

**ANNEXE IV - REGIMES DECES, INCAPACITE DE TRAVAIL, INVALIDITE,
MATERNITE/PATERNITE ET REGIMES FRAIS DE SOINS DE SANTE DES
SALARIES DE LA PHARMACIE D'OFFICINE**

**ANNEXE IV-1 : REGIME DECES, INCAPACITE DE TRAVAIL, INVALIDITE,
MATERNITE/PATERNITE ET REGIME FRAIS DE SOINS DE SANTE DU
PERSONNEL NON CADRE DE LA PHARMACIE D'OFFICINE**

Dernière modification par avenant du 20 mars 2017 (extension en attente)

1 - Régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité

Article 1^{er} – Membres participants du Régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité

Les membres participants 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, c'est-à-dire le personnel ne relevant pas des articles 4, 4bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 ainsi que ceux ne relevant pas de l'article 36 de l'annexe I de cette convention.

Article 2 - Définition du traitement de base servant à la détermination des prestations

1. Traitement de base servant à la détermination des prestations "décès" :

Le traitement de base servant à la détermination des prestations assurées en cas de décès est égal à la rémunération brute perçue par l'assuré au cours des 4 derniers trimestres civils de pleine activité précédant le décès.

Lorsqu'un assuré a moins de 12 mois de présence chez un adhérent, le traitement de base est déterminé à partir des salaires ayant donné effectivement lieu à cotisations.

2. Traitement de base servant à la détermination des prestations dues en cas d'incapacité totale temporaire de travail, d'invalidité, de congé de maternité ou de paternité

Le traitement de base servant à la détermination des prestations dues en cas d'incapacité totale temporaire de travail, d'invalidité, de congé de maternité ou de paternité est égal à la mensualité brute perçue au cours des 12 derniers mois civils de pleine activité, y compris les éléments variables du salaire (gratifications, mois double...).

Article 3 – Décès du participant

A – Définition

En cas de décès du participant, il est prévu le versement :

- d'un capital ;
- d'une allocation frais d'obsèques ;

- d'une rente aux enfants handicapés qui sont à sa charge lors de son décès.

En cas de décès du participant et, simultanément ou postérieurement, de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS, il est également prévu le versement d'un capital supplémentaire dans les conditions prévues à l'article 3.3.

B – Montant du capital

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

- célibataire, veuf ou divorcé : 220 % ;
- marié ou lié par un Pacs : 270 % ;
- majoration pour chaque enfant à charge : 55 %.

C – Conséquences sur les autres garanties

Le décès met fin à l'ensemble des garanties dont bénéficiait le participant.

Article 3.1 - Frais d'obsèques

Le décès du participant, de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge, ouvre droit au versement d'une allocation dont le montant est plafonné à 750 €.

Cette allocation est versée dans tous les cas à la personne qui a assumé les frais d'obsèques, sur remise des pièces justificatives des frais exposés.

Article 3.2 – Rente handicap

En cas de décès du participant, quelle qu'en soit la cause, il est versé une rente viagère à chacun de ses enfants handicapés.

Est reconnu comme handicapé, l'enfant légitime, naturel ou adoptif qui, à la date du décès du participant, est atteint d'une infirmité physique et/ou mentale, constatée médicalement et reconnue par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), infirmité qui l'empêche :

- soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle ;
- soit, s'il est âgé de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal, tel que défini par l'article 199 septies 1° du Code général des impôts.

Par exception au principe visé ci-dessus, aucune rente handicap n'est due :

- si le bénéficiaire a commis ou fait commettre un meurtre sur la personne du participant et a été condamné pour ces faits par décision de justice devenue définitive ;
- en cas de guerre étrangère dans laquelle la France serait impliquée ou en cas de guerre civile ou étrangère, dès lors que le participant y prend une part active ;

- pour les sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes.

Le montant mensuel de la rente handicap est fixé à 500 euros. La rente est versée au bénéficiaire ou à son représentant légal.

Article 3.3 – Double effet

Dans le cas où, simultanément ou postérieurement au décès du participant, son conjoint ou son partenaire lié par un PACS vient à décéder avant la liquidation de ses droits à retraite, il est versé un capital aux enfants dudit participant ou de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS, encore à charge lors du décès du conjoint ou du partenaire lié par un PACS.

Le montant du capital est égal à 100 % du capital alloué en cas de décès.

Ce capital est versé, par parts égales, aux enfants ou à leur représentant légal.

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 moins de 16 ans, ou de moins de 18 ans s'ils n'exercent aucune activité professionnelle rémunérée, à charge au sens fiscal ;
- de moins de 28 ans poursuivant leurs études dans l'Union européenne, y compris en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve d'être régulièrement inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou 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 nés viables moins de 300 jours après le décès de l'assuré sont considérés comme ayants droit de l'assuré au jour du décès.

Article 4 - Invalidité absolue et définitive du participant

A - Définition

La garantie a pour objet le paiement d'un capital à l'assuré en état d'invalidité absolue et définitive.

L'invalidité absolue et définitive est celle qui met l'assuré définitivement dans l'incapacité totale fonctionnelle et professionnelle de se livrer à un travail rémunéré ou lui donnant gain ou

profit, et dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

L'assuré qui justifie être classé dans la 3e catégorie des invalides, au sens de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale, ou perçoit une rente au titre des accidents du travail ou maladies professionnelles au taux de 100 % bénéficie de cette garantie.

B - Montant

Le montant du capital versé de manière anticipée est identique à celui prévu en cas de décès tel que défini à l'article 3 « Décès du participant » ci-dessus.

C - Conséquences sur les autres garanties

Le paiement anticipé du capital décès entraîne la cessation immédiate de la garantie décès de l'assuré.

Article 5 - Incapacité de travail

A – Définition

Accident ou maladie non professionnelle :

Lorsqu'un assuré, quelle que soit son ancienneté dans l'officine, est atteint d'incapacité temporaire de travail résultant d'un accident ou d'une maladie non professionnelle, il lui est alloué, à partir du 4^{ème} jour d'arrêt de travail, une indemnité journalière.

Accident ou maladie professionnelle, accident de trajet :

Si l'incapacité totale temporaire de travail résulte d'un accident ou d'une maladie professionnelle admis par la jurisprudence en matière d'accident du travail ou encore d'un accident de trajet, les prestations sont versées à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

En cas de modification des dispositions du régime général de la sécurité sociale, une révision des conditions de la garantie et du montant de la cotisation devrait être effectuée, et ce dès la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

B - Montant

Le montant de l'indemnité journalière est égal à 82 % du traitement brut de base journalier, sous déduction des prestations servies par la sécurité sociale¹.

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.

¹ Alinéa étendu sous réserve de l'application des dispositions du cinquième alinéa de l'article 7 de l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977 sur la mensualisation, annexé à l'article 1^{er} de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle.

En aucun cas, le montant des sommes versées, quelle qu'en soit la nature, au participant en incapacité du travail, soit par l'adhérente ou par son intermédiaire après précompte des cotisations dues, soit directement à l'intéressé après rupture du contrat de travail, 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...).

C - Durée de paiement

L'indemnité journalière est servie tant que l'assuré bénéficie de prestations « espèces » au titre « maladie - maladie de longue durée » de la sécurité sociale et cesse au plus tard soit :

- en cas de reprise totale de l'activité professionnelle ;
- au 1 095^e jour d'arrêt de travail ;
- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité par la sécurité sociale ;
- à la date à laquelle le participant bénéficie d'une pension de retraite d'un régime de base ;
- en cas de décès, au jour du décès.

D - Reprise d'activité à temps partiel

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.

Article 6 - Invalidité

A - Définition

La garantie a pour objet le paiement d'une rente lorsque le participant perçoit de la sécurité sociale :

- soit une pension d'invalidité du 1er, 2e ou 3e groupe ;
- soit une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle.

B - Montant

1. En cas d'invalidité

Pour les participants classés en 2e et 3e catégorie d'invalides de la sécurité sociale, le montant de la rente fixé en pourcentage du traitement de base annuel est égal à 90 % sous déduction de la prestation brute (hors majoration pour tierce personne) versée par la sécurité sociale.

Le traitement de base annuel est obtenu en multipliant par 12 le traitement défini à l'article 2, paragraphe 2.

Dans le cas où le participant est classé dans le 1er groupe des invalides, la rente versée est celle qui est prévue pour les assurés en 2e et 3e catégorie, cependant son montant est réduit de 1/4.

2. En cas d'invalidité permanente pour accident de travail ou maladie professionnelle

Les prestations sont versées à compter du 1er jour d'arrêt de travail.

Toutefois, 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 du 1er groupe ;
- égal ou supérieur à 67 %, le montant de la rente est identique à celui versé aux invalides du 2e ou 3e groupe.

En aucun cas, le montant total des sommes versées, quelle qu'en soit la nature, au participant en invalidité, soit par l'adhérente ou par son intermédiaire après précompte des cotisations dues, soit directement à l'intéressé après rupture du contrat de travail, 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...). L'excédent éventuel de la rente, constaté par l'adhérente, est reversé au régime.

C - Durée du paiement

La rente d'invalidité est servie dès la notification de l'état d'invalidité par la sécurité sociale, à partir du 1er jour qui suit la cessation du paiement de l'indemnité prévue à l'article 5 et pendant toute la durée de l'invalidité du participant.

Elle cesse au plus tard :

- en cas de transformation de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente d'accident du travail ou de maladie professionnelle en pension de vieillesse servie par la sécurité sociale ;
- lorsque le participant n'est plus reconnu invalide par la sécurité sociale, ou ne perçoit plus de rente d'accident du travail de la sécurité sociale ;
- en cas de décès, au jour du décès.

Article 7 - Dispositions communes aux garanties Incapacité de travail et Invalidité

Reprise du travail

Le délai de franchise de 3 jours est décompté lors de chaque arrêt de travail même si la reprise de travail entre 2 arrêts est d'une durée inférieure à 2 mois.

Article 7-1 - Résiliation du contrat d'assurance relatif au régime : incidences sur les rentes en cours de service et sur le maintien de la garantie décès

En cas de résiliation du contrat d'assurance, notamment à la suite du changement de l'organisme assureur désigné pour assurer la mise en œuvre du régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité, ou à la suite de la dénonciation de l'accord collectif de branche instituant ledit régime, l'organisme assureur est tenu d'assurer le service des rentes en cours au niveau qu'elles avaient atteint à la date de la résiliation du contrat. Les revalorisations futures des rentes en cours de service seront poursuivies, conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale. Elles seront à la charge du nouvel assureur.

La garantie décès sera maintenue pour les bénéficiaires des rentes d'incapacité de travail et d'invalidité, conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, à la charge de l'ancien assureur. Les revalorisations futures des bases de calcul du capital décès seront à la charge du nouvel assureur.

Article 7.2 – Clause de revalorisation

Chaque année, en fonction des résultats techniques et financiers de la convention d'assurance mettant en œuvre le régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité, du montant de la réserve générale et du montant de la réserve générale initiale, le comité de gestion se prononce, sur délégation de la commission paritaire nationale mentionnée à l'article 23 des dispositions générales de la présente convention collective, sur la revalorisation des prestations en cours de service et, s'agissant de la garantie décès, du traitement de base.

Lorsqu'il arrête le niveau de la revalorisation annuelle des rentes et indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale en cours de service, le comité de gestion prend en compte l'évolution du point de retraite ARRCO, du point conventionnel de salaire sur la base duquel sont calculés les salaires minima des salariés de la Pharmacie d'officine ainsi que le taux d'évolution de l'indice INSEE des prix de l'exercice précédent. Toutefois, le montant de la revalorisation ne peut en aucun cas excéder les capacités de financement du régime, dans la limite de la somme du montant de la réserve générale et du montant de la réserve générale initiale arrêtée au 31 décembre de l'exercice précédent. Le traitement de base est revalorisé comme les rentes et indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale en cours de service.

Si la décision de revaloriser est prise, le montant d'origine des prestations en cours de service, indemnité journalières, pension et rente d'invalidité, ainsi que le traitement de base, sont revalorisés. La première revalorisation s'applique, au plus tôt, six mois jour pour jour après l'arrêt de travail.

Article 8 - Garantie maternité

A - Définition

En cas de maternité d'une assurée survenant au moins 280 jours après son entrée dans le régime, il lui est versé une indemnité pendant la période du congé légal de maternité.

Il est précisé que pour les assurées qui sont licenciées ou qui démissionnent, l'accouchement doit avoir lieu au plus tard dans les 280 jours qui suivent la date de rupture du contrat de travail.

Ces dispositions s'appliquent également en cas d'adoption, dans la mesure où la sécurité sociale aura elle-même admis l'assurée au bénéfice des prestations maternité.

B - Montant

Le montant de l'indemnité est égal à 82 % de son traitement brut de base journalier sous déduction des prestations versées 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.

En aucun cas, le montant des sommes versées, quelle qu'en soit la nature, au participant en incapacité de travail, soit par l'adhérente ou par son intermédiaire après précompte des cotisations dues, soit directement à l'intéressé après rupture du contrat de travail, 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...).

C - Durée du paiement

L'indemnité est versée pendant la durée du congé légal de maternité. Le paiement peut être prolongé de 2 semaines en cas de troubles de la santé, sous réserve qu'elles donnent lieu à indemnisation de la sécurité sociale.

Article 8 bis - Garantie paternité

A - Définition

En cas de paternité d'un participant survenant au moins 280 jours après son entrée dans le régime, il lui est versé une indemnité pendant la période du congé légal de paternité.

Ces dispositions s'appliquent également en cas d'adoption, dans la mesure où la sécurité sociale aura elle-même admis l'assuré au bénéfice des prestations correspondantes.

B - Montant

Le montant de l'indemnité est égal à 82 % du traitement de base journalier du participant sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale et pour toute la durée au cours de laquelle ces prestations seront servies à l'assuré.

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.

En aucun cas, le montant des sommes versées, quelle qu'en soit la nature, au participant en incapacité de travail, soit par l'adhérente ou par son intermédiaire après précompte des cotisations dues, soit directement à l'intéressé après rupture du contrat de travail, 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...).

C - Durée du paiement

L'indemnité est versée pendant la durée du congé légal de paternité et pour toute la durée d'attribution des prestations par la sécurité sociale.

D - Maintien des garanties

L'assuré conserve le bénéfice du régime de prévoyance durant la prise du congé.

2 - Régime Frais de soins de santé

Article 9 - Garantie frais de soins de santé

A - Définition

Pour la maladie, la chirurgie et la pharmacie, la garantie a pour objet le versement de prestations pour frais énumérés dans les nomenclatures de la sécurité sociale. Les actes hors nomenclature dans le cadre de la 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 le tableau figurant au présent article.

Pour la maternité et l'adoption, la garantie a pour objet le versement d'indemnités forfaitaires. La garantie cesse lorsque le participant bénéficie d'une pension de retraite d'un régime de base.

B - Etendue de la garantie

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 versés par l'institution.

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

Personnes couvertes :

Les membres participants 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 au régime général de la sécurité sociale française, c'est-à-dire le personnel ne relevant pas des articles 4, 4bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 ainsi que ceux ne relevant pas de l'article 36 de l'annexe I de cette convention.

Outre ceux du participant, les Frais de soins de santé engagés par ses ayants droit sont garantis dans la limite des prestations définies ci-après. Sont considérés comme ayants droit au sens du présent régime :

- le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin du participant, sous réserve de justifier de la qualité d'assuré social et de n'exercer aucune activité professionnelle rémunérée ;
- les enfants :
 - o de moins de 18 ans à charge au sens fiscal et qui n'exercent aucune activité professionnelle rémunérée, conformément aux dispositions de l'article L. 1602 du code de la sécurité sociale ;

- 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 d'être régulièrement inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou 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, le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin du participant, bénéficiaires des articles L. 212-1 et L. 213-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

Tableau des prestations :

| NATURE DES FRAIS | MONTANT DES PRESTATIONS |
|--|--|
| HONORAIRES MEDICAUX | – SOINS COURANTS |
| Consultations ou visites de médecins généralistes | |
| Médecins signataires du contrat d'accès aux soins | |
| Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins | 120 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾ |
| Consultations ou visites de médecins spécialistes | |
| Médecins signataires du contrat d'accès aux soins | 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾ |
| Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins | 130 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾ |
| Analyses médicales | 110 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾ |
| | 40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Auxiliaires médicaux | 40 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| ACTES D'IMAGERIE | |
| Radiologie | |
| Praticiens signataires ou non signataires du contrat d'accès aux soins | 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾ |

| | |
|---|---|
| Echographie | |
| Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins | 130 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾ |
| Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins | 110 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾ |
| PHARMACIE | |
| Médicaments | 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾ |
| Médicaments non remboursés ou non remboursables ⁽²⁾ | Dans la limite d'un forfait de 40 euros par an pour les seuls membres participants |
| FRAIS RELEVANT DE LA LPPR (Liste des Produits et Prestations Remboursables) | |
| Orthopédie, appareillage, prothèses non dentaires, petit matériel | 140 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾ |
| FRAIS CHIRURGICAUX | |
| Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux | |
| Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins | 230 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾ |
| Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins | 200 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾ |
| HOSPITALISATION | |
| Frais de séjour | 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾ |
| Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement | 75 euros par jour d'hospitalisation |
| Lit d'accompagnement | 30 euros par jour en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge |
| Forfait hospitalier | Prise en charge intégrale ⁽³⁾ |
| Participation forfaitaire de 18 euros (actes lourds) | Prise en charge intégrale |
| DENTAIRE | |
| Soins dentaires | 30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale |

| | |
|--|--|
| Prothèses dentaires remboursées ou non remboursées par la sécurité sociale | 300 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Traitements orthodontiques remboursés ou non remboursés par la sécurité sociale | 200 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Parodontie non remboursée par la sécurité sociale | 200 euros par an et par bénéficiaire |
| Implants dentaires non remboursés par la sécurité sociale | 400 euros pour l'ensemble (implant et pilier implantaire) dans la limite de deux implants par an et par bénéficiaire |
| OPTIQUE | |
| Par verre remboursé par la sécurité sociale ⁽⁴⁾ | 110 euros en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Par monture remboursée par la sécurité sociale ⁽⁴⁾ | 100 euros en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Lentilles correctrices remboursées par la sécurité sociale, jetables ou non jetables ⁽⁵⁾ | 130 euros par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Lentilles correctrices non remboursées par la sécurité sociale, jetables ou non jetables | 130 euros par an et par bénéficiaire |
| PROTHESES AUDITIVES | |
| 400 euros (forfait annuel par oreille appareillée) en complément des prestations versées par la sécurité sociale ⁽⁵⁾ | |
| 560 euros pour les moins de 20 ans (forfait annuel par oreille appareillée) en complément des prestations versées par la sécurité sociale ⁽⁵⁾ | |
| PROTHESES CAPILLAIRES | |
| 400 euros par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale ⁽⁵⁾ | |
| CURES THERMALES (remboursées par la sécurité sociale) | |
| 6 ‰ du plafond mensuel de la sécurité sociale ⁽⁶⁾ par jour en complément des prestations versées par la sécurité sociale | |
| NATALITE | |

| | |
|---|---|
| Prime de maternité ou d'adoption | 210 euros par enfant (en cas de naissances ou d'adoptions multiples, versement pour chaque enfant), sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou d'une photocopie du jugement d'adoption. Cette prime est versée aux deux conjoints ou partenaires liés par un PACS, si tous deux travaillent dans la même entreprise |
| TRANSPORT | |
| Transport du malade | 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale ⁽¹⁾ |
| Indemnités de déplacement (médecins – auxiliaires médicaux) | |

Les prestations figurant dans ce tableau sont versées par le régime dans la limite des frais réellement exposés par l'assuré.

- (1) Ces prestations sont versées sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.
- (2) Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10% ou à 10%.
- (3) Soit à titre indicatif = 18 euros au 1^{er} janvier 2015 et 13,50 euros en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique.
- (4) 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. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.
- (5) 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.
- (6) Soit à titre indicatif = 19,02 euros au 1^{er} janvier 2015.

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 le régime.

Il est précisé que :

- 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 le tableau ci-dessus ;
- la prime de maternité exclut tous les 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 ;
- les prestations « cures thermales » sont calculées en pourcentage du plafond de la sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier précédant la date des frais engagés ;
- 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).

Article 9-1 - Maintien de la garantie frais de soins de santé

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

a) les chômeurs licenciés depuis le 1^{er} janvier 1994 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.

2. Peuvent obtenir le maintien de la garantie frais de soins de santé moyennant le versement d'une cotisation définie à l'article 10 C :

a) les chômeurs de plus de 6 mois licenciés depuis le 1^{er} janvier 1994 sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent le terme du délai fixé au a) du 1. du présent article (12 mois maximum à compter de la rupture du contrat de travail) et de justifier d'une indemnisation par Pôle Emploi ;

b) les bénéficiaires d'un contrat de solidarité ;

c) les retraités, préretraités FNE, bénéficiaires d'un contrat de sécurisation professionnelle ou d'un contrat ARPE et anciens déportés, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ;

d) les ayants droit de l'assuré décédé sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès ;

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 30 jours précédant 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.

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 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) ;

g) 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), sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la fin de cette période de maintien de garantie.

3. Le maintien de la garantie prévoyance et frais de soins de santé, en vertu des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité), s'effectue sans préjudice du maintien de la garantie frais de soins de santé auquel les anciens salariés peuvent prétendre au titre du présent régime de prévoyance.

Les anciens salariés ne sauraient toutefois prétendre, pour une même demande de prise en charge, au doublement des prestations par l'effet d'une application cumulée de ces dispositifs de maintien des garanties.

4. En cas de changement de l'organisme assureur désigné, l'organisme assureur nouvellement désigné propose à chacun des assurés mentionnés aux 1. et 2. du présent article la poursuite de la garantie de frais de soins de santé aux conditions fixées par les contrats de l'ancien organisme assureur. Les assurés qui refusent cette proposition ne peuvent plus prétendre au bénéfice des dispositions du régime de frais de soins de santé.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux contrats des assurés mentionnés du 3. du présent article et bénéficiant du maintien des garanties prévoyance et frais de soins de santé, en vertu des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité).

Les actifs représentatifs des provisions techniques et réserves constituées par l'ancien organisme assureur au titre des contrats des assurés qui ont souscrit les contrats proposés par le nouvel organisme assureur, sont transférées à celui-ci.

Article 9-2 – Dispenses d'affiliation au Régime Frais de soins de santé

Les salariés employés à temps partiel dont l'affiliation au présent régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation « Frais de soins de santé » au moins égale à 10 % de leur

rémunération brute peuvent bénéficier, sur demande, et quelle que soit la date de leur embauche, d'une dispense d'affiliation. Cette dispense est valable tant que les conditions prévues au présent alinéa sont remplies.

L'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

La dispense d'affiliation n'est pas irrévocable et n'empêche pas le salarié qui a souhaité en bénéficier de s'affilier par la suite au régime.

3 - Cotisations

Article 10 – Cotisations

A - Assiette des cotisations

Les garanties sont assurées en contrepartie d'une cotisation assise sur la rémunération annuelle brute, y compris les éléments variables (gratifications, mois double...), de chaque participant 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 – Exonération des cotisations

En cas d'incapacité de travail, d'invalidité ou de maternité/paternité d'un participant donnant lieu au paiement de prestations en espèces de la sécurité sociale, l'adhérent est dispensé du paiement de la totalité des cotisations afférentes à ces garanties ainsi qu'à la garantie Frais de soins de santé tant que lesdites prestations sont versées par la sécurité sociale et, au plus tard, jusqu'à la reprise totale d'activité, la date de liquidation de la pension de vieillesse par la sécurité sociale, la rupture du contrat de travail ou le décès.

C - Taux de cotisations

1° Participants en activité :

a) Pharmacies situées hors Alsace-Moselle :

Les taux de cotisations représentent 3,24 % du traitement de base (dont 2,04 % à la charge de l'employeur et 1,20 % à la charge du salarié) et 0,82 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (dont 0,41 % à la charge de l'employeur et 0,41 % à la charge du salarié), répartis comme suit :

| | Décès | Incapacité-invalidité maternité-paternité | Frais de soins de santé | |
|-----------|-----------------------|--|-------------------------|---|
| | Traitement de base | Traitement de base | Traitement de base | Plafond mensuel de la sécurité sociale |
| Employeur | 0,24 % | 1,22 % | 0,58 % | 0,41 % |
| Salarié | 0,16 % | 0,65 % | 0,39 % | 0,41 %* |
| TOTAL | 0,40 % | 1,87 % | 0,97 % | 0,82 %* |

* Sous réserve des dispositions relatives aux salariés à employeurs multiples figurant au d)

b) Pharmacies situées en Alsace-Moselle :

Les taux de cotisations représentent 3,01 % du traitement de base (dont 1,90 % à la charge de l'employeur et 1,11 % à la charge du salarié) et 0,64 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (dont 0,32 % à la charge de l'employeur et 0,32 % à la charge du salarié), répartis comme suit :

| | Décès | Incapacité-invalidité maternité-paternité | Frais de soins de santé | |
|--|-----------------------|--|-------------------------|---|
| | Traitement de base | Traitement de base | Traitement de base | Plafond mensuel de la sécurité sociale |
| Employeur | 0,24 % | 1,22 % | 0,44 % | 0,32 % |
| Salarié | 0,16 % | 0,65 % | 0,30 % | 0,32 %* |
| TOTAL | 0,40 % | 1,87 % | 0,74 % | 0,64 %* |
| * 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 le Participant ;
- 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 :

Les cotisations assises sur la rémunération annuelle brute sont dues sur le salaire perçu par le Participant.

La quote-part patronale de la cotisation forfaitaire afférente aux frais de soins de santé exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale est due dans son intégralité par chaque employeur. En revanche, la quote-part salarié de cette cotisation varie en fonction du nombre d'employeurs. Elle est fixée comme suit :

- Pharmacies situées hors Alsace-Moselle :

| 2 employeurs | 3 employeurs | 4 employeurs et plus |
|--------------|--------------|----------------------|
| 0,21 % | 0,14 % | 0,10 % |

- Pharmacies situées en Alsace-Moselle :

| 2 employeurs | 3 employeurs et plus |
|--------------|----------------------|
| 0,16 % | 0,11 % |

Pour l'application de ces dispositions, seuls sont pris en compte les employeurs auprès desquels le salarié ne bénéficie pas d'une dispense d'affiliation.

2° Anciens participants 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 chaque année par la commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine, sur proposition du comité de gestion, dans les conditions fixées par le décret n° 90-769 du 30 août 1990 :

- les chômeurs de plus de 6 mois licenciés depuis le 1^{er} janvier 1994 ;
- 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).

Le montant de la cotisation annuelle est fixé à :

- 1020 € par adulte ;
- 240 € par enfant à charge.

Toutefois, il est précisé que les bénéficiaires d'un contrat de solidarité et les retraités ayant 10 ans d'activité salariée en pharmacie d'officine, validés par KLESIA Retraite Arrco, 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.

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 au plus tard dans les 30 jours qui suivent la suspension du contrat de travail.

Le montant de la cotisation annuelle est fixé à 1 380 €.

c) Le montant des différentes cotisations visées au a) et b) du présent 2°, est révisable annuellement par la commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine, sur proposition du comité de gestion.

4 - Financement et mise en œuvre de la portabilité des garanties des régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité et Frais de soins de santé

Le financement des prestations dues au titre du maintien, en application des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, des garanties décès, incapacité de travail, invalidité, maternité/paternité et frais de soins de santé, est mis en œuvre, sans supplément de cotisation, par les régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité et Frais de soins de santé du personnel non cadre de la Pharmacie d'officine, y compris en cas d'acceptation, par le bénéficiaire des prestations, d'un contrat de sécurisation professionnelle.

L'employeur mentionne le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

5 - Gestion des régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité et Frais de soins de santé

Protocole d'accord conclu entre les organisations professionnelles signataires de la convention collective nationale et l'institution de prévoyance du groupe Mornay

Article 1^{er} - Création d'une section spéciale de prévoyance

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les organisations professionnelles signataires ont confié à l'IPGM (institution mixte de prévoyance du groupe Mornay) l'administration du régime de prévoyance du personnel non cadre de la pharmacie d'officine, antérieurement défini par l'accord du 28 mars 1969.

L'institution, en application des dispositions de l'article 5 de ses statuts, a créé une section spéciale de prévoyance, dénommée « régime de prévoyance du personnel non cadre et non assimilé cadre de la pharmacie d'officine » qui groupe les entreprises et les salariés visés par l'accord collectif.

L'application du présent accord prend la forme d'une convention d'assurance collective passée entre les signataires et l'IPGM, régie par les dispositions du code de la sécurité sociale.

Article 2 - Définition des garanties

Les prestations assurées sont celles figurant à l'annexe IV à la convention collective nationale du 3 décembre 1997 modifiée par avenant du 18 décembre 2000.

Article 3 - Comité de gestion

L'activité du régime de prévoyance de la pharmacie d'officine est soumise au contrôle et aux directives d'un organisme qui prend la dénomination de comité de gestion.

Celui-ci propose les adaptations de garanties et les modifications tarifaires éventuellement nécessaires.

La composition et les attributions du comité de gestion sont fixées par un règlement intérieur, qui prévoit notamment la constitution et la gestion d'un fonds d'actions collectives et sociales.

Article 4 - Effet - Durée

Le présent protocole, qui prend effet le 1er janvier 2001 pour une durée de 5 ans, annule et remplace l'accord antérieur du 28 mars 1969 modifié par avenant du 28 février 1980.

Il sera renouvelé par tacite reconduction par période quinquennale, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des deux parties contractantes notifiée par lettre recommandée au moins 3 mois à l'avance.

Article 5 - Clause de réexamen

Conformément aux dispositions des articles L. 912-1 et L. 912-2 du code de la sécurité sociale, les dispositions du présent accord feront l'objet, tous les 5 ans au plus, d'un réexamen par les partenaires sociaux.

ANNEXE IV-2 : REGIME DECES, INCAPACITE DE TRAVAIL, INVALIDITE, MATERNITE-PATERNITE ET REGIME FRAIS DE SOINS DE SANTE DU PERSONNEL CADRE ET ASSIMILE DE LA PHARMACIE D'OFFICINE

Dernière modification par avenant du 20 mars 2017 (extension en attente).

Introduction

Le régime de prévoyance des cadres et assimilés de la profession pharmaceutique (ci-après dénommé « régime ») est un ensemble de garanties destinées aux cadres et assimilés des entreprises adhérentes et à leur famille, tels que définis à l'article 1er des dispositions particulières applicables aux cadres de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine.

Ce régime est rendu obligatoire pour toutes les officines en vertu de la convention collective nationale des cadres de la pharmacie d'officine signée en 1964.

Il est soumis au contrôle d'un comité de gestion institué par la convention collective précitée, composé de représentants des organisations d'employeurs et de salariés. Ce comité, auquel participent, sans voix délibérative, les représentants de l'organisme assureur désigné, est chargé de veiller au bon fonctionnement du régime, de proposer, le cas échéant, les aménagements susceptibles de lui être apportés, et de gérer un fonds de solidarité.

Le régime est assuré par l'IPGM (Institution de Prévoyance du Groupe Mornay), institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale. La gestion administrative du régime est assurée par l'IPGM ou, sur délégation de celle-ci, par une personne morale dont l'objet social est notamment d'assurer la gestion de garanties sociales complémentaires à la sécurité sociale. Tout projet de changement de la personne morale délégataire de gestion est, préalablement à son entrée en vigueur, porté à la connaissance de la Commission paritaire nationale de la Pharmacie d'officine par l'assureur désigné. Les organisations syndicales d'employeurs et de salariés signataires de la présente convention collective ou y ayant adhéré concluront avec l'assureur désigné, dans le mois qui suivra l'arrêté d'extension de l'accord emportant sa désignation, un protocole d'accord relatif à la mise en œuvre du présent régime et auquel seront notamment annexés les contrats d'assurance type relatifs au présent régime.

I - Assurés

Conditions générales d'ouverture et de cessation des droits :

Le cadre ou l'assimilé cadre sont garantis tant qu'ils font partie du personnel d'une entreprise adhérente et que leur contrat de travail n'est pas suspendu. En cas de suspension du contrat de travail pour un motif autre que les congés payés, les arrêts de travail pour maladie ou accident ne dépassant pas une certaine durée et les arrêts de travail pour maternité, les garanties du régime peuvent également être suspendues.

Les garanties du régime :

- s'appliquent dès l'entrée dans l'entreprise, même pour le cadre ou l'assimilé cadre accomplissant un travail de courte durée ou un travail à temps partiel, sous réserve qu'il ait signé une déclaration individuelle d'affiliation dont il conserve un exemplaire et, s'agissant de la garantie maternité-paternité, de justifier de 280 jours de présence dans le régime ;

- s'arrêtent le jour où le cadre ou l'assimilé cadre cessent de faire partie de l'entreprise, sauf dans les cas particuliers de maintien des droits énoncés dans chacun des chapitres et sans préjudice, par ailleurs, des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité).

II - Cotisations

Le contrat groupe offre deux possibilités :

A – Taux de cotisation du régime professionnel obligatoire (RPO)

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 | 1,50 % | 0,39 % | 0,50 % |
| Salarié | 0 % | 0,29 % | 0,50 % |
| TOTAL | 1,50% | 0,68 % | 1,00% |

1) Pharmacies situées en Alsace-

| 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 | 1,50 % | 0,28 % | 0,35 % |
| Salarié | 0 % | 0,17 % | 0,35 % |
| TOTAL | 1,50 % | 0,45 % | 0,70 % |

2) 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 | 1,50 % | 0,75 % |
| Salarié | 0 % | 0,65 % |
| TOTAL | 1,50 % | 1,40 % |

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 du régime supplémentaire facultatif (RSF)

1) Pharmacies situées hors Alsace-Moselle

| Risque | Décès, Incapacité, Invalidité, Maternité-Paternité | Frais de soins de santé | |
|-----------|--|---------------------------------------|--|
| | | Salaire total dans la limite de TA+TB | Plafond mensuel de la sécurité sociale |
| Employeur | 1,68 % | 0,44 % | 0,65 % |
| Salarié | 0 % | 0,52 % | 0,65 % |
| TOTAL | 1,68 % | 0,96 % | 1,30 % |

2) Pharmacies situées en Alsace-Moselle

| Risque | Décès, Incapacité, Invalidité, Maternité-Paternité | Frais de soins de santé | |
|-----------|--|---------------------------------------|--|
| | | Salaire total dans la limite de TA+TB | Plafond mensuel de la sécurité sociale |
| Employeur | 1,68 % | 0,33 % | 0,46 % |
| Salarié | 0 % | 0,40 % | 0,46 % |
| TOTAL | 1,68 % | 0,73 % | 0,92 % |

3) Salariés multi-employeurs

| Risque | Décès, Incapacité, Invalidité, Maternité-Paternité | Frais de soins de santé |
|-----------|--|---------------------------------------|
| | | Salaire total dans la limite de TA+TB |
| Employeur | 1,68 % | 1,02 % |
| Salarié | 0 % | 1,10 % |
| TOTAL | 1,68 % | 2,12 % |

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.

C – Exonération du paiement des cotisations

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 ou d'invalidité d'un assuré donnant lieu au paiement des prestations d'incapacité ou d'invalidité de la sécurité sociale, l'employeur n'est redevable des cotisations, pour les risques décès et invalidité absolue et définitive uniquement, que sur le seul salaire ou fraction de salaire qu'il verse à l'assuré.

L'exonération du paiement des cotisations relatives aux frais de soins de santé en cas d'incapacité de travail, d'invalidité ou de maternité-paternité joue pendant la période

d'incapacité de travail, d'invalidité ou de maternité-paternité indemnisée par la sécurité sociale tant que le contrat de travail est maintenu et dans la limite d'une durée maximale de trois années à compter de l'arrêt de travail, sous réserve que l'entreprise adhérente continue à cotiser au régime de prévoyance des salariés cadres et assimilés pour le personnel en activité.

III – Maladie. – Chirurgie. – Maternité (prestations en nature)

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.

Sont considérés comme ayants droit au sens du présent régime :

- le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin du participant, sous réserve de justifier de la qualité d'assuré social et de n'exercer aucune activité professionnelle rémunérée ;
- les enfants :
 - de moins de 18 ans à charge au sens fiscal et qui n'exercent aucune activité professionnelle rémunérée, conformément aux dispositions de l'article L. 1602 du code de la sécurité sociale ;
 - 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 d'être régulièrement inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou 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, le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin du participant, bénéficiaires des articles L. 212-1 et L. 213-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

B – Maintien des garanties gratuitement pendant un an

En cas de décès de l'assuré, les ayants droit définis au A – Bénéficiaires – sont maintenus gratuitement dans le régime pendant une durée maximale d'un an.

C. – Maintien des garanties gratuitement pendant 6 mois à compter de la rupture du contrat de travail

Est maintenu gratuitement dans le régime pendant 6 mois :

- le cadre ou l'assimilé cadre qui est en arrêt de travail et privé d'emploi par suite d'un licenciement. Ce cadre ou assimilé cadre devra justifier d'un versement d'indemnités journalières par la sécurité sociale ;

- le cadre ou l'assimilé cadre bénéficiaire d'un contrat de sécurisation professionnelle. Ce salarié devra justifier d'une inscription à Pôle Emploi ;

- le cadre ou l'assimilé cadre privé d'emploi, par suite d'un licenciement. Ce salarié devra justifier d'une attestation de paiement de Pôle Emploi.

Pour tout maintien des droits, le salarié doit avoir cotisé au régime au cours des 6 mois précédant immédiatement la date de cessation de son dernier contrat de travail, et cela de façon continue dans une ou plusieurs entreprises.

Il n'existe ni franchise ni période d'attente autre que celle éventuellement nécessaire à l'acquisition des droits à prestations maladie et invalidité de la sécurité sociale, ni maximum de remboursement pour une période donnée. En aucun cas le total des remboursements effectués par la sécurité sociale et par le régime ne peut excéder le montant des frais réellement engagés.

Les actes médicaux intervenus avant la date de rupture du contrat de travail donnent lieu à remboursement.

Le maintien des garanties lié aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité), s'effectue sans préjudice du maintien des garanties maladie, chirurgie, maternité auquel les anciens salariés peuvent prétendre au titre du présent régime de prévoyance.

Les anciens salariés ne sauraient toutefois prétendre, pour une même demande de prise en charge, au doublement des prestations par l'effet d'une application cumulée de ces dispositifs de maintien des garanties.

D – Régime professionnel obligatoire (RPO) - Montant des remboursements

Les remboursements au titre du régime professionnel obligatoire sont effectués sur la base des frais réellement exposés par l'assuré et sont limités à des plafonds ci-après définis :

| Nature des garanties | RPO Limite de remboursements |
|---|--|
| Hospitalisation | |
| Frais de séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium | 92 euros par jour d'hospitalisation en plus du remboursement de la sécurité sociale ou 100 % du ticket modérateur lorsque celui-ci est supérieur à 92 euros |
| Hospitalisation en établissement public de santé | Remboursement à 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale lorsque la facturation est globale par journée et pour l'ensemble des actes et soins |

| | |
|---|--|
| Frais chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux) | |
| Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins | 255 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins | 200 % ⁽¹⁾ de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement | 75 euros par jour d'hospitalisation |
| Forfait journalier hospitalier | Prise en charge intégrale (y compris psychiatrie) |
| Lit d'accompagnement | 30 euros par jour en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge |
| Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds) | Prise en charge intégrale |
| Frais d'honoraires médicaux – soins courants | |
| Consultation ou visite de généraliste | |
| Médecins signataires du contrat d'accès aux soins | 115 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins | 115 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Consultation ou visite de spécialiste | |
| Médecins signataires du contrat d'accès aux soins | 175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins | 161 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Analyses médicales | 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Auxiliaires médicaux | 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Actes d'imagerie | |

| | |
|--|--|
| Radiologie | |
| Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins | 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins | 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Echographie | |
| Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins | 255 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins | 200 % ⁽¹⁾ de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Transport | |
| Transport du malade | 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Indemnités de déplacement (médecins – auxiliaires médicaux) | |
| Pharmacie | |
| Frais pharmaceutiques | 100 % des frais réels sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Médicaments non remboursés ou non remboursables ⁽²⁾ | Dans la limite d'un forfait de 40 euros par an pour les seuls membres participants |
| Frais dentaires | |
| Soins dentaires | 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Prothèses dentaires remboursées ou non par la sécurité sociale | 419 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Orthodontie remboursée ou non par la sécurité sociale | 326 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Implantologie non remboursée par la sécurité sociale | 400 euros pour l'ensemble (implant et pilier implantaire) dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire |
| Parodontie non remboursée par la sécurité sociale | 200 euros par an et par bénéficiaire |
| Frais d'optique | |

| | |
|--|--|
| Verres ⁽³⁾ | 130 euros par verre sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Monture ⁽³⁾ | 120 euros sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables) ⁽⁴⁾ | 100 euros par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables) | 140 euros par an et par bénéficiaire |
| Prothèses médicales | |
| Orthopédie, prothèses médicales | 130 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Prothèses capillaires ⁽⁴⁾ | 400 euros par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Prothèses auditives ⁽⁴⁾ | 400 euros par an et par oreille appareillée en complément des prestations versées par la sécurité sociale ; 560 euros par an et par oreille appareillée pour les moins de 20 ans en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Actes de prévention | |
| La totalité des actes de prévention figurant dans la liste mentionnée à l'article R. 871-2, II du code de sécurité sociale sont pris en charge au titre des postes 100 % du ticket modérateur, dans les conditions l'application | de dépense dont ils relèvent et au minimum à et indications fixées par l'arrêté pris pour de cet article. |
| Cure thermale prise en charge 3,66 euros par jour en complément des | par la sécurité sociale prestations versées par la sécurité sociale |
| Natalité | |
| Prime de maternité ou d'adoption | 250 euros par enfant (en cas de naissances ou d'adoptions multiples, versement pour chaque enfant), sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou d'une photocopie du jugement d'adoption. Cette prime est versée aux deux conjoints ou partenaires liés par un PACS, si tous deux travaillent dans la même entreprise. |

(1) : Taux applicable à compter du 1^{er} janvier 2017. Taux fixé, pour l'année 2016, à 225 % de la base de remboursement de la sécurité sociale, sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.

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

(3) : Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 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. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.

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

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 le régime.

La prime de maternité exclut tous les 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.

E – Régime supplémentaire facultatif (RSF) - Montant des remboursements

Les remboursements au titre du régime supplémentaire facultatif sont effectués sur la base des frais réellement exposés par l'assuré et sont limités à des plafonds ci-après définis :

| RSF | |
|---|--|
| Nature des garanties | Limite de remboursements |
| Hospitalisation | |
| Frais de séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium | 100 euros par jour d'hospitalisation en plus du remboursement de la sécurité sociale ou 100 % du ticket modérateur lorsque celui-ci est supérieur à 100 euros |
| Hospitalisation en établissement public de santé | Remboursement à 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale lorsque la facturation est globale par journée et pour l'ensemble des actes et soins |

| | |
|---|--|
| Frais chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux) | |
| Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins | 279 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins | 200 % ⁽¹⁾ de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement | 75 euros par jour d'hospitalisation |
| Forfait journalier hospitalier | Prise en charge intégrale (y compris psychiatrie) |
| Lit d'accompagnement | 30 euros par jour en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge |
| Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds) | Prise en charge intégrale |
| Frais d'honoraires médicaux – soins courants | |
| Consultation ou visite de généraliste Médecins signataires du contrat d'accès aux soins | 175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins | 115 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Consultation ou visite de spécialiste Médecins signataires du contrat d'accès aux soins | 195 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins | 175 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Analyses médicales | 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Auxiliaires médicaux | 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Actes d'imagerie | |

| | |
|--|--|
| Radiologie | |
| Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins | 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins | 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Echographie | |
| Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins | 279 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins | 200 % ⁽¹⁾ de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Transport | |
| Transport du malade | 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Indemnités de déplacement (médecins – auxiliaires médicaux) | |
| Pharmacie | |
| Frais pharmaceutiques | 100 % des frais réels sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Médicaments non remboursés ou non remboursables ⁽²⁾ | Dans la limite d'un forfait de 60 euros par an pour les seuls membres participants |
| Frais dentaires | |
| Soins dentaires | 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Prothèses dentaires remboursées ou non par la sécurité sociale | 465 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Orthodontie remboursée ou non par la sécurité sociale | 372 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Implantologie non remboursée par la sécurité sociale | 450 euros pour l'ensemble (implant et pilier implantaire) dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire |
| Parodontie non remboursée par la sécurité sociale | 250 euros par an et par bénéficiaire |

| Frais d'optique | |
|---|--|
| Verres ⁽³⁾ | 150 euros par verre sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Monture ⁽³⁾ | 140 euros sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale |
| Lentilles prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables) ⁽⁴⁾ | 120 euros par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale (y compris jetables) | 160 euros par an et par bénéficiaire |
| Prothèses médicales | |
| Orthopédie, prothèses médicales | 149,50 % de la base de remboursement de la sécurité sociale en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Prothèses capillaires ⁽⁴⁾ | 500 euros par an et par bénéficiaire en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Prothèses auditives ⁽⁴⁾ | 500 euros par an et par oreille appareillée en complément des prestations versées par la sécurité sociale ; 660 euros par an et par oreille appareillée pour les moins de 20 ans en complément des prestations versées par la sécurité sociale |
| Actes de prévention | |
| La totalité des 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. | |
| Cure thermale prise en charge par la sécurité sociale | |
| 3,66 euros par jour en complément des prestations versées par la sécurité sociale | |
| Natalité | |
| Prime de maternité ou d'adoption | 250 euros par enfant (en cas de naissances ou d'adoptions multiples, versement pour chaque enfant), sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou d'une photocopie du jugement d'adoption. Cette prime est versée aux deux conjoints ou partenaires liés par un PACS, si tous deux travaillent dans la même entreprise. |

(1) : Taux applicable à compter du 1^{er} janvier 2017. Taux fixé, pour l'année 2016, à 225 % de la base de remboursement de la sécurité sociale, sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.

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

(3) : Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 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. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.

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

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 le régime.

La prime de maternité exclut tous les 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.

F – Dispenses d'affiliation au Régime Frais de soins de santé

Les salariés employés à temps partiel dont l'affiliation au présent régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation « Frais de soins de santé » au moins égale à 10 % de leur rémunération brute peuvent bénéficier, sur demande, et quelle que soit la date de leur embauche, d'une dispense d'affiliation. Cette dispense est valable tant que les conditions prévues au présent alinéa sont remplies.

L'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

La dispense d'affiliation n'est pas irrévocable et n'empêche pas le salarié qui a souhaité en bénéficier de s'affilier par la suite au régime.

IV – Arrêts de travail (prestations en espèces)

Le régime (convention d'assurance incapacité – invalidité – décès – maternité-paternité) assure le paiement d'indemnités journalières complémentaires en cas d'arrêt total de travail du cadre ou de l'assimilé cadre ouvrant droit au versement d'indemnités journalières par la sécurité sociale.

A – Incapacité temporaire et maternité-paternité

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 (convention nationale du 14 mars 1947, article 4) et assimilés cadres (convention nationale du 14 mars 1947, article 4 *bis* et 36) ayant moins d'un an de présence dans l'entreprise à la date du début de l'arrêt de travail :

| | TA | TB |
|--|------|------|
| A partir du 4^{ème} 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 :

| | TA | TB |
|---|------|------|
| A partir du 31^{ème} 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 :

| | TA | TB |
|---|------|------|
| A partir du 61^{ème} 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.

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^{er} 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^{ème} 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.

2) Maternité-Paternité

En cas de maternité ou de paternité d'un salarié cadre ou assimilé-cadre survenant au moins 280 jours après son entrée dans le régime, le régime assure, dès le premier jour d'arrêt de travail, le paiement d'indemnités complémentaires à celles de la sécurité sociale pendant la période du congé légal de maternité ou de paternité.

Ces dispositions s'appliquent également en cas d'adoption, sous réserve que la sécurité sociale ait admis l'assuré au bénéfice des prestations correspondantes.

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 ne pouvant excéder une somme nette de cotisations sociales égale à TA.

L'indemnité est versée pendant la durée du congé légal de maternité ou de paternité et pour toute la durée d'attribution des prestations par la sécurité sociale.

3) Dispositions communes

Le versement des indemnités journalières s'effectue par l'intermédiaire de l'employeur.

Le total des sommes perçues par l'assuré, en application de la convention collective dont il relève, du règlement de la sécurité sociale et du présent régime, 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.

L'excédent éventuel d'indemnités journalières complémentaires versées par le régime doit être reversé à ce dernier. L'assureur fait toute diligence pour récupérer ces sommes.

Les indemnités journalières versées au titre du présent régime sont assujetties en tout ou partie aux divers prélèvements sociaux et fiscaux, conformément aux dispositions légales en vigueur, à l'exception des cotisations afférentes au présent régime dans les conditions précisées au II, C.

Le versement des indemnités journalières complémentaires cesse :

- en cas de reprise du travail à temps complet, ou à temps partiel sans maintien de l'indemnité journalière par la sécurité sociale ;
- au terme du congé légal de maternité ou de paternité indemnisé par la sécurité sociale ; - à la date d'attribution d'une pension d'invalidité par la sécurité sociale, ou de la reconnaissance d'une incapacité permanente professionnelle ;
- à la date d'attribution de la pension de vieillesse ;
- en cas de décès.

En cas d'arrêt de travail pour incapacité temporaire ou maternité-paternité ayant débuté avant le départ du cadre ou de l'assimilé cadre de l'entreprise, le versement des prestations se poursuit au-delà de la date de rupture du contrat de travail tant que dure l'arrêt de travail indemnisé par la sécurité sociale. Il en va de même en cas de classement en invalidité d'un

cadre ou assimilé cadre qui se trouvait en incapacité de travail à la date de la rupture de son contrat de travail.

B. Invalidité permanente.

Les invalides sont classés par la sécurité sociale comme suit :

- 1^{ère} catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2^{ème} catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ; -
- 3^{ème} catégorie : 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 pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

L'invalidité permanente classée par la sécurité sociale en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie donne droit au versement d'une rente dont le montant, sous déduction de la pension d'invalidité versée par la sécurité sociale (hors majoration pour tierce personne), est égal à :

- 90 % de TA + 90 % de TB.

La rente du régime cesse d'être due au plus tard :

- lorsque la pension d'invalidité de la sécurité sociale cesse d'être versée ;
- lorsque la rente de la sécurité sociale due au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail et qui donne droit à une rente complémentaire au titre du présent régime, cesse d'être versée ;
- lors de la liquidation de la pension de vieillesse par la sécurité sociale ou de la pension pour inaptitude au travail ;
- en cas de décès.

En cas d'arrêt de travail pour invalidité ayant débuté avant le départ du cadre ou de l'assimilé cadre de l'entreprise, le versement des prestations se poursuit au-delà de la date de rupture du contrat de travail tant que dure l'arrêt de travail indemnisé par la sécurité sociale.

L'invalidité permanente classée par la sécurité sociale dans la 1^{ère} catégorie donne droit au versement d'une rente calculée comme celle de la 2^{ème} ou de la 3^{ème} catégorie, le montant ainsi déterminé étant réduit de 25 %.

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.

Le versement des rentes invalidité, lorsqu'il n'y a pas de rupture du contrat de travail, s'effectue par l'intermédiaire de l'employeur. Dans les autres cas, le versement des rentes invalidité prévues au présent régime est effectué directement au bénéficiaire.

La rente invalidité versée au titre du présent régime vient compléter :

- la pension d'invalidité versée par la sécurité sociale ;
- le salaire perçu au titre d'une activité à temps partiel, le cas échéant ;

- le montant des allocations versées par Pôle emploi dans le cas d'une invalidité permettant d'exercer une activité rémunérée, le cas échéant ;
- et, s'il y a lieu, les indemnités journalières versées au titre de la garantie incapacité temporaire de travail prévue au régime pour le salarié cadre ou assimilé cadre classé en 1^{ère} catégorie.

En aucun cas, le montant total des sommes versées, quelle qu'en soit la nature, au salarié en invalidité, soit par l'employeur ou par son intermédiaire, après précompte des cotisations dues, soit directement à l'intéressé après rupture du contrat de travail, 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.

L'excédent éventuel de rente versée par le régime doit être reversé à ce dernier. L'assureur fait toute diligence pour récupérer ces sommes.

C. Rentes éducation.

Une rente éducation est accordée aux enfants à charge d'un cadre ou d'un assimilé cadre classé par la sécurité sociale parmi les invalides de 2^{ème} ou de 3^{ème} catégorie ou bénéficiaire d'une rente d'incapacité d'un taux supérieur ou égal à 50 % du salaire reconstitué retenu par la sécurité sociale en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

La rente éducation prend effet le premier jour du mois civil suivant celui de la notification de la sécurité sociale. Elle est payable par annuité au cours du premier 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).

Elle cesse dès que le cadre ou l'assimilé cadre ne peut plus prétendre au versement de la rente d'invalidité du présent régime.

Le montant annuel de la rente est égal à :

| | RPO | RSF |
|---|------------|------------|
| Enfants à charge âgés de moins de 11 ans au 31 décembre de l'année | 243 € | 365 € |
| Enfants à charge âgés de 11 ans et plus et de moins de 18 ans au 31 décembre de l'année | 405 € | 624 € |
| Enfants à charge âgés de 18 ans et plus et de moins de 27 ans au 31 décembre de l'année | 608 € | 908 € |

D. – Revalorisation des prestations en cours et traitement de référence

Chaque année, en fonction des résultats techniques et financiers du contrat d'assurance mettant en œuvre le régime décès – incapacité – invalidité – maternité-paternité, du montant de la provision pour égalisation et du montant de la provision pour participation aux bénéficiaires, le comité de gestion se prononce, sur délégation de la commission paritaire nationale mentionnée à l'article 9 des dispositions particulières applicables aux cadres, sur la revalorisation des prestations en cours de service et du traitement de référence.

Lorsqu'il arrête le niveau de la revalorisation annuelle des rentes et indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale en cours de service, le comité de gestion prend

en compte l'évolution du point de retraite AGIRC, du point conventionnel de salaire sur la base duquel sont calculés les salaires minima des salariés cadres et assimilés cadres de la Pharmacie d'officine ainsi que le taux d'évolution de l'indice INSEE des prix de l'exercice précédent. Toutefois, le montant de la revalorisation ne peut en aucun cas excéder les capacités de financement du régime, dans la limite du montant de la provision pour participation aux excédents arrêtée au 31 décembre de l'exercice précédent. Le traitement de référence est revalorisé comme les rentes et indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale en cours de service.

Si la décision de revaloriser est prise, le montant d'origine des prestations en cours de service, indemnité quotidienne, rente d'invalidité et rentes éducation, ainsi que le traitement de référence, sont revalorisés. La première revalorisation s'applique au plus tôt, six mois jour pour jour, après l'arrêt de travail de l'assuré.

En cas de décès du participant mettant en œuvre la garantie temporaire relative au décès du conjoint survivant, le traitement de référence servant de base au calcul du capital garanti est revalorisable dans les mêmes conditions, la première revalorisation s'appliquant au plus tôt, six mois après la date du décès du participant.

En cas de changement de l'organisme assureur désigné pour assurer le régime, l'organisme assureur est tenu d'assurer le service des rentes en cours au niveau qu'elles avaient atteint à la date à partir de laquelle il n'est plus désigné. Il est également tenu d'assurer la charge du maintien de la garantie décès aux personnes en arrêt de travail ou en invalidité à cette date. Le ou les organismes assureurs nouvellement désignés sont tenus d'assurer la charge des revalorisations futures des rentes en cours de service.

E. – Dispositions diverses

En cas de dénonciation de l'accord collectif ayant institué le présent régime, les conventions d'assurance souscrites auprès de l'organisme assureur du régime sont résiliées au terme de la période légale de survie de l'accord collectif. Les rentes et indemnités journalières en cours de service sont alors maintenues au niveau qu'elles avaient atteint à cette date (majorées des revalorisations successivement acquises) et se poursuivent jusqu'au terme prévu pour chaque prestation, aucune revalorisation complémentaire n'étant attribuée postérieurement.

En cas de non paiement des cotisations par une entreprise, et indépendamment des actions en recouvrement des cotisations dues qu'il peut engager dans ce cas, l'organisme assureur est tenu de poursuivre le versement des rentes et indemnités journalières en cours de service et d'assumer, dans ce cas, la charge des revalorisations futures, sous réserve de l'application des dispositions de l'alinéa précédent.

Exception faite du maintien de la couverture de frais de soins de santé à titre gratuit pendant une durée maximum de six mois et du maintien de cette couverture en vertu de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité), ne bénéficient plus de la couverture du régime obligatoire frais de soins de santé des salariés cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine :

- les personnes classées en invalidité de 1^{ère} catégorie dont le contrat de travail a été rompu ;

- les personnes classées en invalidité de 2^{ème} catégorie dont le contrat de travail a été rompu ou celles classées en invalidité de 3^{ème} catégorie ;
- les salariés cadres ou assimilés cadres en arrêt de travail et percevant des indemnités quotidiennes de travail de la sécurité sociale avec rupture du contrat de travail durant cette période.

Au terme de la période de gratuité de six mois ou du maintien de la couverture de frais de soins de santé en vertu de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité), les personnes mentionnées à l'alinéa précédent peuvent adhérer à titre individuel au contrat de frais de soins de santé qui est proposé aux anciens salariés. La cotisation afférente à ce contrat est intégralement à leur charge.

V – Décès

A. – Décès ou invalidité absolue et définitive de l'assuré

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

Du fait de la pluralité des sinistres pouvant naître d'un même événement, un déplacement groupant plusieurs salariés cadres ou assimilés, qu'il soit ou non professionnel, est un élément d'aggravation du risque.

En conséquence, lorsque, par le fait d'un adhérent au régime ou des organismes de l'entreprise qu'il contrôle, plus de vingt assurés au présent régime sont amenés à se déplacer ensemble par un même moyen de transport, les garanties ne seraient acquises qu'aux conditions tarifaires fixées par l'assureur, après déclaration adressée au moins dix jours avant ledit déplacement.

A défaut de déclaration dans le délai précité ou d'entente sur les conditions de l'assurance, le cumul des prestations versées au titre de l'ensemble des sinistres survenus par suite d'un tel événement, sera limité à la somme des vingt plus gros montants de prestations qui auraient été dus par assuré. Cette somme sera répartie entre tous les assurés sinistrés proportionnellement aux montants respectifs des prestations garanties normalement.

B. – Montant du capital

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré.

En cas de décès :

Il est versé au bénéficiaire un capital fixé en pourcentage du salaire de référence TA + TB.

| | 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 (au-delà d'une) majoration de | 55 % | 80 % | 80 % | 80 % |

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 d'invalidité absolue et définitive :

En cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, 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 versée pour chacun des enfants âgés de moins de 20 ans, ou de moins de 27 ans, s'ils poursuivent des études et sont régulièrement inscrits au régime de la sécurité sociale des étudiants, qui étaient à la charge de l'assuré lors de son décès.

Le montant annuel de la rente 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 27 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 1er trimestre civil de l'exercice au titre de la période scolaire en cours (période du 1er 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.

C. – Montant du capital en cas de décès du conjoint survivant

Lorsque l'assuré décède en laissant à la charge de son conjoint un ou plusieurs enfants, un capital est garanti sur la tête du conjoint. Cette assurance conserve ses effets tant que l'un quelconque de ses enfants demeure à charge du conjoint.

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 :

| | RPO | RSF |
|--|----------|----------|
| Conjoint ayant un enfant à charge lors de son propre décès | 137,50 % | 227,50 % |
| Par enfant à charge supplémentaire, majoration de | 27,50 % | 40 % |

Si le conjoint décède pendant la garantie temporaire, le capital est versé au bénéfice des enfants effectivement à charge au moment où intervient le décès du conjoint, par parts égales entre eux.

D. – Décès du conjoint, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge de l'assuré

Une allocation est versée à l'assuré lui-même ; elle a le caractère d'une indemnité forfaitaire pour frais d'obsèques pour les enfants de moins de 12 ans. Le montant est fixé comme suit :

- décès du conjoint : 20 % du salaire de référence TA + TB, plus 10 % par personne à charge ;
- décès d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge : 20 % du salaire de référence TA + TB.

E. – Frais d'obsèques

Le décès d'un assuré, de son conjoint, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge, ouvre droit au versement d'une allocation dont le montant est plafonné à 750 euros.

Cette allocation est versée dans tous les cas à la personne qui a assumé les frais d'obsèques, sur remise des pièces justificatives des frais exposés.

F. – Maintien gratuit de la garantie décès de l'assuré

Bénéficient gratuitement de la couverture de l'assurance décès, pendant un délai maximum de 6 mois à compter de la date de rupture du contrat de travail (préavis effectué ou non) à condition qu'ils aient cotisé au régime au cours des 6 mois précédant immédiatement la date de cessation de leur dernier contrat de travail, et ceci, de façon continue, dans une ou plusieurs entreprises, qu'ils soient inscrits à Pôle Emploi et qu'ils perçoivent une indemnisation par Pôle Emploi, et ce quelle que soit la durée de cette indemnisation :

- le salarié licencié ;
- le salarié ayant accepté le bénéfice d'un contrat de sécurisation professionnelle et qui perçoit l'allocation spécifique de sécurisation professionnelle ;
- le salarié démissionnaire, dont la démission a été reconnue comme légitime par Pôle Emploi.

Le salarié en arrêt de travail par suite de maladie ou d'accident lors de son licenciement bénéficie également des dispositions du présent article (C) s'il se trouve en chômage à l'issue de son incapacité et avant la fin de la période de 6 mois susvisée.

En cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, le capital décès est toujours celui prévu en cas de décès par maladie.

Une attestation d'inscription de l'assuré à Pôle Emploi doit être fournie à l'appui de toute demande.

Le maintien des garanties lié aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité) s'effectue sans préjudice du maintien de la garantie décès auquel les anciens salariés peuvent prétendre au titre du présent régime de prévoyance.

Les anciens salariés ne sauraient toutefois prétendre, pour une même demande de prise en charge, au doublement des prestations par l'effet d'une application cumulée de ces dispositifs de maintien des garanties.

VI – Définitions

A. – Personnes à charge

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

- Enfants à charge :
 - les enfants de moins de 16 ans, ou de moins de 18 ans s'ils n'exercent aucune activité professionnelle rémunérée, à charge au sens fiscal ;
 - les enfants de moins de 28 ans poursuivant leurs études dans l'Union Européenne, y compris en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve d'être régulièrement inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou de justifier de la poursuite d'études ;
 - les enfants 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 ;
 - les enfants 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 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 de l'assuré ou de son conjoint, bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité et vivant au foyer de l'assuré.

B. – Bénéficiaires

Il appartient à l'assuré de désigner le (ou les) bénéficiaire(s) du capital décès prévu par le régime.

L'assuré peut, à tout moment, modifier la désignation du ou des bénéficiaires du capital décès à l'aide de l'imprimé prévu à cet effet.

A défaut de désignation, ou lorsque la désignation faite devient caduque, les capitaux garantis sont attribués à son conjoint, à défaut ses enfants, à défaut à ses père et mère, à défaut à ses héritiers.

En tout état de cause, lorsque le montant du capital décès est déterminé en tenant compte des enfants à charge et des descendants à charge de l'assuré, la majoration du capital correspondante ne peut profiter qu'aux dits enfants et ascendants.

C. – Invalidité absolue et définitive

L'assuré est réputé atteint d'invalidité absolue et définitive :

- s'il est classé par la sécurité sociale dans la 3^e 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. L'âge de l'intéressé s'apprécie au jour de cette reconnaissance.

D. – Salaires de référence TA + TB

Le salaire annuel de référence TA + TB, pris en considération pour le calcul d'un capital ou d'une prestation incapacité – invalidité – maternité-paternité, correspond au traitement brut déclaré par l'employeur au cours des 12 derniers mois civils précédant le mois du décès ou du 1^{er} jour d'arrêt de travail de l'exercice (traitement ayant également donné lieu à cotisation au présent régime), étant précisé que la tranche A (TA) correspond à la tranche de rémunération limitée au plafond mensuel du régime général de la sécurité sociale et que la tranche B (TB), telle qu'elle est définie au paragraphe 2 de l'article 6 de la convention collective nationale des Cadres du 14 mars 1947, correspond à la tranche de rémunération comprise entre le plafond mensuel du régime général de la sécurité sociale et quatre fois ce plafond.

Si l'événement survient moins de 12 mois après l'affiliation au présent régime, le salaire de référence TA + TB correspond à 12 fois la moyenne mensuelle des traitements bruts déclarés au cours des mois civils précédant le mois du décès ou du 1^{er} jour d'arrêt de travail de l'exercice (les sommes non mensualisées sont intégrées à cette moyenne, après avoir été ramenées à leur valeur mensuelle compte tenu de leur périodicité de paiement).

E. – Conjoints

Pour l'ensemble des prestations servies au titre du régime incapacité – invalidité – décès, est assimilée au conjoint la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS) au salarié cadre ou assimilé affilié au régime de prévoyance.

VII – Fonds de solidarité

Géré par le comité de gestion institué par la convention collective, il est destiné à accorder, dans certains cas, une allocation aux assurés qui ont dû supporter des dépenses de santé importantes et exceptionnelles.

Ce comité examine les dossiers présentés, en tenant compte de tous les éléments : âge, situation de famille, ressources, montant des frais insuffisamment remboursés ou non remboursés par la sécurité sociale et/ou par le régime.

VIII – Contrat proposé aux anciens assurés en vue du maintien des garanties Maladie – Chirurgie – Maternité

A – Bénéficiaires

Peuvent bénéficier du maintien des garanties Maladie – Chirurgie – Maternité s'ils en font la demande :

- les anciens salariés, radiés du régime et qui bénéficient :
 - o soit des indemnités journalières, d'une rente d'incapacité ou d'invalidité de la sécurité sociale ;
 - o soit d'une pension de retraite de la sécurité sociale ;
 - o soit d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi, ou sont en congé sans solde pour une durée déterminée et qu'ils reprennent ensuite leur activité salariée auprès du même employeur ;
 - o soit d'une allocation spécifique de sécurisation professionnelle pour les bénéficiaires d'un contrat de sécurisation professionnelle ;
- les ayants droit, au sens du présent régime, des anciens salariés énoncés ci-dessus ;
- en cas de décès d'un ancien salarié, ses ayants droit au sens du présent régime, sous réserve du respect des conditions d'admission de la demande d'adhésion présentées ci-après.

B. – Demande d'adhésion

La demande d'adhésion est admise si elle est présentée :

- dans les 6 mois suivant la date de rupture du contrat de travail pour l'ancien salarié et sa famille à garantir ;
- dans les 6 mois suivant la date du décès du salarié en ce qui concerne les membres de sa famille bénéficiant du régime ;
- dans les 6 mois suivant la date de cessation d'un maintien des droits pour l'ancien salarié ou les membres de sa famille bénéficiant du régime ;

- dans le mois suivant la date de suspension du contrat de travail pour les salariés en congé sans solde.

Sous réserve du paiement de la cotisation, la garantie devient effective :

- dès le 1^{er} jour de cessation de la garantie du régime des actifs si la demande est présentée dans les délais précisés ci-dessus ;

- le lendemain de la demande si celle-ci est présentée au-delà des délais.

C. – Cotisations

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

La cotisation annuelle par personne assurée est fixée à :

POUR LES RETRAITES CADRES OU ASSIMILES CADRES

| | RPO | RSF |
|---|-------|--------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Retraité - Conjoint ayant droit d'un retraité ou conjoint d'un retraité décédé | 1112€ | 1308 € |
| <ul style="list-style-type: none"> - Enfant ayant droit ou poursuivant ses études et inscrit au régime de la sécurité sociale étudiant (gratuité à partir du 4^{ème} enfant à garantir) | 472 € | 556€ |
| POUR LES ANCIENS SALARIES CADRES OU ASSIMILES CADRES | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Licencié inscrit à Pôle Emploi - Ancien salarié qui bénéficiait du régime de prévoyance et inscrit à Pôle Emploi - Pré-retraite - Assuré en incapacité de travail ou invalidité avec rupture du contrat de travail - Assuré en congé sans solde, congé parental d'éducation, congé formation, congé sabbatique, contrat de sécurisation professionnelle - Conjoint ayant droit | 940 € | 1112€ |

| | | |
|---|-------|-------|
| ou conjoint ayant droit d'un salarié décédé | | |
| - Enfant ayant droit ou poursuivant ses études et inscrit au régime de la sécurité sociale étudiant (gratuité à partir du 4 ^{ème} enfant à garantir) | 472 € | 556 € |

Les montants ci-dessus sont révisables annuellement, en fonction des résultats techniques du régime de prévoyance.

D. – Montant des prestations

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

E. – Retraités cadres et assimilés, ayant adhéré, avant le 1er janvier 1994, à un contrat d'assurance mettant en œuvre les garanties de frais de soins de santé définies au III

a) Retraités ayant adhéré avant le 1^{er} janvier 1994 au contrat proposé par ALLIANZ IARD (ex-AGF)

Les anciens membres du personnel cadre ou assimilé cadre des entreprises adhérentes qui, au 31 décembre 1993, étaient retraités et bénéficiaient, à ce titre, d'une pension vieillesse de la sécurité sociale, et qui, au 31 décembre 2009, adhéraient, à titre individuel, au contrat défini en annexe de la convention d'assurance n° 35.92.0000 « Chirurgie-Maladie-Maternité » souscrite auprès des Assurances générales de France (AGF), aujourd'hui ALLIANZ IARD, peuvent continuer à bénéficier des garanties frais de soins de santé en adhérant au contrat proposé aux anciens salariés de la Pharmacie d'officine, dans les conditions prévues ci-après.

Les remboursements de frais de soins de santé relatifs à cette adhésion individuelle sont identiques à ceux prévus au régime des salariés cadres de la Pharmacie d'officine, selon le choix qui avait été effectué par le retraité lors de son adhésion (RPO ou RSF).

Par dérogation au C., le montant des cotisations dues en contrepartie des prestations versées est fixé comme suit à compter du 1^{er} janvier 2011, selon le taux d'abattement pratiqué par ALLIANZ IARD :

| Maintien du « Régime professionnel obligatoire » | | | | | | | | | | |
|--|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Abattement de cotisation appliqué en 2010 (en %) | Evolution de la cotisation due par les retraités (en pourcentage de la cotisation mentionnée au C*) | | | | | | | | | |
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 7 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| 14 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| 21 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| 28 % | 93 % | 95 % | 98 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| 35 % | 83 % | 85 % | 87 % | 89 % | 91 % | 93 % | 94 % | 96 % | 98 % | 100 % |
| 42 % | 75 % | 78 % | 81 % | 84 % | 86 % | 89 % | 92 % | 95 % | 98 % | 100 % |

| | | | | | | | | | | |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 49 % | 67 % | 71 % | 74 % | 78 % | 82 % | 85 % | 89 % | 92 % | 96 % | 100 % |
| 56 % | 59 % | 64 % | 68 % | 73 % | 77 % | 82 % | 86 % | 91 % | 95 % | 100 % |
| 63 % | 52 % | 57 % | 62 % | 68 % | 73 % | 79 % | 84 % | 89 % | 95 % | 100 % |
| 70 % | 44 % | 50 % | 56 % | 63 % | 69 % | 75 % | 82 % | 88 % | 94 % | 100 % |
| 100 % | 10 % | 20 % | 30 % | 40 % | 50 % | 60 % | 70 % | 80 % | 90 % | 100 % |

() Le montant de cette cotisation est révisable chaque année, en fonction des résultats techniques du régime de prévoyance, sur proposition du comité de gestion.*

Maintien du « Régime supplémentaire facultatif »

| Abattement de cotisation appliqué en 2010 (en %) | Evolution de la cotisation due par les retraités (en pourcentage de la cotisation mentionnée au C*) | | | | | | | | | |
|--|---|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 35 % | 87 % | 89 % | 90 % | 92 % | 93 % | 94 % | 96 % | 97 % | 99 % | 100 % |
| 42 % | 78 % | 80 % | 83 % | 85 % | 88 % | 90 % | 93 % | 95 % | 97 % | 100 % |
| 49 % | 68 % | 72 % | 75 % | 79 % | 82 % | 86 % | 89 % | 93 % | 96 % | 100 % |
| 56 % | 59 % | 64 % | 68 % | 73 % | 77 % | 82 % | 86 % | 91 % | 96 % | 100 % |
| 63 % | 50 % | 55 % | 61 % | 66 % | 72 % | 78 % | 83 % | 89 % | 94 % | 100 % |
| 70 % | 40 % | 47 % | 53 % | 60 % | 67 % | 73 % | 80 % | 87 % | 93 % | 100 % |
| 100 % | 10 % | 20 % | 30 % | 40 % | 50 % | 60 % | 70 % | 80 % | 90 % | 100 % |

() Le montant de cette cotisation est révisable chaque année, en fonction des résultats techniques du régime de prévoyance, sur proposition du comité de gestion.*

Les dispositions du présent a) sont également applicables aux membres de la famille à charge du retraité cadre ou assimilé cadre au sens des dispositions du A.

b) Retraités ayant adhéré avant le 1^{er} janvier 1994 au contrat proposé par GENERALI VIE (ex-France Vie)

Les anciens membres du personnel cadre ou assimilé cadre des entreprises adhérentes qui, au 31 décembre 1993, étaient retraités et bénéficiaient à ce titre d'une pension vieillesse de la sécurité sociale, et qui, au 31 décembre 2009, adhéraient à titre individuel à la convention d'assurance collective n° 1532 souscrite auprès de la Compagnie LA FRANCE VIE, aujourd'hui GENERALI VIE, peuvent continuer à bénéficier des garanties frais de soins de santé en adhérant au contrat proposé aux anciens salariés de la Pharmacie d'officine, dans les conditions prévues ci-après.

Le montant des prestations garanties au titre de cette adhésion individuelle est identique à celui prévu au régime des salariés cadres de la Pharmacie d'officine.

Par dérogation au C., il est institué à compter du 1^{er} janvier 2011 une cotisation à la charge des retraités définis au premier paragraphe du présent b) dont le montant est fixé comme suit :

Maintien du « Régime professionnel obligatoire »

| Abattement de cotisation appliqué en | Evolution de la cotisation due par les retraités (en pourcentage de la cotisation mentionnée au C*) | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |

| | | | | | | | | | | |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 2010 | | | | | | | | | | |
| (en %) | | | | | | | | | | |
| 100 % | 10 % | 20 % | 30 % | 40 % | 50 % | 60 % | 70 % | 80 % | 90 % | 100 % |

() Le montant de cette cotisation est révisable chaque année en fonction des résultats techniques du régime de prévoyance, sur proposition du comité de gestion.*

Les dispositions du présent b) sont également applicables aux membres de la famille à charge du retraité cadre ou assimilé cadre au sens des dispositions du A.

c) Cessation des garanties

Les retraités et les membres de leur famille à charge, tels que définis au a) et b), qui décideront de ne pas renouveler leur adhésion dans les conditions respectivement fixées au a) et b) en vue de bénéficier des garanties déterminées au VIII., doivent le notifier à leur assureur dans les meilleurs délais. Ces derniers cesseront de bénéficier du maintien des garanties de frais de soins de santé à compter du 1^{er} juillet 2011.

Les intéressés pourront cependant demander, au plus tard le 31 décembre 2011, l'adhésion individuelle à un contrat de frais de soins de santé proposé par l'assureur qui, jusqu'à cette date, leur assurait une couverture complémentaire de frais de soins de santé, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical. Ce contrat est indépendant du régime de frais de soins de santé de la branche et est proposé sous la seule responsabilité de l'un ou l'autre des coassureurs.

IX – Financement et mise en œuvre de la portabilité des garanties du régime

Le financement des prestations dues au titre du maintien, en application des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, des garanties prévoyance et frais de santé, est mis en œuvre, sans supplément de cotisation, par les régimes Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et Frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la Pharmacie d'officine, y compris en cas d'acceptation, par le bénéficiaire des prestations, d'un contrat de sécurisation professionnelle.

L'employeur mentionne le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.