple remboursé par la sécurité sociale	112 €/ verre - RSS	130 €/verre - RSS	150 €/verre - RSS
Par verre complexe remboursé par la sécurité sociale	118 €/ verre - RSS	130 €/verre - RSS	150 €/verre - RSS
Par verre très complexe remboursé par la sécurité sociale	180 €/verre - RSS	200 €/verre - RSS	220 €/verre - RSS
Par monture remboursée par la sécurité sociale	100 € - RSS	120 € - RSS	140 € - RSS
<b>LENTILLE</b>			
Lentilles correctrices remboursées par la sécurité sociale, jetables ou non jetables (3)	200 € par an et par bénéficiaire - RSS	200 € par an et par bénéficiaire - RSS	200 € par an et par bénéficiaire - RSS
Lentilles correctrices non remboursées par la sécurité sociale, jetables ou non jetables	130 € par an et par bénéficiaire	140 € par an et par bénéficiaire	160 € par an et par bénéficiaire
<b>PROTHESES ET APPAREILLAGES</b>			


  
 PHD 27

Orthopédie, petit appareillage, prothèses non dentaires, petit matériel	140 % BRSS - RSS	220 % BRSS - RSS	240 % BRSS - RSS
Grand appareillage	140 % BRSS - RSS	230 % BRSS - RSS	250 % BRSS - RSS
Prothèses capillaires (3)	525 € par an et par bénéficiaire - RSS	525 € par an et par bénéficiaire - RSS	525 € par an et par bénéficiaire - RSS
Prothèses auditives			
+ 20 ans /an /oreille appareillée (3)	580 € - RSS	580 € - RSS	680 € - RSS
- 20 ans/ an/oreille appareillée (3)	1820 € - RSS	1820 € - RSS	1920 € - RSS
entretien et accessoires	140 % BRSS - RSS	220 % BRSS - RSS	240 % BRSS - RSS
<b>CURES THERMALES</b>			
Cures thermales remboursées SS (4)	20 € par jour + RSS	20 € par jour + RSS	20 € par jour + RSS
<b>NATALITE</b>			
Prime de naissance ou d'adoption (5)	250 € par enfant	250 € par enfant	250 € par enfant
<b>PREVENTION</b>			
	Les actes de prévention figurant dans la liste mentionnée à l'article R. 871-2, II du code de la sécurité sociale sont pris en charge au titre des postes de dépense dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur, dans les conditions et indications fixées par l'arrêté pris pour l'application de cet article.		

BRSS : base de remboursement de la sécurité sociale ;

RSS : remboursement de la sécurité sociale ;

FR : frais réels.

(1) Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.

(2) Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux 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 d'un an. De même, pour les bénéficiaires qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge de deux équipements par période de deux ans est autorisée si ces deux équipements corrigent chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin). Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique, ou de la première partie de l'équipement en cas d'équipement partiel.

La définition des verres simples, verres complexe et verres hypercomplexes est faite par référence à la typologie des verres prévue par le cahier des charges des contrats responsables (article R. 871-2 du code de la sécurité sociale).

(3) Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.

(4) Le versement de l'indemnité afférente à la cure thermique exclut tous les autres remboursements relatifs à celle-ci (frais de l'établissement de cure, contrôle médical, frais de transport et d'hébergement).

(5) La prime de maternité est versée en complément du remboursement des frais afférents à l'accouchement par voie naturelle (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.

».

#### Article 4

Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente.

La branche professionnelle de la Pharmacie d'officine étant composée presque exclusivement d'officines de pharmacie de moins de cinquante salariés, les dispositions du présent avenant ont été rédigées en considération des spécificités de ces entreprises. Par voie de conséquence, l'adoption des stipulations mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail ne se justifie pas.

RH RHP SF  
28 EF  
AG EE

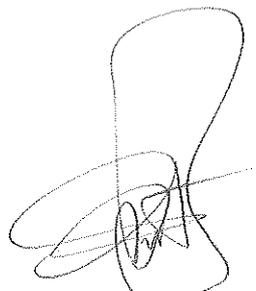
Conformément à la faculté qui leur est offerte par la circulaire ministérielle du 23 mai 2011 relative aux dates communes d'entrée en vigueur des normes concernant les entreprises, les parties signataires s'accordent pour demander l'application la plus rapide possible de l'arrêté d'extension du présent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

Fait à Paris, le 5 novembre 2018.

Pour LA FEDERATION DES SYNDICATS PHARMACEUTIQUES DE FRANCE



Pour L'UNION DES SYNDICATS DE PHARMACIENS D'OFFICINE



Pour LA FEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS DES SERVICES DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX (C.F.D.T.) *RE JOURNALIER*



Pour LA FEDERATION NATIONALE DU PERSONNEL D'ENCADREMENT DES INDUSTRIES CHIMIQUES ET CONNEXES (C.F.E. / C.G.C.)



Pour LA FEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS CHRETIENS DES SERVICES DE SANTE ET SOCIAUX (C.F.T.C.) *FIAORY*



Pour LA FEDERATION NATIONALE DES INDUSTRIES CHIMIQUES (C.G.T.)

*Marie Guillon*



Pour LA FEDERATION NATIONALE FORCE OUVRIERE DES METIERS DE LA PHARMACIE, DES LABORATOIRES D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE, DU CUIR ET DE L'HABILLEMENT (F.O.)



~~Pour L'UNION FEDERALE DE L'INDUSTRIE ET DE LA CONSTRUCTION (U.N.S.A.)~~