

**AVENANT N°1 PORTANT REVISION DE L'ACCORD DU 14 DECEMBRE 2016 RELATIF AU REGIME  
CONVENTIONNEL DE PREVOYANCE DANS LA FABRICATION ET LE COMMERCE DES PRODUITS A  
USAGES PHARMACEUTIQUE, PARAPHARMACEUTIQUE ET VETERINAIRE  
CONVENTION COLLECTIVE DU 1<sup>ER</sup> JUIN 1989**

**Entre les soussignées :**

LE GROUPEMENT DES PETITES ET MOYENNES ENTREPRISES DE PRODUCTION ET DE SERVICES POUR  
LA PHARMACIE ET LA SANTE (FACOPHAR Santé)  
24, rue Marboeuf – 75008 PARIS

LE SYNDICAT DE L'INDUSTRIE DU MEDICAMENT VETERINAIRE (S.I.M.V.)  
11, rue des Messageries – 75010 PARIS

LE SYNDICAT DE L'INDUSTRIE DU DIAGNOSTIC IN VITRO (S.I.D.I.V.)  
7, rue Mariotte – 75017 PARIS

L'ASSOCIATION NATIONALE DES SOCIETES VETERINAIRES D'ACHATS ET DE DISTRIBUTION DE  
MEDICAMENTS (ANSVADM)  
10, Place Léon Blum – 75011 PARIS

D'une part,

Et

La FEDERATION CHIMIE ENERGIE- C.F.D.T.  
47 / 49, avenue Simon Bolivar - 75950 PARIS CEDEX 19 ;

La FEDERATION CHIMIE MINES TEXTILE ENERGIE - C.F.T.C.  
171, Avenue Jean Jaurès – 75019 PARIS

La Fédération NATIONALE DES SYNDICATS DU PERSONNEL D'ENCADREMENT DES  
INDUSTRIES CHIMIQUES ET CONNEXES - C.F.E.-C.G.C. CHIMIE  
33, Avenue de la République - 75011 PARIS

~~La FEDERATION NATIONALE DES INDUSTRIES CHIMIQUES - C.G.T.  
263, rue de Paris – Case Postale 429 – 93514 MONTREUIL CEDEX~~

La FEDERATION NATIONALE DES METIERS DE LA PHARMACIE, LBM, CUIRS ET HABILLEMENT  
– Force Ouvrière  
7, passage de la Tenaille, 75014 PARIS,

D'autre part,

## PREAMBULE

Le présent avenant adapte à effet du **1<sup>er</sup> janvier 2020**, les dispositions de l'accord du 14 décembre 2016 relatif au régime conventionnel de Prévoyance, au regard des dispositions du **Décret n°2019-65 du 31 janvier 2019** adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salarié.e.s et du **décret n°2019-21 du 11 janvier 2019** visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et à adapter le contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales (cahier des charges « Contrat responsable »).

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des entreprises qui relèvent du champ d'application de la convention collective nationale de Fabrication et Commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire, indépendamment de leur effectif. Il n'est pas prévu de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de cinquante salarié.e.s.

**Il est convenu ce qui suit :**

### ARTICLE 1 – PRESTATIONS MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE DU REGIME PROFESSIONNEL CONVENTIONNEL (R.P.C.)

**L'article 7.3 « Montant des prestations » de l'Annexe I « Régime de prévoyance décès-incapacité-invalidité-Maladie-Chirurgie-Maternité » est supprimé et remplacé comme suit :**

#### 7.3 – Montant des prestations

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, le montant des remboursements est fixé comme suit :

Les remboursements sont effectués selon le type de prestations soit :

- sur la base des remboursements effectués par la Sécurité sociale (BR)
- sur la base du Ticket Modérateur (TM) ;
- sur la base des Frais Réels (FR) avec application éventuelle d'un maximum de remboursement exprimé en euros et dont le montant peut être modifié, par avenant au présent accord, sur proposition du comité paritaire de gestion ;
- ou selon des remboursements forfaitaires dont le montant peut être modifié, par avenant au présent accord, sur proposition du comité paritaire de gestion.

Le montant des prestations versées par le régime de prévoyance peut être établi de façon différente suivant que les praticiens ou auxiliaires médicaux sont ou non liés par une convention conclue avec une caisse de Sécurité sociale. Il peut également varier selon que les praticiens ont ou non adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévue par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale (option pratique tarifaire maîtrisée – OPTAM – ou option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique – OPTAM CO).

**En tout état de cause, le présent régime se conforme aux dispositions relatives aux contrats dits « responsables » telles que définies aux articles L. 871-1 et L.911-7 du Code de la Sécurité sociale et leurs textes d'application. Dans ce cadre, il est susceptible d'évoluer en cas de modification des textes susvisés.**



Les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes appartenant au Dispositif dit « 100% santé ».

Le Dispositif dit « 100% santé » correspond à l'ensemble des actes faisant l'objet d'une prise en charge intégrale par le Régime Obligatoire et le régime complémentaire santé, sous réserve du respect par les professionnels de santé des Prix limite de vente (P.L.V) ou des Honoraires limites de facturation (H.L.F) tels que définis par arrêté ; le but étant de rendre ces équipements accessibles sans reste à charge.

Les actes appartenant au Dispositif dit « Hors 100% santé » font l'objet d'un éventuel reste à charge après intervention du Régime Obligatoire et du régime complémentaire santé. Il s'agit des dispositifs dits à « tarif maîtrisé », (comportant des Honoraires limites de facturation en matière de Garantie dentaire) ou à « tarif libre » (en matière de Garanties optique, dentaire et aides auditives).

Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous 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. Lorsque la prestation est exprimée en euro, elle s'additionne à celle du Régime obligatoire à l'exclusion des Garanties monture et verres.

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" sont des forfaits annuels, valables du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre.

Dans tous les cas, le total des remboursements ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS Régime « RPC » <sup>(1)</sup>	
	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>		
Forfait journalier hospitalier	100% FR	
Frais de séjour		
- Séjour en secteur conventionné	200 % BR	
- Séjour en secteur non conventionné	150 % BR	
Honoraires (consultations et actes)		
- Médicaux	200 % BR	180 % BR
- Chirurgicaux	400 % BR	200 % BR
Chambre particulière non remboursée par le RO	45 € par jour.	
Lit d'accompagnant d'un bénéficiaire âgé de moins de 12 ans non remboursé par le RO	22,87 € par jour	
<b>SOINS COURANTS (y compris maternité)</b>		
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
Honoraires médicaux		
- Consultations et visites de généraliste	100 % BR	
- Consultations et visites de spécialiste	170 % BR	150 % BR
- Actes techniques médicaux	370 % BR	200 % BR
- Actes d'imagerie médicale	180 % BR	160 % BR
Honoraires paramédicaux		
- Séjour en secteur conventionné	100 % BR	
- Séjour en secteur non conventionné	240 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	
Médicaments		
- Médicaments remboursés par le RO	100 % FR	
Matériel médical (hors aides auditives et optique)	240 % BR	
Déplacement et majoration visites de nuit ou jour férié	100 % BR	



- Non remboursée par le RO	298 % BRR
<b>Autres prestations dentaires</b>	
- Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant)	250 € par implant, limité à 2 implants par an et par bénéficiaire
- Chirurgie dentaire	325,50 % BR
<b>AUTRES GARANTIES</b>	
<b>Transport</b>	100 % BR
<b>Cure thermale</b>	
- Remboursée par le RO	5,18 € par jour
<b>Prévention / Dépistage</b>	
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR

**ABRÉVIATIONS :**

**BR :** Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, le tarif d'autorité de cet organisme est appliqué.

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

**FR :** Frais réels

**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://annuaire.sante.ameli.fr/>

**PMSS :** Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif 3377 € pour 2019)

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

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

**TM :** Ticket modérateur. Différence entre le tarif retenu par la Sécurité sociale et le remboursement effectué par l'organisme complémentaire

(\*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100% Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100% Santé », la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif « Hors 100% Santé ».

(1) Selon les dispositions prévues au contrat.

(2) Entrée en vigueur progressive à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020 du dispositif « 100% Santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.

(3) Ces remboursements sont prévus dans la limite de l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de six (6) mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné ci-dessus s'applique.

Pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement n'est applicable pour les verres en cas d'évolution de la vue, définie réglementairement et objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation à ce qui précède, un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

**ARTICLE 2 – PRESTATIONS MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE DU REGIME SUPPLEMENTAIRE OPTIONNEL (R.S.O.)**

- **L'article 13 « RSO maladie – Chirurgie – Maternité » de l'Annexe I « Régime de prévoyance décès-incapacité-invalidité-Maladie-Chirurgie-Maternité » est supprimé et remplacé comme suit :**

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, le montant des remboursements est fixé comme suit :

Les remboursements sont effectués selon le type de prestations soit :

- sur la base des remboursements effectués par la Sécurité sociale (BR)
- sur la base du Ticket Modérateur (TM) ;
- sur la base des Frais Réels (FR) avec application éventuelle d'un maximum de remboursement exprimé en euros et dont le montant peut être modifié, par avenant au présent accord, sur proposition du comité paritaire de gestion ;
- ou selon des remboursements forfaitaires dont le montant peut être modifié, par avenant au présent accord, sur proposition du comité paritaire de gestion.

Le montant des prestations versées par le régime de prévoyance peut être établi de façon différente suivant que les praticiens ou auxiliaires médicaux sont ou non liés par une convention conclue avec une caisse de Sécurité sociale. Il peut également varier selon que les praticiens ont ou non adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévue par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale (option pratique tarifaire maîtrisée – OPTAM – ou option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique – OPTAM.CO –).

**En tout état de cause, le présent régime se conforme aux dispositions relatives aux contrats dits « responsables » telles que définies aux articles L. 871-1 et L.911-7 du Code de la Sécurité sociale. Dans ce cadre, il est susceptible d'évoluer en cas de modification de textes susvisés. Les remboursements indiqués ci-après peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes appartenant au Dispositif dit « 100% santé ».**

Le **Dispositif dit « 100% santé »** correspond à l'ensemble des actes faisant l'objet d'une prise en charge intégrale par le Régime Obligatoire et le régime complémentaire santé, sous réserve du respect par les professionnels de santé des Prix limite de vente (P.L.V) ou des Honoraires limites de facturation (H.L.F) tels que définis par arrêté ; le but étant de rendre ces équipements accessibles sans reste à charge.

Les actes appartenant au **Dispositif dit « Hors 100% santé »** font l'objet d'un éventuel reste à charge après intervention du Régime Obligatoire et du régime complémentaire santé. Il s'agit des dispositifs dits à « tarif maîtrisé », (comportant des Honoraires limites de facturation en matière de Garantie dentaire) ou à « tarif libre » (en matière de Garanties optique, dentaire et aides auditives).

**Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous s'entendent «Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSÉES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE et celles versées au titre du RPC», 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.**

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature on the left, and initials 'YT', 'OD', and '1-3' on the right, along with a small number '6'.

Lorsque la prestation est exprimée en euro, elle s'additionne à celle du Régime obligatoire à l'exclusion des Garanties monture et verres.

**Les prestations définies ci-dessous « RSO » comprennent celles du régime « RPC ».**

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" sont des forfaits annuels, valables du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre.

**Dans tous les cas, le total des remboursements ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.**

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS Régime « RPC + RSO » <sup>(1)</sup>	
	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>	<b>100% FR</b>	
<b>Frais de séjour</b>		
- Séjour en secteur conventionné	<b>200 % BR</b>	
- Séjour en secteur non conventionné	<b>150 % BR</b>	
<b>Honoraires (consultations et actes)</b>		
- Médicaux	<b>200 % BR</b>	<b>180 % BR</b>
- Chirurgicaux	<b>400 % BR</b>	<b>200 % BR</b>
<b>Chambre particulière non remboursée par le RO</b>	<b>60 € par jour.</b>	
<b>Lit d'accompagnant d'un <u>bénéficiaire âgé de moins de 12 ans</u> non remboursé par le RO</b>	<b>22,87 € par jour</b>	
<b>SOINS COURANTS (y compris maternité)</b>		
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
<b>Honoraires médicaux</b>		
- Consultations et visites de généraliste	<b>120 % BR</b>	<b>100 % BR</b>
- Consultations et visites de spécialiste	<b>240 % BR</b>	<b>200 % BR</b>
- Actes techniques médicaux	<b>370 % BR</b>	<b>200 % BR</b>
- Actes d'imagerie médicale	<b>180 % BR</b>	<b>160 % BR</b>
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
- Séjour en secteur conventionné	<b>100 % BR</b>	
- Séjour en secteur non conventionné	<b>240 % BR</b>	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	<b>100 % BR</b>	
<b>Médicaments</b>		
- Médicaments <i>remboursés par le RO</i>	<b>100 % FR</b>	
<b>Matériel médical (hors aides auditives et optique)</b>	<b>270 % BR</b>	
<b>Déplacement et majoration visites de nuit ou jour férié</b>	<b>100 % BR</b>	
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<i>Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite prend effet le 1er janvier 2021 en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée</i>		
<b>Equipement « 100% SANTE » *</b>		<b>A compter du 01/01/2021 : 100% FR *</b>
<b>Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *</b>	<b>Jusqu'au 31/12/2020 :</b> <b>1 200 € par oreille appareillée</b>	
- Bénéficiaire de 20 ans ou plus	<b>A compter du 01/01/2021 : Hors « 100% SANTE »- Tarif Libre :</b> <b>1 200 € par oreille appareillée, limité à 1 700 € y compris le remboursement RO par oreille et par bénéficiaire</b>	
- Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité	<b>1 700 € par oreille appareillée, y compris le remboursement RO</b>	
<b>Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires</b>	<b>270 % BR</b>	



## ABRÉVIATIONS

**BR** : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, le tarif d'autorité de cet organisme est appliqué.

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

**FR** : Frais réels

**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://annuaire.sante.ameli.fr/>

**PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif 3377 € pour 2019)

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

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

**TM** : Ticket modérateur. Différence entre le tarif retenu par la Sécurité sociale et le remboursement effectué par l'organisme complémentaire

(\*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100% Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100% Santé », la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif « Hors 100% Santé ».

(1) Selon les dispositions prévues au contrat.

(2) Entrée en vigueur progressive à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020 du dispositif « 100% Santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.

(3) Ces remboursements sont prévus dans la limite de l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de six (6) mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné ci-dessus s'applique.

Pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement n'est applicable pour les verres en cas d'évolution de la vue, définie réglementairement et objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation à ce qui précède, un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

*N*

*md* *OH* *OD.* *9* *RG*

*13*

### ARTICLE 3 – ENTREE EN VIGUEUR

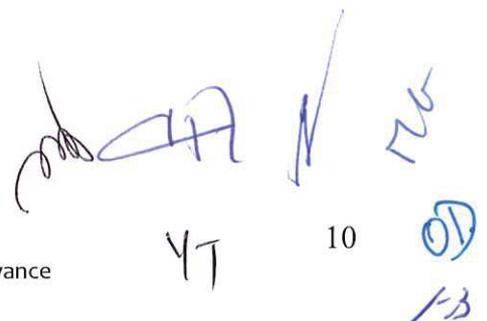
Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur à compter du lendemain du jour du dépôt auprès de la Direction Générale du Travail avec une application rétroactive au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

### ARTICLE 4 – DEPOT ET EXTENSION

Le présent avenant sera déposé à la Direction Générale du Travail et remis au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris, conformément aux dispositions du code de travail. Il fera également l'objet d'une demande d'extension par la partie la plus diligente auprès du Ministère du Travail.

### ARTICLE 5 - CARACTERE IMPERATIF

Les entreprises de la branche de la fabrication et du commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire ne pourront déroger à aucune des dispositions du présent avenant, lequel revêt un caractère impératif.



Handwritten signatures and initials in blue ink, including the letters 'YT', '10', and '13'.