

Article 15 - Couverture en cas de décès du salarié

L'assurance décès garantit, en cas de décès de l'assuré (salarié ou ancien salarié en état d'incapacité ou invalidité), dans les conditions prévues au contrat d'assurance, soit le versement d'un capital (option 1 ci-après) soit le versement d'un capital et d'une rente éducation aux enfants de l'assuré (option 2 ci-après), selon l'option choisie par l'assuré. A défaut de choix d'une option par l'assuré, ou si lors de son décès ou de son invalidité absolue et définitive l'assuré qui a choisi l'option 2 n'a pas d'enfant à charge, l'option 1 s'appliquera.

Le choix de l'option peut être modifié à tout moment par l'assuré. La demande doit en être faite par lettre transmise aux organismes assureurs ou au gestionnaire mandaté pour application au 1er jour du mois suivant la réception de la lettre. Les organismes assureurs retiennent la dernière option de l'assuré en leur possession à la date du sinistre. Conformément à l'article 8 du présent accord, l'entreprise rappellera aux salariés la possibilité qu'ils ont de modifier le bénéficiaire de l'assurance décès et/ou l'option.

Le capital décès est versé au bénéficiaire désigné par l'assuré ou, à défaut de désignation d'un bénéficiaire, à son conjoint non séparé judiciairement, à défaut à son partenaire de PACS, à défaut à ses enfants, à défaut à son père et à sa mère, à défaut à ses héritiers.

Toutefois, lorsque le montant du capital décès est déterminé en tenant compte des enfants à charge et des ascendants à charge, la majoration du capital correspondante ne profite qu'aux enfants et aux ascendants pris en considération pour le calcul de cette majoration selon les modalités prévues au contrat d'assurance.

Si le bénéficiaire désigné n'assume pas effectivement la charge de la totalité desdites personnes, la part de capital générée par les majorations pour personnes à charge et par la différence éventuelle entre une situation de famille « assuré avec personne à charge (base) » et une situation de famille « assuré sans enfant à charge » est répartie entre les personnes ouvrant droit à majoration de capital et versée à leur représentant en cas d'incapacité juridique.

En cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, attestée par son classement avant l'âge de 60 ans parmi les invalides du 3ème groupe de la Sécurité sociale avec assistance d'une tierce personne, le capital décès prévu par l'option choisie est versé à l'intéressé par anticipation et, s'il a choisi l'option n° 2, la rente éducation est versée aux enfants dans les conditions prévues au contrat d'assurance. Le décès postérieur de l'assuré n'ouvre pas de nouveaux droits au titre de la couverture décès.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, l'incapacité permanente à 100 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne reconnue par la Sécurité sociale est assimilée à la 3ème catégorie de l'invalidité du régime général de la Sécurité sociale.

Toutes les causes de décès et d'invalidité absolue et définitive sont garanties, à l'exception des cas d'exclusion précisés par le contrat d'assurance et rappelés dans la notice d'information prévue à l'article 8 du présent accord.

La garantie décès est maintenue pendant les périodes d'arrêt de travail pour maladie ou accident ou pour invalidité ayant débuté avant le terme du contrat de travail. Cette garantie prend fin à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité Sociale.

a) Option n° 1 : Capital Décès

Le capital versé en cas de décès, exprimé en pourcentage de la base des garanties définies à l'article 13-2-2 du présent accord, est déterminé comme suit :

Situation de famille de l'assuré	Décès toutes causes TA – TB – TC
Célibataires, veufs, divorcés sans personne à charge	170 %
Mariés, partenaires de PACS sans personne à charge*	220 %
Célibataires, veufs, divorcés, mariés, partenaires de PACS ayant une personne à charge*	310 %
Majoration par personne à charge supplémentaire*	90 %

(*) La notion de personnes à charge est définie ci-après au paragraphe C du présent article.

b) Option n° 2 : Capital Décès et Rente Éducation

Le capital et la rente éducation versés en cas de décès, exprimés en pourcentage de la base des garanties définies à l'article 13-2-2 du présent accord, limitée à la tranche B pour la rente éducation, sont déterminés comme suit :

	Décès toutes causes TA – TB – TC
Capital Décès : Quelle que soit la situation de famille de l'assuré	170 %

➤ Rente éducation

Chaque enfant à charge tel que défini ci-après, perçoit une rente dont le montant est indiqué ci-après :

- jusqu'au 11ème anniversaire 12 % TA – TB
- du 11ème au 18ème anniversaire 16 % TA – TB
- du 18ème au 27ème anniversaire 19 % TA – TB

La rente éducation est doublée si l'enfant est orphelin de père et de mère.

En tout état de cause le total des rentes éducations versées annuellement aux enfants de l'assuré ne peut dépasser la base des garanties, définie à l'article 13-2-2 du présent accord, du salarié décédé.

Les prestations servies sont en principe revalorisées au 1er avril de chaque année dans la limite des montants provisionnés et des disponibilités du fonds de revalorisation visé à l'article 14 du présent accord sur décision du comité paritaire de gestion, la première revalorisation intervenant au plus tôt six mois à partir de la date du décès, dans les conditions fixées au contrat d'assurance.

c) Notion d'enfants et de personnes à charge

Les enfants à charge susceptibles de percevoir la rente éducation précitée, sont les enfants (et enfants adoptés) du salarié :

- de moins de 18 ans ;
- de 18 à 27 ans poursuivant leurs études et, s'ils ont l'âge requis, régulièrement inscrits au régime de la Sécurité Sociale des étudiants ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et dans l'incapacité de subvenir à leurs besoins.

Les personnes à charge ouvrant droit à une majoration du capital décès sont :

- les enfants remplissant les conditions ci-dessus ;
- les ascendants directs de l'assuré et de son conjoint ou partenaire de PACS, titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80%, à condition que l'invalidé vive sous le toit de l'assuré.

Article 16 - Indemnité en cas de prédécès du conjoint de l'assuré ou du partenaire de PACS, prédécès d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge

En cas de décès du conjoint ou du partenaire de PACS, d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge de l'assuré, un capital brut est fixé comme suit :

Décès du conjoint ou du partenaire de PACS	20 % du plafond annuel de la Sécurité sociale
Décès d'un enfant à charge	20 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (limités au frais d'obsèques si l'enfant à moins 12 ans).
Décès d'un ascendant à charge	20 % du plafond annuel de la Sécurité sociale.

Le montant du plafond annuel de sécurité sociale est celui fixé au 1er janvier de l'année au cours duquel survient le décès.

Article 17 - Couverture en cas d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité permanente

Pour les prestations définies au présent article, le total des sommes perçues annuellement par le salarié notamment au titre de la rémunération versée par l'entreprise, de la prestation en espèces de la sécurité sociale, de celle du régime de prévoyance au titre de l'incapacité complète temporaire de travail ou de l'invalidité, ne peut, en aucun cas, excéder 100 % de la base des prestations telle que définie à l'article 13-2-2 ci-dessus, le surplus éventuel réduisant d'autant la présente garantie.

Toutefois, lorsqu'un salarié reprend son activité à temps partiel ou réduit alors qu'il continue de bénéficier des prestations de la Sécurité Sociale telles que :

- des indemnités journalières maintenues en application des dispositions de l'article L.323-2 du Code de la sécurité sociale (« mi-temps thérapeutique ») ;
- une rente d'invalidité (1^{ère} ou 2^{ème} catégorie définie l'article L 341-4 du Code de la sécurité sociale) ;
- une rente d'incapacité versée en application de la législation sur les accidents de travail et maladies professionnelles, ouvrant droit au versement des prestations périodiques du régime de prévoyance,

le montant de la prestation servie par le présent régime est limité à la différence entre :

- d'une part, 100 % de la base des garanties définie à l'article 13-2-2 du présent accord, éventuellement revalorisée conformément aux dispositions du présent accord
- et d'autre part, le cumul de la prestation en espèces maintenue par la sécurité sociale et la rémunération effectivement perçue, limitée à la base des garanties ayant servi au calcul de la prestation allouée par le régime. La base retenue est celle en vigueur au 1^{er} jour de l'arrêt de travail, éventuellement revalorisée comme les prestations du régime de prévoyance.

Lorsque l'assuré continue d'exercer son activité au sein de l'entreprise adhérente, le montant de la rente est limité à la différence entre :

- d'une part 100% de la base des garanties définie au 13-2-2 ;
- d'autre part le cumul des deux éléments suivants : la base des garanties définie au 13-2-2 multipliée par le taux de travail à temps partiel et la rente maintenue par la Sécurité Sociale.

Les éventuelles augmentations de salaire associées à l'emploi occupé lors de la reprise de travail, quel qu'en soit le motif, ne sont pas prises en compte dans la limitation des prestations servies par le présent régime.

Tous les cas d'incapacité et d'invalidité sont garantis à l'exception des cas d'exclusion précisés par le contrat d'assurance et rappelés dans la notice d'information prévue à l'article 8 du présent accord.

Les dispositions qui précèdent s'appliqueront aux reprises de travail survenant à partir de la date d'application du présent accord même si les prestations de prévoyance concernées le sont au titre des accords collectifs que le présent accord remplace. Les reprises de travail antérieures, mais se poursuivant à compter de la date d'application du présent accord, feront l'objet d'une analyse détaillée de l'assureur à présenter au comité paritaire de gestion qui pourra émettre toutes propositions destinées à étendre la disposition qui précède à tous les salariés bénéficiaires de prestations de prévoyance, quelle que soit la date de survenance du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

17-1 - Incapacité temporaire complète de travail - Maladie de longue durée.

17-1-1 Lorsque le salarié ou ancien salarié se trouve en état d'incapacité temporaire complète de travail, ne relevant pas de la législation du régime général de la Sécurité Sociale (branche accidents du travail et maladies professionnelles), constaté par le médecin traitant et donnant lieu au versement d'indemnités journalières maladie de la Sécurité sociale, l'indemnisation du Régime de Prévoyance intervient en relais de celle prévue à l'article 27-3° des clauses générales de la Convention Collective Nationale de l'Industrie Pharmaceutique, soit :

- pour les assurés ayant moins d'un an de présence dans l'entreprise à la date du 1^{er} jour de l'arrêt de travail :
 - à partir du 4^{ème} jour inclus d'arrêt : 30 % du salaire limité au plafond de la sécurité sociale et 80 % du salaire supérieur à ce plafond dans la limite de la base des garanties définies à l'article 13-2-2 du présent accord ;
- pour les assurés ayant au moins un an de présence dans l'entreprise à la date du début de l'arrêt de travail :
 - à partir du 91^{ème} jour d'arrêt : 30 % du salaire limité au plafond de la Sécurité sociale et 80 % du salaire supérieur à ce plafond dans la limite de la base des garanties définie à l'article 13-2-2 du présent accord.

En tout état de cause, l'indemnisation nette du salarié ne pourra pas être supérieure à 100 % de la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait travaillé pendant son arrêt de travail. Indemnisation nette et rémunération nette s'entendent y compris après déduction des contributions CSG (Contribution Sociale Généralisée) et CRDS (Contribution au Redressement de la Dette Sociale).

17-1-2 Lorsque l'incapacité complète temporaire de travail relève de la législation du régime général de la sécurité sociale (branche accidents du travail et maladies professionnelles), l'indemnité journalière est versée en fonction des mêmes critères que ci-dessus, mais son montant est calculé, dans tous les cas, à raison de 90 % de la base de garantie définie à l'article 13-2-2 ci-dessus, sous déduction des prestations en espèces versées par la Sécurité sociale. Toutefois, le versement intervient :

- pour les assurés ayant moins d'un an de présence. à partir du 1er jour inclus dès lors que cet arrêt est égal ou supérieur à 3 jours ;
- pour les assurés ayant plus d'un an de présence : à partir du 91ème jour.

En tout état de cause l'indemnisation nette du salarié ne pourra pas être supérieure à 100 % de la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait travaillé pendant son arrêt de travail. Indemnisation nette et rémunération nette s'entendent y compris après déduction des contributions CSG (Contribution Sociale Généralisée) et CRDS (Contribution au Redressement de la Dette Sociale).

17-1-3 Si plusieurs arrêts de travail interviennent au cours d'une même année civile, la franchise est décomptée sur le cumul des arrêts successifs indemnisés par la sécurité sociale et intervenus depuis le début de cette année.

Est définie « franchise », la période débutant le 1er jour d'arrêt de travail et finissant la veille du début de l'indemnisation du régime de prévoyance.

Lorsque la disposition ci-dessus a joué, toute nouvelle incapacité de travail intervenant au cours de la même année civile ouvre droit au paiement des indemnités journalières du régime de prévoyance à compter du quatrième jour suivant le nouvel arrêt de travail. Le paiement est effectué à compter du premier jour si la reprise a été inférieure à deux mois.

Dans le cas d'une absence continue chevauchant sur deux années civiles, la franchise applicable à la seconde année est décomptée à partir du premier jour de cette absence si le délai de franchise afférent à la première année n'a pas été atteint avant le 1er janvier de la 2nde année.

17-1-4 Lorsque la sécurité sociale décide de suspendre le versement des indemnités journalières de sécurité sociale ou de réduire le montant de ses indemnités, le régime de prévoyance :

- suspendra le versement de l'indemnité journalière complémentaire qu'il prévoit si l'indemnité journalière de la sécurité sociale est suspendue puisque le versement prévu par le régime est subordonné au versement effectif de la prestation de la sécurité sociale,
- réduira le montant de l'indemnité journalière complémentaire qu'il prévoit si la sécurité sociale réduit en application de la loi son indemnité et ce, dans la même proportion que la sécurité sociale.

17-1-5 Lorsque l'assuré reprend le travail à temps partiel, le régime peut poursuivre son indemnisation à condition que la sécurité sociale maintienne le versement de sa propre indemnité et selon les dispositions prévues dans les contrats des organismes d'assurance. Pour l'application de la règle dite de non cumul, il est alors fait application des dispositions particulières prévues aux deux premiers alinéas qui précèdent de l'article 17.

17-1-6 Les arrêts de travail en application du congé de maternité, prévu à l'article L 122-25-1 et L 122-25-1-2 du Code du Travail ouvrant droit aux allocations journalières de l'assurance maternité du Régime Général de la Sécurité sociale, sont exclus de l'indemnisation prévue par le présent accord au titre de l'incapacité temporaire de travail. Il en est de même pour le congé paternité prévu à l'article L.122-25-4 du Code du Travail ouvrant droit aux allocations journalières de l'assurance congé paternité du Régime Général de la Sécurité sociale.

17-2 - Invalidité permanente

Le salarié ou ancien salarié, âgé de moins de 60 ans, assuré au titre du présent régime dit participant en état d'invalidité permanente totale ou partielle, peut recevoir du Régime de Prévoyance une rente d'invalidité qui ne se cumule pas avec l'indemnité journalière d'incapacité temporaire complète de travail ou de longue maladie définie à l'article 17-1 ci dessus et ce dans les cas et conditions suivantes.

Toutefois, dans l'hypothèse où, l'âge limite de versement d'une pension d'invalidité dans le régime général de la Sécurité sociale (branche invalidité et accident et maladies professionnelles), serait modifié, les signataires du présent accord devront se réunir, dans le délai d'un mois à partir de la date d'entrée en vigueur de cette modification, pour étudier une adaptation de l'alinéa ci-dessus.

17-2-1 Le salarié ou ancien salarié en état d'incapacité totale de travail et percevant de la Sécurité sociale une pension d'invalidité de la 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, au titre de la législation du régime général de la Sécurité sociale (branche invalidité), reçoit du Régime de Prévoyance une rente annuelle dont le montant est calculé en pourcentage de la base annuelle des garanties définie à l'article 13-2-2 du présent accord à raison de : 30 % de cette base limitée au plafond de la Sécurité sociale et 80 % de cette même base pour la partie supérieure à ce plafond.

17-2-2 Lorsque le salarié ou l'ancien salarié est en état d'invalidité totale et perçoit de la sécurité sociale une rente annuelle supérieure ou égale à 50 % de la rémunération prise en compte par la sécurité sociale au titre de la législation du régime général de la Sécurité sociale, branche accidents du travail et maladies professionnelles, il reçoit du Régime de prévoyance une rente annuelle de base calculée à raison de 90 % de la base des garanties définie à l'article 13-2-2 du présent accord, sous déduction de la rente annuelle versée par la sécurité sociale.

17-2-3 Le salarié ou l'ancien salarié en état d'invalidité partielle et percevant de la Sécurité sociale une pension d'invalidité de la première catégorie d'invalidité définie à l'article L 341-4 du Code de la sécurité sociale reçoit du Régime, la rente annuelle égale à celle prévue en cas d'invalidité totale, réduite de 25 %.

17.2.4. Une rente est servie par le régime au participant dont le taux d'incapacité permanente, au titre de la législation de la sécurité sociale sur les accidents du travail et les maladies professionnelles du régime général (article L 434-2 du Code de la Sécurité sociale) est, au moins égal à 20 % et inférieur à 50%.

Le montant annuel de la rente est fixé en pourcentage de la base des prestations définie à l'article 13-2-2 ci-dessus et sous déduction des prestations versées au même titre par la sécurité sociale, soit :

90 % x 2 N, "N" représentant le taux d'incapacité permanente déterminée
par la sécurité sociale.

17-3 - Revalorisation des prestations périodiques

Les prestations servies en couverture des risques décès, incapacité temporaire et permanente, et invalidité sont en principe revalorisées au 1^{er} avril de chaque année dans la limite des provisions constituées et du fonds de revalorisation visé à l'article 7 du présent accord, sur décision du comité paritaire de gestion. La première revalorisation intervient au plus tôt six mois à partir de la date d'arrêt de l'intéressé dans les conditions fixées au contrat d'assurance.

Article 18 - Prestations Maladie-Chirurgie-Maternité

18-1 - l'assuré à titre obligatoire et ses bénéficiaires

Le régime garantit le salarié ou l'ancien salarié et les membres de la famille à charge :

- le conjoint, le concubin de l'assuré ou la personne avec laquelle l'assuré a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) bénéficiant des prestations en nature de la Sécurité sociale, s'il est couvert par la sécurité sociale au titre d'ayants droits de l'assuré ;
- les enfants de l'assuré à sa charge au sens des prestations en nature du régime général de la sécurité sociale et des régimes assimilés, en qualité d'ayant droit de l'assuré,
- ainsi que les enfants de l'assuré de moins de 27 ans poursuivant leurs études et, s'ils ont 18 ans, régulièrement immatriculés sous leur propre numéro au régime de la sécurité sociale des étudiants. Lorsque, à l'issue d'une année universitaire, l'enfant ayant droit de l'assuré part accomplir son service national, la garantie maladie est prolongée pour lui jusqu'à la date de son départ au service national, sans pouvoir se poursuivre au-delà du 31 décembre de l'année civile considérée ou de la date de son 27^{ème} anniversaire. Lorsque l'enfant de l'assuré est reconnu invalide ou handicapé, à la date à laquelle il était ayant droit du régime, il est couvert de manière viagère par le régime.

Bénéficient également de la garantie maladie-chirurgie-maternité, selon les mêmes dispositions que ci-dessus, les enfants à charge au sens des prestations en nature du régime général de la sécurité sociale et des régimes assimilés, en qualité d'ayants droit du conjoint, du concubin de l'assuré ou de la personne avec laquelle l'assuré a conclu un pacte civil de solidarité (PACS) dans le cas où ce conjoint, concubin ou partenaire de PACS ne justifie pas d'un régime de remboursement des frais de soins de santé. S'il bénéficie d'un tel régime, la garantie n'intervient qu'après intervention de ce régime et pour un complément éventuel.

Enfin, bénéficient de la garantie maladie-chirurgie-maternité les enfants de l'assuré ou de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS se trouvant sous contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation, conformes à la réglementation en vigueur à la date du 1er janvier 2007, sous réserve que les intéressés justifient remplir les conditions cumulatives suivantes :

- ne pas bénéficier par ailleurs d'un autre régime complémentaire de même nature, à adhésion obligatoire ;
- être âgés de moins de 27 ans ;
- dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles, attestée par une copie de la fiche de paye du mois au cours duquel les soins ont été prescrits.

Bénéficient également de la garantie maladie-chirurgie-maternité, les salariés qui relèvent de l'article 115 du code des pensions militaires et des victimes de guerre.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire (assuré ou ayant droit) après les indemnisations de toute nature.

En outre, la limitation des remboursements du régime au montant des frais réellement engagés restant à la charge du bénéficiaire après déduction des diverses indemnisations auxquelles il a droit, s'apprécie acte par acte.

18-2 - Adhérent à titre facultatif

Peuvent également à titre facultatif, adhérer au régime Maladie-Chirurgie-Maternité, en contrepartie d'une cotisation spécifique appelée par l'assureur, sous réserve de formaliser leur adhésion par écrit :

- les conjoints dits non à charge c'est-à-dire couverts en qualité d'assuré social à titre personnel et non d'ayants droit de l'assuré, par un régime de Sécurité sociale offrant des prestations en nature
- les stagiaires dès lors qu'ils bénéficient d'un régime de base de Sécurité sociale leur offrant des prestations en nature,
- les enfants de l'assuré, de son conjoint, ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS), dès lors qu'ils viennent de finir leurs études et qu'ils justifient d'être inscrits comme demandeurs d'emploi, même non indemnisé. Cette adhésion doit intervenir dans les 6 mois qui suivent le terme de leurs études. Cette adhésion est limitée à 24 mois même non consécutifs.
- Les enfants de l'enfant couvert par le régime au titre d'ayants droit d'un assuré.

Le montant de la cotisation appelée par l'assureur auprès de l'assuré est fixé après consultation du comité paritaire de gestion du régime de prévoyance.

18-3 - Montant des prestations

Les remboursements sont effectués en complément des prestations en nature de tout régime Maladie-Chirurgie-Maternité selon les modalités suivantes :

- soit, sur la base des remboursements effectués par la sécurité sociale (RSS) ou du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR) ;
- soit, sur la base des remboursements utilisés par la sécurité sociale (BR) ;
- soit, sur la base des frais réels (FR) avec application éventuelle d'un maximum du remboursement exprimé en euros et dont le montant est modifié, par avenant au présent accord, sur proposition du comité paritaire de gestion ;
- ou encore selon des remboursements forfaitaires dont le montant est 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 les caisses nationales de sécurité sociale.

Sauf exceptions expressément prévues ci-après, la couverture Maladie-Chirurgie-Maternité n'intervient qu'en complément des remboursements effectués par les régimes maladie et maternité de la sécurité sociale.

En tout état de cause, le présent régime se conforme au cahier des charges du contrat aidé tel que défini au titre 7 du livre VIII du Code de la Sécurité sociale.

Le Comité paritaire de gestion, dans le cadre des missions qui lui sont attribuées à l'article 4-2 du présent accord, peut procéder à certains aménagements techniques et mineurs afin que le présent régime se conforme au cahier des charges du contrat aidé.

Le montant des remboursements est fixé comme suit :

Actes	Remboursement RPC dans la limite des frais engagés
HOSPITALISATION Honoraires chirurgicaux	280 % de la base de remboursement (BR)
Frais de séjour et honoraires médicaux ✓ Conventionné ✓ Non conventionné	200% de la base de remboursement (BR) moins le remboursement de la Sécurité Sociale 150% de la base de remboursement (BR) moins le remboursement de la Sécurité Sociale
Forfait journalier hospitalier	80 % des frais réels (FR)
Chambre particulière	Frais réels dans la limite de 40 € par jour limité à 5 jours en cas de maternité
Lit accompagnant enfant moins de 12 ans	Frais réels dans la limite de 23€ par jour sur présentation d'un certificat médical
Transport du malade Conventionné, non conventionné	35 % de la base de remboursement (BR)

Actes techniques et de chirurgie (hospitalisation et ambulatoire)	280 % de la base de remboursement (BR)
CONSULTATIONS / VISITES	80 % de la base de remboursement (BR)
Consultation omnipraticien	
Consultation spécialiste	80 % de la base de remboursement (BR)
Consultation professeur	80 % de la base de remboursement (BR)
Consultation neuropsychiatre	80 % de la base de remboursement (BR)
Consultation cardiologue	80 % de la base de remboursement (BR)
Visite omnipraticien	80 % de la base de remboursement (BR)
Visite spécialiste	80 % de la base de remboursement (BR)
Visite professeur	80 % de la base de remboursement (BR)
Visite neuropsychiatre	80 % de la base de remboursement (BR)
Niveau de remboursement des majorations Majoration de coordination, majoration pour nourrisson, visite de nuit, déplacement	30 % de la base de remboursement (BR)
FRAIS PHARMACEUTIQUES Quel que soit le niveau de remboursement de la sécurité sociale	100% du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR) moins le remboursement de la sécurité sociale
FRAIS MEDICAUX COURANTS	
Radiographie	
✓ Conventiionné	30 % de la base de remboursement (BR)
✓ Non conventionné	170 % de la base de remboursement (BR)
Analyse	
Conventiionné, non conventionné	40 % de la base de remboursement (BR)
Soins infirmiers	
✓ Conventiionné	40 % de la base de remboursement (BR)
✓ Non conventionné	180 % de la base de remboursement (BR)
Autres auxiliaires médicaux	
✓ Conventiionné	40 % de la base de remboursement (BR)
✓ Non conventionné	180 % de la base de remboursement (BR)
Toute majoration des auxiliaires médicaux (visites de nuit ; dimanche, déplacement auxiliaires médicaux).	
✓ Conventiionné	40 % de la base de remboursement (BR)
✓ Non conventionné	180 % de la base de remboursement (BR)

APPAREILLAGE Orthopédie et prothèse (autre que dentaire et auditive) Conventionné, non conventionné	185 % de la base de remboursement (BR)
Prothèse auditive Conventionné, non conventionné	Frais réels dans la limite de 1000 € par appareil remboursé par la sécurité sociale
DENTAIRE Soins dentaires ✓ Conventionné ✓ Non conventionné Prothèses dentaires Orthodontie (dans la limite de 6 semestres)	30 % de la base de remboursement (BR) 170 % de la base de remboursement (BR) } 230 % de la base de remboursement (BR) ou 280 % de la de la base de remboursement (BR) si devis préalable présenté auprès du gestionnaire et après avoir pris connaissance de la réponse du gestionnaire qui doit intervenir dans les 15 jours qui suivent la demande.
OPTIQUE ACCEPTEE PAR LA SECURITE SOCIALE Par monture ¹ ✓ Adulte ✓ Enfant	80 € par an/bénéficiaire 50 € par an/bénéficiaire
Par verre ¹ ✓ Adulte ✓ Enfant	43€ + 650 % de la de la base de remboursement (BR) Le remboursement est porté jusqu'à 1600 % de la de la base de remboursement (BR) si devis préalable présenté auprès du gestionnaire et après avoir pris connaissance de la réponse du gestionnaire qui doit intervenir dans les 15 jours qui suivent la demande. 30 € + 135 % de la de la base de remboursement (BR) Le remboursement est porté jusqu'à 385 % de la BR si devis préalable présenté auprès du gestionnaire et après avoir pris connaissance de la réponse du gestionnaire qui doit intervenir dans les 15 jours qui suivent la demande.
❖ Lentilles acceptées ou refusées par la sécurité sociale	100 € par an et par bénéficiaire

¹ limité à une paire de lunette par an et par bénéficiaire

Le système de majoration de remboursement en cas de devis préalable est mis en œuvre à titre expérimental pour une durée de 2 ans, à compter de la date de mise en œuvre du présent accord. A l'issue de cette période expérimentale un bilan sera effectué. Au vu de ce bilan, le dispositif sera reconduit, révisé ou supprimé.

Article 19 - Cotisations

Les cotisations fixées dans cet article s'appliquent au titre des contrats gérés par les organismes assureurs désignés à l'article 5 du présent accord.

La cotisation contractuelle afférente au risque Décès-Incapacité-Invalidité (articles 15 à 17) est fixée à 1,50% de la base des cotisations définie à l'article 13-1 du présent accord.

Les cotisations contractuelles afférentes au risque Maladie-Chirurgie-Maternité (article 18) sont fixées pour la partie variable en fonction de la base des cotisations définie à l'article 13-1 du présent accord soit à 0,90% TA-TB, et pour la partie forfaitaire en fonction du plafond de la sécurité sociale soit à 1,17%.

Ces cotisations s'entendent hors taxe et toute autre cotisation ou contribution fiscale ou sociale telle que la CMU, applicables conformément à la législation en vigueur à la date du versement de la cotisation.

Les cotisations afférentes aux risques Maladie-Chirurgie-Maternité sont appelées à hauteur de 55 % pour les salariés bénéficiant du Régime local de la sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Au début de chaque année, compte tenu des résultats financiers du régime de prévoyance professionnel, les parties signataires du présent accord fixeront les taux d'appel minorant ou majorant les taux contractuels des cotisations visées ci-dessus.

La répartition des cotisations visées au présent article entre l'employeur et le salarié s'effectue de la façon suivante :

- 60 % pour la part employeur
- 40 % pour la part salarié.

Article 20 - Taux majoré pour les entreprises adhérant après le 1^{er} juillet 2007

L'affiliation des entreprises adhérant aux organismes désignés après le 1^{er} juillet 2007 pourra être subordonnée à l'application d'un taux majoré applicable pendant 3 ans.

Le taux d'appel majoré est fixé à la suite d'une "pesée" technique :

- soit par les organismes assureurs désignés,
- soit par un expert mandaté par le comité paritaire de gestion qui peut être l'actuaire conseil désigné à l'article 5 du présent accord.

Il doit être entériné par le comité paritaire de gestion qui devra avoir eu communication des comptes de résultats du contrat souscrit précédemment par l'entreprise sollicitant son affiliation au présent régime et notamment du rapport prévu à l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de ses décrets d'application.

Le taux d'appel majoré tient compte des éléments suivants :

- l'âge moyen du groupe comparé à l'âge moyen de l'ensemble des assurés du régime
- le salaire moyen par assuré comparé au salaire moyen de l'ensemble des assurés du régime.

Par conséquent, les taux d'appel majorés "t1" et "t2" sont déterminés selon les formules suivantes :

a) Au titre de la couverture décès-incapacité-invalidité

$$t1 = (100 + 5 x) \%$$

où x représente la différence, arrondie à l'année inférieure, entre l'âge moyen du groupe et l'âge moyen des assurés du régime. x n'est pris en compte que lorsque l'âge moyen du groupe est supérieur à l'âge moyen de l'ensemble des assurés du régime ; il est considéré égal à 0 s'il est inférieur à 2, et il est limité à 10.

b) Au titre de la couverture frais Maladie-Chirurgie-Maternité

$$t2 = [0,5 (100+x) + 0,5 \frac{(100+x) S}{s}] \%$$

où : x représente la différence, arrondie à l'année inférieure, entre l'âge moyen du groupe et l'âge moyen des assurés du régime. x n'est pris en compte que lorsque l'âge moyen du groupe est supérieur à l'âge moyen de l'ensemble des assurés du régime : il est considéré égal à 0 s'il est inférieur à 2, et il est limité à 10.

s représente le salaire moyen du groupe concerné.

S représente le salaire moyen des salariés ou anciens salariés.

Le taux "t2" obtenu est arrondi au nombre entier inférieur le plus proche. Il ne peut être inférieur à 100 % ni supérieur à 120 %.

Par ailleurs, des conditions spéciales pourront être déterminées pour les entreprises dont l'entrée dans le régime est subordonnée à la reprise d'engagements passés pour des sinistres survenus avant son entrée dans le régime, connus ou non connus de l'assureur précédent.

En outre, est à calculer le complément éventuel de cotisation à prévoir pour le fonds collectif santé visé au chapitre III ci-après et le régime des anciens salariés prévu par l'accord collectif du 22 juin 2007 sur le régime frais soins de santé des anciens salariés.

CHAPITRE III – REGIME A COTISATION DEFINIE DIT FONDS COLLECTIF SANTE

Pour faire face à l'augmentation importante du coût des prestations santé des personnes âgées, les partenaires sociaux souhaitent permettre aux entreprises et aux salariés en phase d'activité de pré-financer une partie de la cotisation des frais de soins de santé des anciens salariés, lors de leur retraite. Ce dispositif, appelé « fonds collectif santé » est décrit ci-dessous.

Article 21 - Caractère obligatoire du régime

Il est institué au niveau du régime de prévoyance des salariés, un fonds collectif santé à adhésion obligatoire, alimenté par une cotisation obligatoire.

Toutefois, l'adhésion est facultative pour les entreprises qui ont mis en place un régime supplémentaire de retraite collectif à cotisations définies et droits individualisés, visant au financement d'une partie de la cotisation santé, avant la conclusion du présent accord, à condition que :

- ce régime soit mis en place par accord collectif selon les modalités visées aux articles L.132-19 et suivants du code du travail ;
- le régime prévoit une cotisation au moins aussi favorable ;

Dans ce cas :

- l'entreprise n'aura pas d'obligation à cotiser à ce régime, sauf si l'entreprise le prévoit expressément,
- les anciens salariés de l'entreprise considérée même adhérent à l'annexe III de l'accord collectif du 29 mai 2000 sur la prévoyance, avant la date d'application du présent accord, ainsi que tous les salariés de l'entreprise, à cette date, conserveront le droit d'adhérer au régime des anciens salariés selon les dispositions prévues par l'accord collectif frais soins de santé des anciens salariés en date du 22 juin 2007 mais ne bénéficieront pas d'un quelconque financement du fonds collectif santé prévu au présent chapitre.

Article 22 - Fonds collectifs santé

22-1 - Alimentation du fonds collectif santé

Dès sa mise en place, au 1er juillet 2007, le fonds collectif santé est alimenté d'un montant de 4 269 425 € par affectation d'une partie de la réserve générale du régime maladie-chirurgie- maternité des actifs afin de permettre l'utilisation du fonds collectif santé dès le 1^{er} janvier 2008 pour les adhérents au régime des actifs nés avant le 1^{er} janvier 1953.

Le fonds collectif santé est ensuite alimenté par :

1. une cotisation définie annuelle fixée à 0,15% du plafond annuel de la sécurité sociale pour chaque salarié des entreprises adhérentes participant au fonds collectif santé ;

La répartition de la cotisation entre l'employeur et le salarié s'effectue de la façon suivante :

- 60 % pour la part employeur
 - 40 % pour la part salarié.
2. les produits financiers générés par le fonds calculés selon les dispositions contractuelles fixées avec l'organisme assureur ;

3. les cotisations exceptionnelles versées par les entreprises qui rejoignent le régime ;

Le montant de la cotisation exceptionnelle est fixé à la suite d'une étude actuarielle :

- soit par les organismes assureurs désignés,
- soit par un expert mandaté par le comité paritaire de gestion qui peut être l'(es) actuaire(s) conseil(s) désigné à l'article 5 du présent accord.

Les cotisations exceptionnelles doivent être entérinées par le comité paritaire de gestion qui devra avoir eu communication des éléments techniques sur lesquels repose le calcul de la cotisation.

22-2 - Utilisation du fonds collectif santé

1 - Le fonds collectif santé est utilisé pour alimenter la réserve de couverture des anciens salariés visée à l'article 6.2 l'accord collectif du 22 juin 2007 sur les frais soins de santé des anciens salariés, lorsqu'un salarié d'une entreprise adhérente qui participe à l'alimentation du fonds collectif santé adhère au régime des anciens salariés, lors de la liquidation de sa retraite.

2 - Le montant du fonds collectif santé prélevé pour chaque adhésion au régime des anciens salariés est arrêté sur décision du comité paritaire de gestion, en fonction notamment des éléments suivants :

Le montant prélevé sur le fonds collectif est défini en fonction :

- du montant disponible dans le fonds santé ;
- du rapport actuariel entre d'une part la somme des coefficients de rente viagère immédiate des nouveaux adhérents au régime des anciens salariés bénéficiant du fonds collectif santé et d'autre part la somme des coefficients de rentes viagères immédiates ou différées de l'ensemble des actifs ayant cotisé au fonds collectif santé l'année considérée affectés d'une probabilité de présence selon les statistiques de la branche et pondéré par le rapport entre la durée de cotisation au fonds collectif santé à la date d'évaluation et la durée de cotisation totale au fonds collectifs santé à la date de départ en retraite.

Le fonds collectif santé est un mode de financement anticipé d'un régime mais ne donne droit à aucune prestation définie, même différée, au moment du départ à la retraite :

- l'utilisation du fonds collectif santé est réservée aux anciens salariés qui adhèrent au régime frais de soins de santé des anciens salariés ; les anciens salariés qui n'exercent pas leur droit d'adhérer au régime selon les dispositions prévues par l'accord collectif du 22 juin 2007 sur les frais soins de santé des anciens salariés, ne bénéficient d'aucun avantage compensatoire ;
- Le montant prélevé sur le fonds collectif santé est effectué conformément aux dispositions de l'article 6.2.2 de l'accord collectif du 22 juin 2007 sur les frais soins de santé des anciens salariés.
- Le montant prélevé sur le fonds santé pour chaque adhésion au régime des anciens salariés peut évoluer à la hausse ou à la baisse en fonction des évolutions démographiques de la population concernée et de la situation financière du fonds collectifs santé, selon la décision du comité paritaire de gestion.

3 - Il est expressément convenu que l'obligation des entreprises, pour l'alimentation du fonds collectif santé, en application du présent accord, se limite au seul paiement des cotisations visées à l'article 22-1, ci-dessus.

4 - Les frais de gestion du fonds collectif santé sont prélevés conformément à la convention signée avec les organismes gestionnaires du fonds collectif santé.

CHAPITRE IV – REGIME SUPPLEMENTAIRE (R.S.) DES SALARIES

Article 23 - Objet – Bénéficiaires

23-1 Objet

Le Régime supplémentaire (RS) défini ci-après, est un régime sur-complémentaire du Régime Professionnel Conventionnel (RPC). Seules les entreprises affiliées au régime professionnel conventionnel peuvent, si elles le souhaitent, adhérer à ce dernier dans les conditions ci-après.

Il assure des prestations supplémentaires au titre de la garantie Décès et de la garantie Maladie-Chirurgie en sus des couvertures contre ces risques prévues par le Régime Professionnel Conventionnel. (RPC)

Les entreprises peuvent opter soit pour la garantie Décès, soit pour la garantie Maladie-Chirurgie, soit pour la garantie Décès et garantie Maladie-Chirurgie du régime supplémentaire.

23-2 Participants

Lorsque l'entreprise adhère au Régime Supplémentaire, tous les salariés inscrits à son effectif bénéficient de ce régime dès leur entrée dans l'entreprise et sans formalité.

Article 24 - Assiette et base des garanties et des cotisations

24-1 - Assiette et base annuelles des cotisations

L'assiette et la base des cotisations au Régime Supplémentaire sont celles des cotisations au Régime professionnel conventionnel définie à l'article 13-1 du présent accord.

24-2 - Assiette et la base annuelles des garanties

L'assiette et la base des garanties supplémentaires de l'assurance décès sont celles des garanties du Régime Professionnel Conventionnel définie à l'article 13-2 du présent accord.

Article 25 - Couverture supplémentaire en cas de décès du salarié

(en pourcentage de la base annuelle des garanties du régime professionnel conventionnel définie à l'article 13-2-2 du présent accord)

Le Régime supplémentaire prévoit des garanties décès selon des modalités et définitions identiques à celles prévues à l'article 15 du présent accord relatif au régime Professionnel Conventionnel (RPC).

Le Régime supplémentaire verse, en supplément du capital ou du capital et de la rente ainsi prévus, les majorations suivantes exprimées en pourcentage du salaire de base :

a) Option n° 1 : Capital Décès

Le capital versé en cas de décès, exprimé en pourcentage de base annuelle des garanties définies à l'article 13-2-2 du présent accord, est déterminé comme suit :

Situation de famille	Décès par maladie	Majoration du capital versé pour accident *
- célibataires, veufs, divorcés sans personne à charge**	130 %	150 %
- mariés sans personne à charge**	155 %	175 %
- célibataires, veufs, divorcés ou mariés ayant une personne à charge**	180 %	150 %
- majoration par personne à charge supplémentaire**	25 %	30 %

* : En cas de décès accidentel survenant avant 65 ans et dans un délai de douze mois suivant l'accident

** : La notion de personnes à charge est définie au paragraphe de l'article 15 du présent accord

b) Option n° 2 : Capital Décès et Rente Éducation

Le capital et la rente éducation versés en cas de décès, exprimés en pourcentage de la base annuelle des garanties du régime professionnel conventionnel définie à l'article 13-2-2 du présent accord, sont déterminés comme suit :

	Décès par maladie	Majoration du capital versé pour accident *
> Capital Décès Quelle que soit la situation de famille de l'assuré	130 %	150 %
> Rente éducation Chaque enfant à charge au sens de l'article 15 du présent accord	4 %	

(*) En cas de décès accidentel survenant avant 65 ans et dans un délai de douze mois suivant l'accident.

Cette rente supplémentaire est doublée si l'enfant est orphelin de père et de mère.

Article 26 - Prestation Maladie-Chirurgie

Le régime supplémentaire s'applique selon des modalités identiques à celles prévues à l'article 18 du présent accord, relatif au Régime Professionnel Conventionnel (RPC).

Les remboursements prévus par le Régime supplémentaire (RS) sont effectués en complément des prestations en nature des régimes maladie et maternité du Régime Général de la Sécurité sociale ou d'un régime assimilé et de celles du Régime Professionnel Conventionnel (RPC).

En tout état de cause le présent régime se conforme au cahier des charges du contrat aidé tel que défini au titre 7 du livre 8 du Code de la Sécurité sociale.

Le Comité paritaire de gestion, dans le cadre des missions qui lui sont attribuées à l'article 4-2 du présent accord, peut procéder à certains aménagements techniques et mineurs afin que le présent régime se conforme au cahier des charges du contrat aidé.

Le régime supplémentaire verse en supplément des prestations prévues au Régime Professionnel Conventionnel, les prestations suivantes :

Actes	Remboursement RS
HOSPITALISATION	
❖ Chambre particulière	Frais réels dans la limite de 6 € par jour
CONSULTATIONS / VISITES	
❖ Consultation omnipraticien	50 % de la base de remboursement (BR)
❖ Consultation spécialiste	50 % de la base de remboursement (BR)
❖ Consultation professeur	50 % de la base de remboursement (BR)
❖ Consultation neuropsychiatre	50 % de la base de remboursement (BR)
❖ Consultation cardiologue	50 % de la base de remboursement (BR)
❖ Visite omnipraticien	50 % de la base de remboursement (BR)
❖ Visite spécialiste	50 % de la base de remboursement (BR)
❖ Visite professeur	50 % de la base de remboursement (BR)
❖ Visite neuropsychiatre	50 % de la base de remboursement (BR)
FRAIS MEDICAUX COURANTS	
❖ Radiographie Conventionné, non conventionné	30 % de la base de remboursement (BR)
❖ Analyse ✓ Conventionné, non conventionné	30 % de la base de remboursement (BR)
❖ Soins infirmiers Conventionné, non conventionné	30 % de la base de remboursement (BR)
❖ Autres auxiliaires médicaux Conventionné, non conventionné	30 % de la base de remboursement (BR)
APPAREILLAGE	
❖ Prothèse auditive Conventionné, non conventionné	200 €
DENTAIRE	30 % de la base de remboursement (BR)

❖ Soins dentaires (conventionné) ❖ Prothèses dentaires ❖ Orthodontie (dans la limite de 6 semestres)	} 100 % de la base de remboursement (BR)	
OPTIQUE ACCEPTEE PAR LA SECURITE SOCIALE ❖ Par monture ¹ ✓ Adulte ✓ Enfant		20 € par an/bénéficiaire 15 € par an/bénéficiaire
❖ Par verre ¹ ✓ Adulte ✓ Enfant		800 % de la base de remboursement (BR) 200 % de la base de remboursement (BR)
OPTIQUE ACCEPTEE OU REFUSEE PAR LA SECURITE SOCIALE ❖ Lentilles	100 € par an et par bénéficiaire	

¹ limité à une paire de lunette par an et par bénéficiaire

Article 27 - Cotisations – Dotations

Les cotisations fixées dans cet article s'appliquent au titre des contrats gérés par les organismes assureurs désignés à l'article 5 du présent accord.

Les cotisations contractuelles afférentes au risque Décès-Incapacité-Invalidité (article 25 du présent accord) sont fixées à 0,30% de la base des cotisations définie à l'article 13-1 du présent accord.

Les cotisations contractuelles afférentes au risque Maladie-Chirurgie-Maternité (article 26 du présent accord) sont fixées à 0,255% du plafond de la Sécurité Sociale et 0,205% de la base des cotisations définie à l'article 13-1 du présent accord.

Au début de chaque année, compte tenu des résultats financiers du Régime Supplémentaires qui doit trouver son équilibre financier indépendamment des résultats techniques et financiers du Régime Professionnel de Branche (RPC), les parties signataires du présent accord fixeront les taux d'appel minorant ou majorant les taux contractuels des cotisations visées ci-dessus.

Pour l'année 2007, les taux d'appel des cotisations afférentes aux risques Décès-Incapacité-Invalidité et Maladie-Chirurgie-Maternité sont ceux définis par l'accord du 27 novembre 2006.

La répartition des cotisations visées au présent article entre l'employeur et le salarié s'effectue de la façon suivante :

- 50% pour la part employeur
- 50% pour la part salarié.

Article 28 - Taux majoré pour les entreprises adhérant après 1^{er} juillet 2007

L'affiliation des entreprises adhérant aux organismes désignés après le 1^{er} juillet 2007 sera subordonnée à l'application des mêmes taux majorés que ceux définis à l'article 20 du présent accord pour le Régime professionnel conventionnel.

Article 29 - Entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée à compter du 1^{er} juillet 2007. Toutefois, les garanties et les cotisations du présent régime ne prendront effet qu'à compter du 1^{er} janvier 2008. Dans l'intervalle, les garanties et les cotisations prévues à l'annexe I de l'accord collectif du 29 mai 2000 sur la prévoyance continueront à produire effet.

Article 30 - Dépôt-publicité

Conformément aux articles L. 132-10 et R. 132-1 du Code du Travail, le présent accord collectif sera déposé en deux exemplaires à la Direction des Relations du Travail de Paris et remis au Secrétariat Greffe du Conseil de Prud'hommes de Paris.

Article 31 - Extension

Les parties signataires conviennent de demander au Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, l'extension du présent accord.

Pour Les Entreprises du Médicament (Leem) :

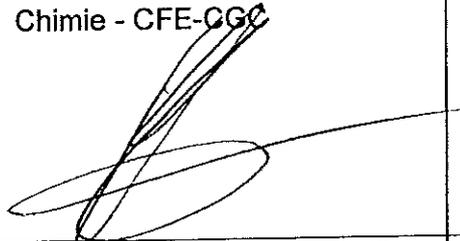


- Pour la Fédération Chimie Energie -
F.C.E./C.F.D.T.



- Pour la Fédération Nationale des
Industries Chimiques - C.G.T.

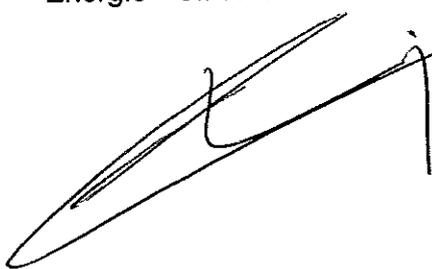
- Pour la Fédération des Cadres de la
Chimie - CFE-CCG



- Pour la Fédération Nationale de la
Pharmacie - F.O.



- Pour la Fédération Chimie Mines Textiles
Energie - C.F.T.C.



- Pour le Syndicat National Professionnel
Autonome des Délégués Visiteurs
Médicaux
(S.N.P.A.D.V.M.) UMSA

