

**AVENANT DU 6 FEVRIER 2018  
PORTANT REVISION DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE ETENDUE  
DE LA PHARMACIE D'OFFICINE DU 3 DECEMBRE 1997**

**RELATIF AUX REGIMES DECES, INCAPACITE DE TRAVAIL, INVALIDITE,  
MATERNITE-PATERNITE ET FRAIS DE SOINS DE SANTE  
DU PERSONNEL CADRE ET ASSIMILE DE LA PHARMACIE D'OFFICINE**

Entre les soussignés :

- LA FEDERATION DES SYNDICATS PHARMACEUTIQUES DE FRANCE  
13, rue Ballu – 75009 PARIS
- L'UNION DES SYNDICATS DE PHARMACIENS D'OFFICINE  
43, rue de Provence – 75009 PARIS

D'une part,

Et

- LA FEDERATION NATIONALE FORCE OUVRIERE DES METIERS DE LA PHARMACIE,  
DES LABORATOIRES D'ANALYSES ET DE BIOLOGIE MEDICALE, DU CUIR ET DE  
L'HABILLEMENT (F.O.)  
7, passage Tenaille – 75014 PARIS
- L'UNION FEDERALE DE L'INDUSTRIE ET DE LA CONSTRUCTION DE L'UNSA (UNSA  
INDUSTRIE ET CONSTRUCTION)  
21, rue Jules Ferry, 93177 BAGNOLET
- LA FEDERATION NATIONALE DES INDUSTRIES CHIMIQUES (C.G.T.)  
263, rue de Paris – 93514 MONTREUIL CEDEX
- LA FEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS DES SERVICES DE SANTE ET  
SERVICES SOCIAUX (C.F.D.T.)  
47/49, avenue Simon Bolivar – 75950 PARIS CEDEX 19
- LA FEDERATION NATIONALE DU PERSONNEL D'ENCADREMENT DES INDUSTRIES  
CHIMIQUES ET CONNEXES (C.F.E. / C.G.C.)  
33, avenue de la République – 75011 PARIS
- LA FEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS CHRETIENS DES SERVICES DE SANTE  
ET SOCIAUX (C.F.T.C.)  
34, quai de la Loire – 75019 PARIS

D'autre part.

Vu la convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997, notamment son Annexe IV.2 – Régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et Régime Frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la Pharmacie d'officine ;

Les parties signataires sont convenues de ce qui suit.

### Préambule :

Le présent avenant a pour objet d'améliorer le niveau de remboursement du forfait auto-médication du Régime Professionnel Obligatoire (RPO) et du Régime Supplémentaire Facultatif (RSF) du Régime Frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la Pharmacie d'officine.

### Article 1 : Amélioration des garanties du Régime Professionnel Obligatoire (RPO)

Le tableau des remboursements contenu dans le D « Régime Professionnel Obligatoire – Montant des remboursements » du III « Maladie - Chirurgie - Maternité (prestations en nature) » de l'Annexe IV.2 « Régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et Régime Frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la Pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée est remplacé par le tableau suivant :

#### Régime Professionnel Obligatoire (RPO)

NATURE DES FRAIS	NIVEAU DES PRESTATIONS
<b>Hospitalisation</b>	
Frais de séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	92 € par jour en plus du RSS où 100 % du TM si supérieur à 92 €
Hospitalisation en établissement public de santé (lorsque la facturation est globale par journée et pour l'ensemble des actes et soins)	100 % BRSS <sup>1</sup>
<b>Frais chirurgicaux</b> (actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux) • Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée • Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	255 % BRSS en complément du RSS 200 % BRSS <sup>1</sup>
Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement	75 € par jour d'hospitalisation
Forfait journalier hospitalier (hors Alsace Moselle)	Prise en charge intégrale (y compris psychiatrie)
Lit d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge	30 € par jour
Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale
<b>Frais d'honoraires médicaux – Soins courants</b>	
<b>Consultations ou visites de généraliste</b> • Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée • Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	115 % BRSS en complément du RSS 115 % BRSS <sup>1</sup>

<b>Consultations ou visites de spécialiste</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée</li> <li>• Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée</li> </ul>	175 % BRSS en complément du RSS 161 % BRSS <sup>1</sup>
<b>Analyses médicales</b>	100 % BRSS <sup>1</sup>
<b>Auxiliaires médicaux</b>	100 % BRSS <sup>1</sup>
<b>Actes d'imagerie</b>	
<b>Radiologie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée</li> <li>• Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée</li> </ul>	100 % BRSS <sup>1</sup> 100 % BRSS <sup>1</sup>
<b>Echographie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée</li> <li>• Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée</li> </ul>	255 % BRSS en complément du RSS 200 % BRSS <sup>1</sup>
<b>Pharmacie</b>	
Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	100 % des frais réels <sup>1</sup>
Médicaments non remboursés ou non remboursables par la Sécurité sociale <sup>2</sup>	Dans la limite d'un forfait de 50€ par an et par bénéficiaire
<b>Transport</b>	
Transport du malade	100 % BRSS <sup>1</sup>
Indemnités de déplacement (médecins – auxiliaires médicaux)	100 % BRSS <sup>1</sup>
<b>Frais dentaires</b>	
Soins dentaires	100 % BRSS <sup>1</sup>
Prothèses dentaires remboursées ou non par la SS	419 % BRSS <sup>1</sup>
Orthodontie remboursée ou non par la SS	326 % BRSS <sup>1</sup>
Implantologie non remboursée par la SS (dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire)	400 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire)
Parodontie non remboursée par la SS	200 € par an et par bénéficiaire
<b>Frais d'optique</b>	
Verres <sup>3</sup>	130 € <sup>1</sup> par verre
Monture <sup>3</sup>	120 € <sup>1</sup>
Lentilles prises en charge par la SS (y compris jetables) <sup>4</sup>	100 € par an et par bénéficiaire en complément du RSS
Lentilles non prises en charge par la SS (y compris jetables)	140 € par an et par bénéficiaire
<b>Prothèses médicales</b>	
Orthopédie, prothèses médicales	130 % BRSS en complément du RSS
Prothèses capillaires remboursées par la SS <sup>4</sup>	400 € par an et par bénéficiaire en complément du RSS
Prothèses auditives <sup>4</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 ans et plus</li> <li>• Pour les moins de 20 ans</li> </ul>	400 € par an et par oreille appareillée en complément du RSS 560 € par an et par oreille appareillée en complément du RSS
<b>Cures thermales</b>	
Cures thermales prises en charge par la SS	3,66 € par jour en complément du RSS

<b>Natalité</b>	
Naissance ou adoption : versement d'une prime sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou d'une photocopie du jugement d'adoption, prime versée aux 2 conjoints ou partenaires liés par un PACS, si tous deux travaillent dans la même entreprise.	250 € par enfant (en cas de naissances ou d'adoptions multiples, versement pour chaque enfant)

**TM = Ticket modérateur BRSS = Base de remboursement de la Sécurité sociale SS= Sécurité sociale  
RSS = Remboursement de la Sécurité Sociale**

**Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée= CAS (Contrat d'Accès aux Soins) OPTAM (Option Pratique Tarifaire maîtrisée), et OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire maîtrisée Chirurgie et Obstétrique)**

(1) Sous déduction des prestations versées par la SS

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

(3) Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.

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

## **Article 2 : Amélioration des garanties du Régime Supplémentaire Facultatif (RSF)**

Le tableau des remboursements contenu dans le E « Régime Supplémentaire Facultatif (RSF) – Montant des remboursements » du III « Maladie - Chirurgie - Maternité (prestations en nature) » de l'Annexe IV.2 « Régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et Régime Frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la Pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée est remplacé par le tableau suivant :

### **Régime Supplémentaire Facultatif (RSF)**

<b>NATURE DES FRAIS</b>	<b>NIVEAU DES PRESTATIONS</b>
<b>Hospitalisation</b>	
Frais de séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	100 € par jour en plus du RSS ou 100 % du TM si supérieur à 100 euros
Hospitalisation en établissement public de santé (lorsque la facturation est globale par journée et pour l'ensemble des actes et soins)	100 % BRSS <sup>1</sup>
<b>Frais chirurgicaux</b> (actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux) • Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée • Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	279 % BRSS en complément du RSS  200 % BRSS <sup>1</sup>
Chambre particulière, y compris en cas d'accouchement	75 € par jour d'hospitalisation
Forfait journalier hospitalier (hors Alsace Moselle)	Prise en charge intégrale (y compris psychiatrie)
Lit d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge	30 € par jour
Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds)	Prise en charge intégrale

<b>Frais d'honoraires médicaux – Soins courants</b>	
<b>Consultations ou visites de généraliste</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée</li> <li>• Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée)</li> </ul>	175 % BRSS en complément du RSS 115 % BRSS <sup>1</sup>
<b>Consultations ou visites de spécialiste</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée)</li> <li>• Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée</li> </ul>	195 % BRSS en complément du RSS 175 % BRSS <sup>1</sup>
<b>Analyses médicales</b>	100 % BRSS <sup>1</sup>
<b>Auxiliaires médicaux</b>	100 % BRSS <sup>1</sup>
<b>Actes d'imagerie</b>	
<b>Radiologie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée</li> <li>• Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée</li> </ul>	100 % BRSS <sup>1</sup> 100 % BRSS <sup>1</sup>
<b>Echographie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée</li> <li>• Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée</li> </ul>	279 % BRSS en complément du RSS 200 % BRSS <sup>1</sup>
<b>Pharmacie</b>	
Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	100 % des frais réels <sup>1</sup>
Médicaments non remboursés ou non remboursables par la Sécurité sociale <sup>2</sup>	Dans la limite d'un forfait de 60 € par an et par bénéficiaire
<b>Transport</b>	
Transport du malade	100 % BRSS <sup>1</sup>
Indemnités de déplacement (médecins – auxiliaires médicaux)	100 % BRSS <sup>1</sup>
<b>Frais dentaires</b>	
Soins dentaires	100 % BRSS <sup>1</sup>
Prothèses dentaires remboursées ou non par la SS	465 % BRSS <sup>1</sup>
Orthodontie remboursée ou non par la SS	372 % BRSS <sup>1</sup>
Implantologie non remboursée par la SS (dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire)	450 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire)
Parodontie non remboursée par la SS	250 € par an et par bénéficiaire
<b>Frais d'optique</b>	
Verres <sup>3</sup>	150 € <sup>1</sup> par verre
Monture <sup>3</sup>	140 € <sup>1</sup>
Lentilles prises en charge par la SS (y compris jetables) <sup>4</sup>	120 € par an et par bénéficiaire en complément du RSS
Lentilles non prises en charge par la SS (y compris jetables)	160 € par an et par bénéficiaire
<b>Prothèses médicales</b>	
Orthopédie, prothèses médicales	149,50 % BRSS en complément du RSS
Prothèses capillaires remboursées par la SS <sup>4</sup>	500 € par an et par bénéficiaire en complément du RSS
Prothèses auditives <sup>4</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 ans et plus</li> <li>• Pour les moins de 20 ans</li> </ul>	500 € par an et par oreille appareillée en complément du RSS 660 € par an et par oreille appareillée en complément du RSS

<b>Cures thermales</b>	
Cures thermales prises en charge par la SS	3,66 € par jour en complément du RSS
<b>Natalité</b>	
Naissance ou adoption : versement d'une prime sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou d'une photocopie du jugement d'adoption, prime versée aux 2 conjoints ou partenaires liés par un PACS, si tous deux travaillent dans la même entreprise.	250 € par enfant (en cas de naissances ou d'adoptions multiples, versement pour chaque enfant)

**TM = Ticket modérateur ; BRSS = Base de remboursement de la Sécurité sociale**

**SS= Sécurité sociale ; RSS = Remboursement de la Sécurité Sociale**

**Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : CAS (Contrat d'Accès aux Soins) OPTAM (Option Pratique Tarifaire maîtrisée) et OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire maîtrisée Chirurgie et Obstétrique)**

(1) Sous déduction des prestations versées par la SS

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

(3) Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique

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

### **Article 3 : Prévention Professionnelle**

Après le IX « Financement et mise en œuvre de la portabilité des garanties du régime » de l'Annexe IV.2 « Régime Décès, Incapacité de travail, Invalidité, Maternité-Paternité et Régime Frais de soins de santé du personnel cadre et assimilé de la Pharmacie d'officine » de la convention collective nationale susvisée, il est créé un X « Prévention » comme suit :

X- Prévention

Forts de leur attachement à la prévention, les parties signataires souhaitent s'engager dans une réflexion prospective sur ce thème.

Convaincues de la nécessité de compléter le niveau des garanties des salariés par des services et actions de prévention s'inscrivant en cohérence avec les actions de santé publique, les parties signataires complètent d'ores et déjà le panier de soins d'une vaccination anti-grippale des salariés qui doit être proposée par chaque organisme assureur aux officines.

### **Article 4 : Entrée en application, révision et dénonciation**

En application des dispositions de l'article L.2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent avenant, sauf si lesdits accords assurent des garanties au moins équivalentes.

Le présent avenant, conclu pour une durée indéterminée, prendra effet le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Il pourra faire l'objet d'une révision de tout ou partie de son contenu dans les formes et délais prévus par l'article 4 de la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'officine et dans le respect des dispositions des articles L.2222-5, L.2261-7 et L.2261-8 du code du travail.

Conformément aux articles L.2261-9 et suivants du code du travail, il pourra être dénoncé à tout moment à charge pour ses parties de respecter un préavis dont la durée est conventionnellement fixée à 3 mois. La dénonciation ne peut que concerner la totalité de l'accord et de ses avenants ultérieurs. Elle peut émaner de tout ou partie des signataires ou parties ayant adhéré à l'accord.

Le présent accord est établi en nombre suffisant d'exemplaires pour remise à chacune des organisations signataires.

Il fera l'objet des formalités de dépôt conformément aux articles L.2231-6, L.2261-1 et D.2231-2 du code du travail.

Il sera présenté à l'extension à la demande de la partie la plus diligente.

Eu égard à l'intérêt d'assurer à tous les salariés de la branche des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé socialement efficaces, fondés sur la solidarité et la mutualisation, il sera demandé que le présent avenant soit étendu à toutes les entreprises de la branche, quel que soit leur nombre de salariés. Partant, aucune disposition spécifique ne sera prévue pour les entreprises de moins de 50 salariés.

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

Fait à Paris, le 6 février 2018.

Pour L'UNION DES SYNDICATS DE PHARMACIENS D'OFFICINE

Pour LA FEDERATION NATIONALE FORCE OUVRIERE DES METIERS DE LA PHARMACIE, DES LABORATOIRES D'ANALYSES ET DE BIOLOGIE MEDICALE, DES CUIRS ET DE L'HABILLEMENT

Pour L'UNION FEDERALE DE L'INDUSTRIE ET DE LA CONSTRUCTION DE L'UNSA (UNSA INDUSTRIE ET CONSTRUCTION