



À vos côtés

# RÉGIME FRAIS DE SOINS DE SANTÉ ET PRÉVOYANCE

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE  
LA PHARMACIE D'OFFICINE - IDCC 1996

*Régime général - Édition 2024*

apgis

---

**L'APGIS**

est le  
partenaire  
santé,  
prévoyance et  
solidarité  
des pharmacies  
d'officine  
depuis 2018

---

## Pourquoi choisir d'adhérer au régime frais de santé et prévoyance ?

- **Être en conformité** avec vos **obligations conventionnelles et réglementaires**, tout en bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux
- **Bénéficiaire de la mutualisation** et de la **stabilité du régime santé et prévoyance** : pas de sélection médicale, amélioration des garanties, stabilité des taux de cotisation
- **Accéder aux actions de solidarité et de prévention** de la branche
- Proposer un **régime conventionnel obligatoire** pour vos salariés et leurs ayants droit à charge

- Une **gestion performante, rapide et simplifiée** des remboursements santé et une offre de services accessible à tout moment
- **Avoir un interlocuteur unique** dédié pour la gestion de vos cotisations (Frais de santé, Prévoyance, FNDP et HDS),

## APGIS, partenaire de votre protection sociale

Depuis plus de 45 ans, l'APGIS, institution de prévoyance, affiliée au groupe COVÉA, est l'assureur complémentaire d'une protection sociale collective, solidaire et innovante, au profit des branches professionnelles, des entreprises et de leurs salariés. Elle accompagne au quotidien près de 40 000 entreprises et 860 000 bénéficiaires.



**L'APGIS consacre 10,5 %\***  
**des cotisations HT** perçues pour  
gérer votre contrat au quotidien  
(traitement des dossiers,  
encaissement des cotisations,  
relations avec les assurés, etc.)

\* pour l'année 2023

Le montant des prestations  
versées en santé représente  
**91,23 %** pour les cadres et  
**126,55 %** pour les non cadres  
des cotisations hors taxes \*

Pour plus d'informations  
sur le régime frais de santé et  
prévoyance et adhérer,  
vous pouvez nous contacter au :

**01 49 57 45 11**

**info.officines@apgis.com**

# Structure du Régime

Vous avez la possibilité d'améliorer les garanties minimum obligatoires en optant pour les garanties additionnelles et/ou en souscrivant la garantie complémentaire Santé +.

• **pour les cadres et assimilés** : vous avez le choix entre 4 niveaux de couverture en santé :

1 RPO, 2 RPO+ RSF ou RSF+, 3 RPO + Santé+, 4 RPO+ RSF ou RSF+ + Santé+ ;

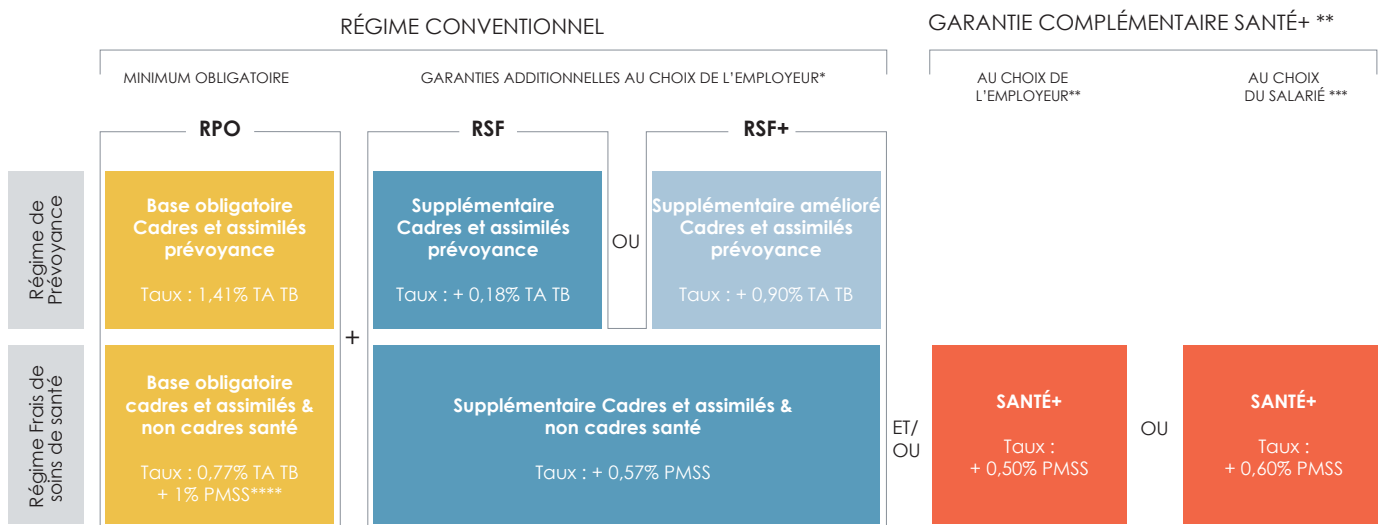
**pour la prévoyance**, en souscrivant le RSF+ vous bénéficiez en plus de la prise en charge des arrêts de travail dès le 4<sup>e</sup> jour.

• **pour les non cadres** : vous avez le choix entre 4 niveaux de couvertures en santé :

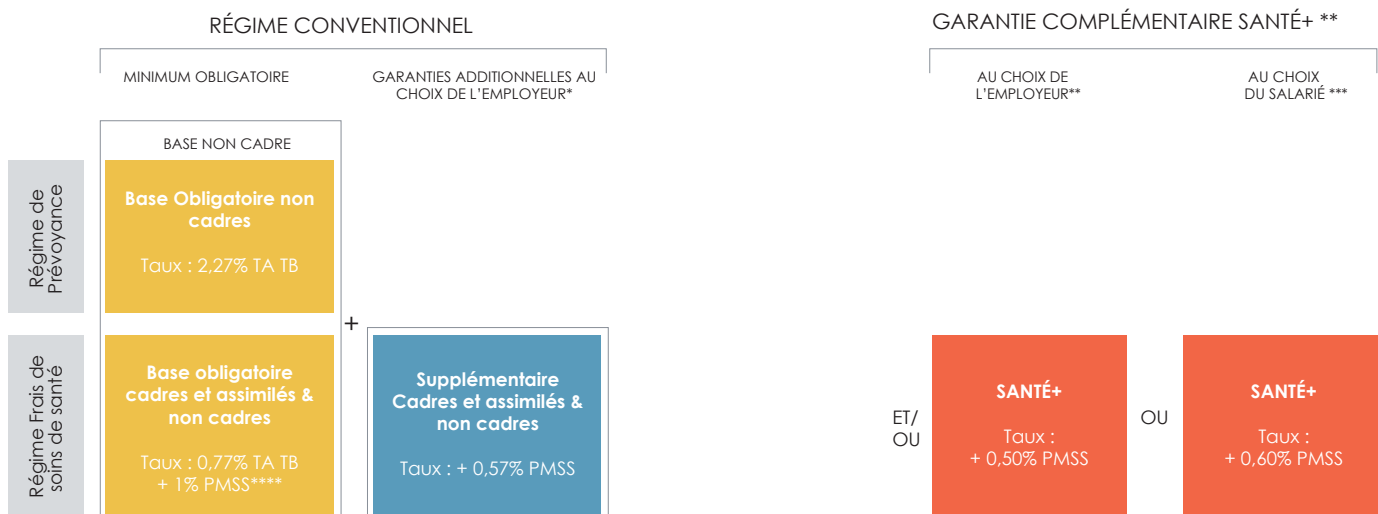
1 base, 2 base + supplémentaire, 3 base + Santé+, 4 base + supplémentaire + Santé+ ;

**en prévoyance**, le régime de base prévoit la prise en charge des arrêts de travail dès le 4<sup>e</sup> jour.

## PERSONNEL CADRE ET ASSIMILÉ



## PERSONNEL NON CADRE



\* Dès lors que l'employeur opte pour le niveau de garanties RSF (ou RSF+), il devient obligatoire en Frais de soins de santé et en Prévoyance pour l'ensemble du personnel cadre et assimilés. L'employeur doit formaliser la mise en œuvre de la garantie par un acte de mise en place.

\*\* L'employeur peut choisir d'adhérer à Santé + à titre obligatoire pour une catégorie de personnel uniquement ou pour l'ensemble des salariés. La garantie s'applique à tous les salariés de la catégorie de personnel concernée. L'employeur doit formaliser la mise en place de la garantie par un acte de mise en place.

\*\*\* Dans le cas où l'employeur n'a pas choisi d'adhérer à Santé +, celle-ci est ouverte à l'adhésion facultative de chaque salarié concerné.

\*\*\*\* Taux de cotisation pour les salariés ne relevant pas du Régime Alsace-Moselle (et hors salariés multi-employeurs).

Taux du Régime Alsace-Moselle : Base Obligatoire Cadre : 0,54 % TA TB + 0,70 % PMSS / Base Obligatoire Non Cadre : 0,74 % TA TB + 0,70 % PMSS

### ABRÉVIATIONS :

**PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Valeur 2024 : 3 864 €

**TA** : Tranche A (fraction de la rémunération brute limitée au PMSS)

**TB** : Tranche B (fraction de la rémunération brute supérieure au PMSS et dans la limite de quatre PMSS)

# Garanties santé


au 1<sup>er</sup> janvier 2024

NATURE DES GARANTIES <sup>(1)</sup>	PRESTATIONS					
	BASE OBLIGATOIRE NON CADRE & BASE OBLIGATOIRE CADRE ET ASSIMILÉ		SUPPLÉMENTAIRE NON CADRE & SUPPLÉMENTAIRE CADRE ET ASSIMILÉ (RSF ET RSF+)		SANTÉ+	
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
<b>HOSPITALISATION (y compris maternité)</b>						
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	100 % FR		100 % FR			
<b>Frais de séjour</b>						
• Séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	120 % BR - RSS		120 % BR - RSS			
• Séjour en établissement public de santé	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS			
<b>Honoraires (consultations et actes)</b>	355 % BR - RSS	200 % BR - RSS	<b>380 % BR - RSS</b>	<b>200 % BR - RSS</b>		
<b>Chambre particulière</b>	75 € par jour		75 € par jour		<b>+ 35 € par jour</b>	
<b>Lit d'accompagnement d'un enfant à charge</b>	30 € par jour		30 € par jour		<b>+ 10 € par jour</b>	
<b>Participation forfaitaire (actes lourds)</b>	frais réels		frais réels			


<b>SOINS COURANTS (y compris maternité)</b>						
<b>Honoraires médicaux</b>						
• Consultations et visites de généraliste	185 % BR - RSS	115 % BR - RSS	<b>245 % BR - RSS</b>	115 % BR - RSS	<b>+ 65 % BR</b>	<b>+ 25 % BR</b>
• Consultations et visites de spécialiste	245 % BR - RSS	161 % BR - RSS	<b>265 % BR - RSS</b>	<b>175 % BR - RSS</b>	+ 65 % BR	+ 25 % BR
• Actes techniques médicaux et actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétriques	325 % BR - RSS	200 % BR - RSS	<b>350 % BR - RSS</b>	200 % BR - RSS		
• Actes d'imagerie médicale						
Radiologie	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS		
Echographie	325 % BR - RSS	200 % BR - RSS	350 % BR - RSS	200 % BR - RSS		
<b>Participation forfaitaire (actes lourds)</b>	frais réels		frais réels			
<b>Honoraires paramédicaux</b>	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS			
<b>Séances d'accompagnement psychologique</b> remboursées par le RO «MonSoutienPsy»	100 % BR-RSS		100 % BR-RSS		Néant	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100 % BR - RSS		100 % BR - RSS			
<b>Médicaments</b>	100 % FR - RSS		100 % BR - RSS			
• Médicaments remboursés par le RO						
• Vaccins et médicaments non remboursés ou non remboursables par le RO <sup>(2)</sup>	50 € par an et par assuré <sup>(1)</sup>		<b>60 € par an et par assuré <sup>(1)</sup></b>			
<b>Matériel médical (hors aides auditives et optique)</b>						
• Prothèses orthopédiques, petit appareillage <sup>(3)</sup> , prothèses non dentaires, petit matériel	150 % BR - RSS		<b>190 % BR - RSS</b>		<b>+ 50 % BR</b>	
• Grand appareillage <sup>(4)</sup>	230 % BR - RSS		<b>250 % BR - RSS</b>			
• Prothèses capillaires <sup>(5)</sup>	525 € - RSS par an et par bénéficiaire		525 € - RSS par an et par bénéficiaire		<b>+ 200 € par an et par bénéficiaire</b>	

## AIDES AUDITIVES

Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée

<b>Equipement</b> « 100 % SANTÉ » ** 	100 % FR *		
<b>Equipement Hors « 100 % SANTÉ » - Tarif libre *</b> • Bénéficiaire jusqu'à 20 ans ou plus	580 € - RSS par an et par oreille appareillée	580 € - RSS par an et par oreille appareillée	
• Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité	1 400 € - RSS par an et par oreille appareillée	1 400 € - RSS par an et par oreille appareillée	
<b>Entretien et accessoires</b>	190 % BR - RSS	190 % BR - RSS	

## DENTAIRE

<b>Soins et prothèses dentaires « 100 % SANTÉ » **</b> 	100 % FR *		
<b>Soins Hors « 100 % SANTÉ » *</b> • Soins dentaires	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS	
• Inlays-Onlays	200 % BR - RSS	200 % BR - RSS	
<b>Prothèses dentaires Hors « 100 % SANTÉ » *</b> • Inlays-Core	195 % BR - RSS	195 % BR - RSS	
• Prothèses dentaires remboursées par le RO (*)			
Tarif maîtrisé	375 % BR - RSS	<b>100 % HLF - RSS (***)</b>	<b>+ 300 € par an et par bénéficiaire</b>
Tarif libre		<b>420 % BR - RSS</b>	
• Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	300 % BRR	<b>465 % BRR</b>	
<b>Orthodontie</b> • remboursée par le RO	326 % BR - RSS	<b>372 % BR - RSS</b>	<b>+ 130 % BR</b>
• non remboursée par le RO	326 % BRR	<b>372 % BRR</b>	<b>+ 130 % BRR</b>
<b>Autres prestations dentaires</b> • Implantologie dentaire <sup>(1)</sup>			
Prothèses sur implant	390 % BR - RSS	<b>465 % BR - RSS</b>	<b>+ 35 % BR</b>
Pilier implantaire et implant	400 € par implant, limité à 2 implants par an et par bénéficiaire	<b>600 € par implant, limité à 2 implants par an et par bénéficiaire</b>	<b>+ 200 € par implant, limité à 2 implants par an et par bénéficiaire</b>
• Paradontologie	200 € par an et par bénéficiaire	<b>250 € par an et par bénéficiaire</b>	<b>+ 150 € par an et par bénéficiaire</b>

### ABRÉVIATIONS :

**BR** : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, application du tarif d'autorité.

**BRR** : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime Obligatoire s'il était intervenu

**FR** : Frais réels

**HLF** : Honoraire limite de facturation

**OPTAM** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

**OPTAM-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

**L'OPTAM et l'OPTAM-CO** sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents

ou titulaires du droit permanent à dépassement. Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur <http://annuairesante.ameli.fr/>

**PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

**RO** : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

**RSS** : Remboursement du Régime Obligatoire de Sécurité sociale

(\*) Selon les dispositions et conditions prévues par la Convention d'assurance OF/MAL et par les conditions générales du Contrat surcomplémentaire SANTÉ +.

(\*\*) Conformément à la réglementation relative au « 100 % SANTÉ ».

(\*\*\*) Sont remboursées sur la base de 100 % des Honoraires Limite de Facturation et sous déduction du remboursement de la sécurité sociale, les prothèses pour lesquelles un Honoraire Limite de Facturation (HLF) est fixé dans la convention nationale des chirurgiens-dentistes. L'Honoraire Limite de Facturation est le montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Pour les prothèses pour lesquelles aucun Honoraire Limite de Facturation n'est fixé dans la convention nationale avec les chirurgiens-dentistes, le remboursement est effectué sur la base de 420 % de la Base de Remboursement sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale (comme les prothèses à tarif libre).


<sup>(1)</sup> Pour les actifs : Conformément aux conventions d'assurance, on entend par assuré « famille à charge ».



## OPTIQUE

Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO

Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exceptions réglementaires. (1) Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées

<b>Équipement « 100% SANTÉ »** Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres</b> 	<b>100 % FR *</b>		
<b>Équipement Hors « 100% SANTÉ » - Tarif libre *</b>			
• Monture :	100 € - RSS	100 € - RSS	
• Verre :			
Par verre simple*	80 € - RSS	<b>150 € - RSS</b>	<b>+ 10 €</b>
Par verre complexe*	130 € - RSS	<b>170 € - RSS</b>	<b>+ 90 €</b>
Par verre hyper complexe*	200 € - RSS	<b>250 € - RSS</b>	<b>+ 130 €</b>
• Prestations d'adaptation	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS	
<b>Lentilles correctrices</b>			
• Remboursées par le RO	200 € - RSS par an et par bénéficiaire	200 € - RSS par an et par bénéficiaire	<b>+ 100 € par an et par bénéficiaire</b>
• Non remboursées par le RO *	130 € par an et par bénéficiaire	160 € par an et par bénéficiaire	<b>+ 100 € par an et par bénéficiaire</b>
<b>Chirurgie de l'œil</b>	Néant	<b>500 € par œil</b>	

## AUTRES GARANTIES

<b>Transport</b>			
• Transport du malade	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS	
• Indemnités de déplacement (médecins - auxiliaires médicaux)	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS	
<b>Natalité (*)</b>			
• Forfait : naissance / adoption	250 € par enfant	250 € par enfant	
<b>Cure thermique (*)</b>			
• Remboursée par le RO	20 € par jour + RSS	20 € par jour + RSS	
<b>Pratiques de soins non conventionnelles (*)</b>			
• Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, diététique, psychologie, psychomotricité, podologie, ergothérapie, psychothérapie, musicothérapie		<b>90 € par an et par bénéficiaire</b>	<b>+ 130 € par an et par bénéficiaire</b>
<b>Prévention / Dépistage</b>			
• Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS	

Sauf mention contraire, les prestations ci-dessus s'entendent « Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSÉES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE », c'est-à-dire que les prestations incluent le remboursement effectué par le Régime Obligatoire (RO) de Sécurité sociale dont dépend l'assuré qu'il s'agisse de remboursements effectués au titre de l'assurance maladie, la maternité ou du régime accidents du travail / Maladies professionnelles. Les prestations du régime SUPPLÉMENTAIRE comprennent celles du régime de BASE.

Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge. Les Garanties exprimées avec une limitation « par an et par Bénéficiaire » ou « par an et par assuré » sont des

forfaits annuels, valables du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre, sauf mention contraire précisée dans le tableau des Garanties. Le terme assuré vise l'assuré à titre obligatoire et les adhérents facultatifs. Lorsqu'un forfait est « par bénéficiaire », il s'applique pour chaque participant au sens ci-dessus. Lorsqu'un forfait est « par assuré » il s'applique pour chaque assuré à titre obligatoire et pour chaque adhérent facultatif.

Dans tous les cas, le total des remboursements du Régime Obligatoire, du Régime de Base obligatoire et Supplémentaire de la Pharmacie d'officine et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

# Exemples de remboursement

Ces exemples\* se basent sur une couverture comprenant la base obligatoire, le régime supplémentaire et Santé +



## Soins courants

**Consultation d'un médecin spécialiste**  
avec dépassement d'honoraires libres (non-adhérent à un OPTAM \*\*)

Prix moyen pratiqué **57 €**

Remboursement RO **16,10 € \*\*\***

Reste à charge **19,97 €**

Remboursement RPO **20,93 €**

Reste à charge **16,75 €**

Remboursement RSF **3,22 €**

Reste à charge **11 €**

Remboursement Santé+ **5,75 €**

**Panier libre**  
Équipement auditif  
- Prix par oreille, pour un bénéficiaire de 20 ans ou plus

Prix moyen **1 600 €**

Remboursement RO **240 €**

Reste à charge **1 020 €**

Remboursement RPO **340 €**



## Optique

**100 % santé**  
Équipement optique  
- Monture + verres unifocaux

Prix limite de vente **125 €**

Remboursement RO **22,50 €**

Reste à charge **0 €**

Remboursement RPO **102,50 €**

**Panier libre**  
Équipement optique  
- Monture + verres unifocaux

Prix moyen pratiqué **339 €**

Remboursement RO **0,09 €**

Reste à charge **79 €**

Remboursement RPO **259,91 €**

Reste à charge **0 €**

Remboursement RSF **79 €**



## Dentaire

**100 % santé**  
Couronne céramométallique sur incisives, canines et 1<sup>res</sup> pré-molaires

Prix limite de vente **500 €**

Remboursement RO **72 €**

Reste à charge **0 €**

Remboursement RPO **416 €**

**Panier Maîtrisé**  
Couronne céramique hors zircon 2<sup>e</sup> pré-molaire

Prix moyen pratiqué **550 €**

Remboursement RO **72 €**

Reste à charge **100 €**

Remboursement RPO **378 €**

Reste à charge **0 €**

Remboursement RSF **100 €**



## Aides auditives

**100% santé**  
Équipement auditif - Prix par oreille, pour un bénéficiaire de 20 ans ou plus

Prix limite de vente **950 €**

Remboursement RO **240 €**

Reste à charge **0 €**

Remboursement RPO **710 €**

**Panier libre**  
Couronne céramométallique sur molaires

Prix moyen pratiqué **600 €**

Remboursement RO **78 €**

Reste à charge **150 €**

Remboursement RPO **378 €**

Reste à charge **96 €**

Remboursement RSF **54 €**

Reste à charge **0 €**

Remboursement Santé+\*\*\*\* **96 €**

Les exemples sont réalisés sur la base des tableaux de garantie pour l'année 2024  
\* Les tarifs, dépenses, remboursements et reste à charge sont présentés en valeur absolue en euros  
\*\* OPTAM : Option de pratique tarifaire maîtrisée  
\*\*\* Avant déduction de la participation forfaitaire de 2 €, non garantie par le régime  
\*\*\*\* Dans la limite d'un forfait par an et par bénéficiaire de 300 €



	Base obligatoire cadre et assimilé (RPO)	Supplémentaire cadre et assimilé (RSF)	Supplémentaire cadre et assimilé Franchise réduite (RSF +)	Base obligatoire non cadre (RPO)
<b>Décès - Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes</b>				
Versement d'un capital en fonction de la situation de famille, égal à :				
• Célibataires, veufs, divorcés sans personne à charge	200 % TA et TB	300 % TA et TB		200 % TA et TB
• Célibataires, veufs, divorcés avec personne à charge	250 % TA et TB	375 % TA et TB		250 % TA et TB
• Mariés ou liés par un Pacs avec ou sans personne à charge	250 % TA et TB	400 % TA et TB		250 % TA et TB
• Par personne à charge supplémentaire (au-delà d'une personne à charge) majoration de	/	25 % TA et TB		/
<b>Décès accidentel (capital supplémentaire au capital décès indiqué ci-dessus)</b>				
Versement supplémentaire égal à :				
• Célibataires, veufs, divorcés sans personne à charge		100 % TA		100 % TA
• Célibataires, veufs, divorcés avec personne à charge		150 % TA		150 % TA
• Mariés ou liés par un Pacs avec ou sans personne à charge		150 % TA		150 % TA
<b>Frais d'obsèque</b>				
En cas de décès du participant, de son conjoint ou de son partenaire de Pacs, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge, versement d'une allocation égale à :	750 € dans la limite des frais réels engagés			750 € dans la limite des frais réels engagés
<b>Rente éducation</b>				
En cas de décès du participant, quelle qu'en soit la cause, versement d'une rente temporaire annuelle à chacun des enfants qui était à la charge du participant (tels que définis au contrat) lors de son décès				
• Enfant à charge âgé de moins de 28 ans au 31 décembre de l'année	5 % TA et TB	6 % TA et TB		5 % TA et TB
Avec un minimum de 3 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date du décès				
Le montant de la rente est doublé si l'enfant est orphelin de père et de mère ou si l'enfant est handicapé tel que défini dans le contrat. La rente est viagère lorsque l'enfant est handicapé.				
<b>Rente éducation en cas d'invalidité</b> (Invalidité 2e ou 3e catégorie ou Incapacité permanente d'un taux supérieur ou égal à 50 % du Participant)				
Versement d'une rente temporaire annuelle égale à :				
• Enfants à charge de moins de 11 ans au 31 décembre de l'année	243 €	365 €		/
• Enfants à charge de 11 ans et plus et de moins de 18 ans au 31 décembre de l'année	405 €	624 €		/
• Enfants à charge de 18 ans et plus et de moins de 28 ans au 31 décembre de l'année	608 €	908 €		/
<b>Double effet</b>				
• Si le conjoint ou le partenaire de Pacs décède pendant la Garantie temporaire, le capital est versé au bénéfice des enfants toujours à charge au moment ou intervient le décès du conjoint, par parts égales entre eux.	137,50 % TA et TB	227,50 % TA TB		100 % du capital décès
• Par enfant à charge supplémentaire, majoration de :	27,50 % TA et TB	40 % TA et TB		/

	Base obligatoire cadre et assimilé (RPO)	Supplémentaire cadre et assimilé (RSF)	Supplémentaire cadre et assimilé Franchise réduite (RSF +)	Base obligatoire non cadre (RPO)
<b>Prédécès du conjoint, d'un enfant ou d'un ascendant à charge</b>				
Versement d'un capital égal à :				
• Conjoint ou partenaire lié par un Pacs ayant un enfant à charge	20 % TA et TB + 10 % TA et TB par Personne à charge			/
• Enfant ou Ascendant à charge	20 % TA et TB			/
<b>Incapacité temporaire</b>				
Versement d'une indemnité journalière égale à :				
• En cas d'incapacité temporaire de travail résultant d'un accident ou d'une maladie <b>non professionnelle</b> :	40 % TA et 90 % TB en complément des prestations versées par le Régime obligatoire			82 % TA et TB sous déduction des prestations versées par le Régime obligatoire
• En cas d'incapacité de travail résultant d'un accident ou d'une maladie <b>professionnelle</b> :	90 % TA et TB sous déduction des prestations versées par le Régime obligatoire			
<b>Franchise : les prestations sont versées à partir du : (**)</b>				
• Pour <b>les cadres et assimilés cadres ayant moins d'un an de présence</b> dans l'entreprise	4 <sup>e</sup> jour d'arrêt de travail (inclus)			/
• Pour <b>les assimilés cadres ayant au moins un an de présence</b> dans l'entreprise	31 <sup>e</sup> jour d'arrêt de travail (inclus)		4 <sup>e</sup> jour d'arrêt de travail (inclus)	/
• Pour <b>les cadres ayant au moins un an de présence</b> dans l'entreprise	61 <sup>e</sup> jour d'arrêt de travail (inclus)	51 <sup>e</sup> jour d'arrêt de travail (inclus)	4 <sup>e</sup> jour d'arrêt de travail (inclus)	/
• Pour <b>les non cadres</b>	/	/	/	3 jours continus
En cas d'arrêts multiples dans la même année civile, les absences se cumulent pour l'application de l'ouverture des droits à indemnités journalières. Lorsque cette disposition a joué, tout nouvel arrêt de travail survenant au cours de la même année civile ouvre droit au paiement des prestations, à compter du :				Si l'arrêt de travail résulte d'un accident ou d'une maladie professionnelle ou d'un accident de travail, les prestations sont versées à compter du 1 <sup>er</sup> jour d'arrêt de travail
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1<sup>er</sup> jour d'arrêt pour la même cause si la période d'arrêt qui a fait suite, après reprise, au précédent arrêt de travail est inférieure à 2 mois ;</li> <li>• 4<sup>e</sup> jour si la période de travail qui fait suite, après reprise, au précédent arrêt de travail est égale ou supérieure à 2 mois</li> </ul>				
<b>Invalidité - incapacité permanente (***)</b>				
Versement d'une rente égale à :				
• Invalidité de 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> catégorie ou incapacité permanente avec un taux supérieur ou égal à 67 % :	90 % TA et TB sous déduction des prestations versées par le Régime Obligatoire (hors majoration pour tierce personne)			90 % TA et TB sous déduction des prestations versées par le Régime Obligatoire (hors majoration pour tierce personne)
• Invalidité de 1 <sup>re</sup> catégorie ou incapacité permanente avec un taux supérieur ou égal à 40 % et inférieur à 67 % :	La rente versée ci-dessus est réduite de 25 %			La rente versée ci-dessus est réduite de 25 %
• Incapacité permanente avec un taux inférieur à 40 % :	Aucune rente versée			Aucune rente versée
<b>Maternité - paternité - adoption (***)</b>				
À compter du 1 <sup>er</sup> jour d'arrêt de travail en cas de maternité, de paternité ou d'adoption. Pour les Participants qui ont été licenciés ou qui démissionnent, la naissance ou l'adoption de l'enfant doit survenir pendant la période de maintien des garanties prévue à l'article 6.2 de la Convention pour ouvrir droit au bénéfice de la Garantie.	100 % du salaire brut de référence. Le cumul des prestations versées par le Régime obligatoire et par l'Institution après précompte des cotisations sociales ne peut être supérieur ou égal à la TA nette de cotisations sociales			82 % TA et TB sous déduction des prestations versées par le Régime Obligatoire

(\*) Selon les dispositions et conditions prévues par la Convention d'assurance OF/PREV

(\*\*) À compter du 1<sup>er</sup> juin 2022 et sous réserve des conditions précisées au paragraphe « Délai de franchise » de l'article 16.5 « Garantie en cas d'arrêt de travail », l'Institution procède, au versement d'indemnités journalières dès le premier jour d'arrêt de travail du Participant (pour la première incapacité de continuer ou reprendre le travail), en cas de décès de l'enfant âgé de moins de 25 ans du Participant ou en cas de décès d'une personne âgée de moins de 25 ans dont le Participant avait la charge effective et permanente.

(\*\*\*) Le cumul des Prestations versées après précompte des cotisations sociales par, l'Institution, le Régime Obligatoire, l'Entreprise adhérente le cas échéant, notamment au titre d'une activité professionnelle à temps partiel, et tout autre revenu perçu en application de la Convention collective, est limité à 100 % du Salaire de référence NET de cotisations sociales. Toutefois, si à la date d'arrêt de travail (incapacité temporaire de travail), le Participant bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'Entreprise adhérente tel que visé dans la définition du Salaire de référence, ce cumul sera limité au revenu de remplacement net versé par l'employeur pendant la suspension indemnisée du contrat de travail.

# Cotisations Régime Frais de soins de santé et Prévoyance

## Personnel cadre et assimilé

Régime conventionnel prévoyance et santé							Garanties complémentaires APGIS				
	Minimum obligatoire					Au choix de l'employeur				Au choix du salarié <sup>(3)</sup>	
	Base obligatoire cadres et assimilés (RPO)					Supplémentaire (RSF) <sup>(1)</sup>		ou Supplémentaire amélioré (RSF+) <sup>(1)</sup>		Santé+ <sup>(1)(2)</sup>	Santé+ <sup>(1)</sup>
	Prévoyance	Santé		Total		Prévoyance	Santé	Prévoyance	Santé	Santé	Santé
Assiette de cotisations	Salaire TA TB	Salaire TA TB	PMSS*	Salaire TA TB	PMSS*	Salaire TA TB	PMSS	Salaire TA TB	PMSS	PMSS	PMSS
Employeur	1,41 %	0,48 %	0,50 %	1,89 %	0,50 %	+ 0,09 %	+ 0,285 %	+ 0,81 %	+ 0,285 %	+ 0,25 %	-
Salarié	-	0,29 %	0,50 %	0,29 %	0,50 %	+ 0,09 %	+ 0,285 %	+ 0,09 %	+ 0,285 %	+ 0,25 %	+ 0,60 %
<b>Total</b>	<b>1,41 %</b>	<b>0,77 %</b>	<b>1,00 %</b>	<b>2,18 %</b>	<b>1,00 %</b>	<b>+ 0,18 %</b>	<b>+ 0,57 %</b>	<b>+ 0,90 %</b>	<b>+ 0,57 %</b>	<b>+ 0,50 %</b>	<b>+ 0,60 %</b>

## Personnel non cadre

Régime conventionnel prévoyance et santé							Garanties complémentaires APGIS				
	Minimum obligatoire					Au choix de l'employeur				Au choix du salarié <sup>(3)</sup>	
	Base obligatoire Non cadres					Supplémentaire <sup>(1)</sup>		et/ou		Santé+ <sup>(1)(2)</sup>	Santé+ <sup>(1)</sup>
	Prévoyance	Santé		Total		Santé				Santé	Santé
Assiette de cotisations	Salaire TA TB	Salaire TA TB	PMSS*	Salaire TA TB	PMSS*	PMSS				PMSS	PMSS
Employeur	1,46 %	0,48 %	0,50 %	1,94 %	0,50 %	+ 0,285 %				+ 0,25 %	-
Salarié	0,81 %	0,29 %	0,50 %	1,10 %	0,50 %	+ 0,285 %				+ 0,25 %	+ 0,60 %
<b>Total</b>	<b>2,27 %</b>	<b>0,77 %</b>	<b>1,00 %</b>	<b>3,04 %</b>	<b>1,00 %</b>	<b>+ 0,57 %</b>				<b>+ 0,50 %</b>	<b>+ 0,60 %</b>

## Adhérents facultatifs au régime frais de soins de santé (Non cadres et cadres et assimilés)<sup>(4)</sup>

Régime conventionnel santé				Garanties complémentaires APGIS	
	Base (RPO)		+	Supplémentaire (RSF et RSF+) <sup>(1)</sup>	
	PMSS*			PMSS	
Conjoint non à charge (adulte non retraité)	1,90 %		+	+ 0,60 %	
Enfant non à charge (Par enfant, gratuité à partir du 4 <sup>e</sup> )	1,14 %		+	+ 0,36 %	

(1) Cette cotisation vient en supplément de la Base Obligatoire.

(2) La garantie s'applique à tous les salariés de la catégorie de personnel concernée. L'employeur doit formaliser la mise en place de la garantie par un acte de mise en place.

(3) L'adhésion Santé+ à titre facultatif n'est possible que si l'employeur n'a pas adhéré à Santé+ à titre obligatoire pour la catégorie de personnel concernée. Si le salarié choisit la garantie Santé+, elle s'applique au salarié et à sa famille affiliée à titre obligatoire en contrepartie du paiement d'une cotisation totalement à la charge du salarié.

(4) Les ayants droit non couverts par la cotisation obligatoire (conjoints et enfants «non à charge») peuvent bénéficier des mêmes couvertures santé que le salarié en adhérant à titre facultatif et en contrepartie du paiement d'une cotisation totalement à leur charge.

\* Pour la base obligatoire, la cotisation santé en % du Plafond de la Sécurité sociale dépend du nombre d'employeurs. Le salarié doit justifier qu'il cotise chez plusieurs employeurs

	1 employeur	2 employeurs	3 employeurs	4 employeurs et +
Employeur	0,50 %	0,25 %	0,165 %	0,125 %
Salarié	0,50 %	0,25 %	0,165 %	0,125 %
<b>TOTAL</b>	<b>1,00 %</b>	<b>0,50 %</b>	<b>0,330 %</b>	<b>0,250 %</b>

### ABRÉVIATIONS :

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. À titre indicatif : 3 864 € pour l'année 2024

TA : Tranche A (fraction de la rémunération brute limitée au PMSS)

TB : Tranche B (fraction de la rémunération brute supérieure au PMSS et dans la limite de quatre PMSS)

# Un accompagnement complet : services, actions de solidarité, prévention

## Une gestion facilitée de votre adhésion

- **Espace entreprise** : téléchargement des documents contractuels, de gestion et d'information, affiliation ou radiation de votre personnel en ligne et en temps réel ; accès et transmission sécurisés ; accès aux services DSN, Prest'IJ.
- **Services DSN** : accès à la fiche de paramétrage DSN, consultation des DSN relatives aux cotisations déclarées et aux comptes rendus métiers, contact de l'assistance DSN.

## Un soutien en toutes circonstances de vos salariés et de leurs familles

### Des services pour faciliter le quotidien

- **Un espace assuré en ligne et une application mobile Apgismobile** : les outils dédiés pour suivre les remboursements, accéder à tout moment à sa carte de tiers payant, effectuer des démarches, etc.
- **Grâce à IDECLAIR**, vos collaborateurs peuvent bénéficier d'un service d'information, d'analyse et de conseil sur l'optique, le dentaire et l'audioprothèse. Avant d'engager soins et dépenses, l'assuré demande au professionnel de santé un devis et le transmet à l'APGIS.
- **FILAPGIS** est une cellule conseil pour prévenir, accompagner et conseiller face aux difficultés de la vie quotidienne (santé, famille, aidant, difficultés financières, décès, etc.).
- **Avec la téléconsultation médicale**, vos salariés peuvent accéder à un professionnel de santé 24h/24 7j/7 en France et à l'étranger par téléphone ou depuis un site dédié. (Ce service est assuré par AXA Assistance France. S.A. au capital de 2 082 094 €. 311 338 339 RCS Nanterre. SIRET 311 338 339 00071. 6 rue André Gide 92320 Châtillon.)

## Solidarité officine - des actions de solidarité et de prévention

Le fonds sur le Haut Degré de Solidarité, mis en place par les partenaires sociaux de votre branche, permet à vos salariés de bénéficier d'aides financières lorsqu'un salarié se retrouve aidant d'un proche, en cas de coups durs (hospitalisation, maladie grave, handicap, décès) pour agir sur leur santé (nutrition, dépistage), ou encore pour financer la complémentaire santé des apprentis. Les formulaires de demande d'aide sont disponibles sur les espaces dédiés (officine et assuré).

Pour plus d'informations  
sur le régime frais de santé et  
prévoyance et adhérer,  
vous pouvez nous contacter au :  
**01 49 57 45 11**  
**info.officines@apgis.com**

Document non contractuel. Les informations fournies ne sont pas exhaustives.  
Pour connaître les conditions et limites du régime de protection sociale, reportez-vous au Contrat.

**apgis**

APGIS - Institution de prévoyance agréée par le  
Ministère chargé de la Sécurité sociale sous le n°930,  
régie par les articles L931-1 et suivants du Code de la  
Sécurité sociale. SIREN N°304 217 904 - Siège social : 12  
rue Massue - 94684 VINCENNES cedex  
[www.apgis.com](http://www.apgis.com)

