

Avenant du 21 novembre 2019

**à l'accord collectif du 9 juillet 2015 relatif au régime de prévoyance des salariés
(maladie chirurgie maternité, décès-incapacité-invalidité)**

Entre d'une part,

- Les Entreprises du Médicament (Leem)
58, boulevard Gouvion-Saint-Cyr – PARIS 17ème

Et d'autre part :

- La Fédération Chimie Energie - F.C.E./C.F.D.T.
47/49, avenue Simon Bolivar - PARIS 19ème
- La Fédération CFE/CGC Chimie
33, rue de la république - PARIS 11ème
- La Fédération Chimie Mines Textiles Energie CFTC.
171, avenue Jean Jaurès – PARIS 19ème
- La Fédération Nationale des Industries Chimiques - C.G.T.
263, rue de Paris - Case postale 429 - MONTREUIL (93)
- La Fédération Nationale de la Pharmacie - F.O.
7, passage Tenaille - PARIS 14ème
- L'Union Fédérale de l'Industrie et de la Construction - U.F.I.C. – U.N.S.A.
21, rue Jules Ferry – 93177 BAGNOLET

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

Conformément au protocole d'accord du 11 avril 2019 portant sur les conditions de mise en concurrence du régime professionnel de prévoyance de l'Industrie Pharmaceutique, du relevé de décision de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation du 21 novembre 2019 et des résultats du régime de prévoyance des salariés, il est convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Les dispositions de l'article 5 de l'accord collectif du 9 juillet 2015 sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 5. Organisme assureur recommandé

Eu égard aux objectifs de solidarité civile et de mutualisation des risques que le présent accord organise, les parties signataires du présent Accord recommandent à l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective de l'Industrie Pharmaceutique de confier la couverture des garanties définies dans le présent Accord aux organismes ci-après :

- L'APGIS, institution de prévoyance, régie par l'article L.931-1 du Code de la Sécurité Sociale, pour les risques Maladie-Chirurgie-Maternité,
- AXA France vie, entreprise régie par le Code des assurances, pour les risques Décès-Incapacité-Invalidité.

Cette recommandation prend effet à compter du 1er janvier 2020 et pour une durée maximum de cinq ans.

Ces organismes assureurs ont été sélectionnés parmi les organismes mentionnés à l'article 1er de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 au travers d'une procédure de mise en concurrence qui a fait l'objet d'un protocole d'accord en date du 11 avril 2019.

La gestion des prestations de l'ensemble des risques tant Maladie-Chirurgie-Maternité que Décès-Incapacité-Invalidité est confiée pour la même période de 5 ans, au plus, à l'APGIS, ainsi que la gestion du fonds sur le haut degré de solidarité et du fonds collectif santé.

La gestion assurée par l'APGIS peut être déléguée à un tiers, à l'exception de la gestion du fonds sur le haut degré de solidarité et du fonds collectif santé et sous réserve que cette délégation n'altère pas la qualité du suivi technique du Régime et les informations destinées au comité en application des articles 4 et 7 du présent accord. Le comité paritaire de gestion est informé des délégations de gestion acceptées et mises en œuvre par l'APGIS.

Conformément à l'article L.912-1 du Code de la sécurité Sociale, les parties signataires du présent accord décident de procéder à un réexamen des modalités d'organisation de la mutualisation des risques couverts par le Régime Professionnel Conventionnel tous les 5 ans au moins à compter du 1er janvier 2020.

En cas de changement d'assureur(s) et conformément à l'article L.912-3 du Code de la Sécurité sociale, est organisée la poursuite de la revalorisation future des prestations en espèces résultant du décès, de l'incapacité de travail temporaire ou permanente ainsi que le maintien des garanties

conventionnelles décès prévues pour les bénéficiaires de prestations en espèces d'incapacité permanente ou temporaire.

Les modalités de la poursuite des revalorisations et le maintien des garanties visés à l'alinéa précédent sont décidés par le comité paritaire de gestion. »

Article 2

Les dispositions de l'article 17.1 de l'accord collectif du 9 juillet 2015 sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

« 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 en mesure de prouver l'absence de perception d'un revenu d'activité ou de remplacement par la fourniture du dernier avis d'imposition ;
- 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 des études secondaires ou supérieures ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre Nationale d'Enseignement à Distance). Lorsque l'enfant de l'assuré est reconnu invalide ou handicapé, avant son 27ème anniversaire, la limite d'âge de 27 ans ne s'applique pas.

Les membres de la famille à charge bénéficient du présent régime pendant toute la période pendant laquelle l'assuré au titre duquel ils bénéficient du régime reste dans le présent 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). Si ce conjoint, concubin ou partenaire de PACS bénéficie par ailleurs d'un régime de remboursement des frais de soins de santé, la garantie n'intervient qu'après intervention de ce régime et pour un complément éventuel. En cas de divorce, de fin de vie en concubinage ou de PACS, les prestations exposées sous le numéro de sécurité sociale de l'ancien conjoint, concubin, partenaire de PACS ne sont plus remboursées par le régime.

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, 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 ;

- Percevoir une rémunération brute conforme aux dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles, attestée par une copie de la fiche de paie 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. »

Article 3

Les dispositions de l'article 17.2 de l'accord collectif du 9 juillet 2015 sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

Les remboursements sont effectués en complément des prestations en nature de tout régime maladie-chirurgie-maternité, à l'exception des garanties monture et verres selon les modalités suivantes :

- soit, sur la base des remboursements utilisés par la sécurité sociale (BR) et/ ou du ticket modérateur (TM) ;
- 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 ; dans le cadre du « 100% santé » les frais réels sont limités aux Prix Limites de vente ou aux Honoraires Limites de Facturation prévus par le 100% santé ;
- ou encore selon des remboursements forfaitaires dont le montant est modifié, par avenant au présent accord, sur proposition du comité paritaire de gestion.

La couverture maladie-chirurgie-maternité n'intervient qu'en complément des remboursements effectués par les régimes maladie et maternité de la sécurité sociale sauf exceptions explicitement indiquées dans le tableau des garanties ci-dessous.

En tout état de cause, le présent régime se conforme au cahier des charges du contrat responsable tel que défini au titre VII du livre VIII du code de la sécurité sociale. A cet effet, les remboursements indiqués ci-après peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration de manière à respecter les minima et les maxima prévus dans le cadre du contrat responsable. A titre d'exemple, le remboursement de la grille optique peut être majoré pour respecter le minimum du contrat responsable en cas d'équipement partiel.

De même, le présent régime respecte les minima de prise en charge mentionnées au II de l'Article L. 911-7 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 responsable.

Le montant des remboursements est fixé comme suit :

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS	
HOSPITALISATION		
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	
Frais de séjour	100 % TM + 100 % BR	
Honoraires (consultations et actes) :	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
- Médicaux	100 % TM + 120 % BR	100 % TM + 100 % BR
- Chirurgicaux	100 % TM + 280 % BR	100 % TM + 100 % BR
Chambre particulière non remboursée par le RO	40 € par jour limité à 5 jours en cas de maternité	
Lit d'accompagnement d'un bénéficiaire âgé de moins de 12 ans non remboursés par le RO	23 € par jour, sur présentation d'un certificat médical	
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux :	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
- Consultations et visites	100 % TM + 70 % BR	100 % TM + 50 % BR
- Actes techniques médicaux	100 % TM + 250 % BR	100 % TM + 100 % BR
- Actes d'imagerie médicale	100 % TM + 120 % BR	100 % TM + 100 % BR
Majoration et déplacement	100 % TM	
Honoraires paramédicaux	100 % TM	
Analyses et examens de laboratoire	100 % TM	
Médicaments remboursés par le RO	100 % TM	
Matériel médical (hors aides auditives et optique)	185 % BR	
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 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		
Equipement « 100% SANTE » *	A compter du 01/01/2021 : 100% FR *	
Prothèse auditive (toute prothèse auditive en 2020 et Hors « 100% Santé » - Tarif libre à compter du 1^{er} janvier 2021	1 000 € par oreille appareillée, limité à 1700€ y compris le remboursement RO	
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	185 % BR	
OPTIQUE		
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 exception réglementaire. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées		
Equipement « 100% SANTE »* Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres	100% FR *	

Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre* :						
- Par monture :						
Bénéficiaire de 16 ans ou plus		100 € par monture				
Bénéficiaire de moins de 16 ans		60 € par monture				
- Par verre		Voir grille garantie par verre ci-dessous				
- Prestations d'adaptation		100% TM				
Lentilles correctrices :						
- Remboursées ou non remboursées par le RO (y compris jetables)		120 € par an et par bénéficiaire				
Chirurgie réfractive et assimilée		250 € par œil				
Matériel médical optique		185 % BR				
GARANTIE PAR VERRE SELON LE BESOIN DE CORRECTION (MESURE DE LA SPHÈRE EN DIOPTRIES)						
Hypermétrope	CYLINDRE	De 0 à +2	De +2,25 à +4	De +4,25 à +6	De +6,25 à +8	Au-delà de +8
Myope		De 0 à -2	De -2,25 à -4	De -4,25 à -6	De -6,25 à -8	Au-delà de -8
Verre uni-focal	Verre sans cylindre	62 €	73 €	86 €	102 €	128 €
	Verre avec 0 < cylindre ≤ 4	68 €	80 €	95 €	113 €	141 €
	Verre avec cylindre > 4	70 €	80 €	95 €	113 €	141 €
Verre multifocal ou progressif	Verre sans cylindre	145 €	167 €	185 €	215 €	270 €
	Verre avec cylindre > 0	165 €	190 €	210 €	245 €	306 €
DENTAIRE						
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » *		100% FR *				
Soins Hors « 100% SANTE » * :						
- Soins dentaires		100 % TM				
- Inlays-Onlays		300 % BR				
Prothèses Hors « 100% SANTE » * :						
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre		330 % BR				
- Inlays-core Tarif maîtrisé et libre		140 % BR				
- Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)		330 % BRR				
Orthodontie :						
- Remboursée par le RO		Avec devis : 280% BR				Sans devis : 230 % BR
- Non remboursée par le RO		Avec devis : 280% BRR				Sans devis : 230% BRR
Limité à 6 semestres par bénéficiaire						
AUTRES GARANTIES						
Transport		100 % TM				
Cure thermique :						
- Forfait thermal et surveillance médicale		100 % TM				
Médecine douce :						
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étio-pathe		30 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire				

ABREVIATIONS UTILISEES :

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, l'Institution applique le tarif d'autorité de cet organisme.

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 ».

En complément des garanties conventionnelles précisées ci-dessus qui s'appliquent obligatoirement à tous les bénéficiaires visés à l'article 11, les salariés des entreprises adhérentes au Régime Professionnel Conventionnel Maladie-Chirurgie-Maternité assuré par l'assureur recommandé visé à l'article 5 du présent accord, et leurs ayants droit tels que définis à l'article 17-1, bénéficient pour 2020, d'une garantie téléconsultation médicale. Il s'agit de la possibilité d'avoir accès 24h/24, 7j/7 partout dans le monde à une consultation de médecine générale réalisée par téléphone avec un médecin inscrit à l'Ordre des Médecins. Cette garantie s'applique aussi aux adhérents facultatifs définis à l'article 12 ainsi qu'aux bénéficiaires du régime prévu par l'accord du 22 juin 2007 sur le régime des anciens salariés.

Article 4

Les dispositions de l'article 24 de l'accord collectif du 9 juillet 2015 sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Le régime supplémentaire s'applique selon des modalités identiques à celles prévues à l'article 17 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/ou 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 :

NATURE DES GARANTIES		PRESTATIONS				
HOSPITALISATION						
Chambre particulière non remboursée par le RO		6 € par jour limité à 5 jours en cas de maternité				
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux : - Consultations et visites - Actes d'imagerie médicale		Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)		Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)		
		50 % BR 30 % BR		50 % BR -		
Honoraires paramédicaux		30 % BR				
Analyses et examens de laboratoire		30 % BR				
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 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						
Prothèse auditive (toute prothèse auditive en 2020 et Hors « 100% Santé » - Tarif libre à compter du 1 ^{er} janvier 2021		200 € par oreille appareillée, limité à 1700€ y compris le remboursement RO et le RPC				
OPTIQUE						
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 exception réglementaire. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées						
Équipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre* : - Par monture : Bénéficiaire de moins de 16 ans		15 € par monture				
- Par verre		Voir grille garantie par verre ci-dessous				
Lentilles correctrices : - Remboursées ou non remboursées par le RO (y compris jetables)		100 € par an et par bénéficiaire				
Chirurgie réfractive et assimilée		250 € par œil				
GARANTIE PAR VERRE SELON LE BESOIN DE CORRECTION (MESURE DE LA SPHÈRE EN DIOPTRIES)						
Hypermétrope	CYLINDRE	De 0 à +2	De +2,25 à +4	De +4,25 à +6	De +6,25 à +8	Au-delà de +8
Myope		De 0 à -2	De -2,25 à -4	De -4,25 à -6	De -6,25 à -8	Au-delà de -8
Verre uni-focal	Verre sans cylindre	25 €	29 €	34 €	41 €	51 €
	Verre avec 0 < cylindre ≤ 4	27 €	32 €	38 €	45 €	57 €
	Verre avec cylindre > 4	27 €	32 €	38 €	45 €	57 €
Verre multifocal ou progressif	Verre sans cylindre	58 €	67 €	74 €	86 €	80 €
	Verre avec cylindre > 0	66 €	76 €	84 €	55 €	44 €
DENTAIRE						
Soins Hors « 100% SANTE »* : - Soins dentaires - Inlays-Onlays		30 % BR 100 % BR				
Prothèses Hors « 100% SANTE »* : - Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre - Prothèses dentaires non remboursées par le RO		100 % BR 100 % BR				

Orthodontie :	
- Remboursée par le RO	100% BR
- Non remboursée par le RO	100% BR
Limité à 6 semestres par bénéficiaire	

ABREVIATIONS UTILISEES :

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, l'Institution applique le tarif d'autorité de cet organisme.

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

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

»

Article 5 - Cotisations des couvertures décès-incapacité-invalidité et maladie-chirurgie-maternité du régime de prévoyance conventionnel (RPC) du régime de prévoyance des salariés

Les dispositions de l'article 18.2 de l'accord collectif du 9 juillet 2015 sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

« A la fin de chaque année, compte tenu des résultats financiers du Régime Professionnel Conventionnel, 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 qui suit :

- Pour l'année 2020, la cotisation afférente au risque Décès-Incapacité-Invalidité sera appelée à 96,66% de son montant, soit au taux de 1,45 % de la base des cotisations.
- Pour l'année 2020, les cotisations afférentes au risque Maladie-Chirurgie-Maternité, toutes contributions sociales ou fiscale et taxes incluses, seront appelées à 91,67% pour la cotisation fixée en % du plafond annuel de la Sécurité sociale et à 92,16% pour la cotisation fonction de la base des cotisations, soit au taux de 1,21% du plafond annuel de la sécurité sociale et au taux de 0,94% de la base des cotisations.
- Pour les assurés affiliés au régime local de la sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, pour tenir compte des différences de prestations prises en charge par le régime local par rapport au régime général, les cotisations afférentes au risque Maladie-Chirurgie-Maternité seront appelées à 55% des taux appelés indiqués ci-dessus, soit au taux de 0,67% du plafond annuel de la Sécurité sociale et au taux de 0,52% de la base des cotisations. »

Les dispositions de l'article 18.4 de l'accord collectif du 9 juillet 2015 sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Les cotisations des adhérents à titre facultatif (article 12 de l'accord du 9 juillet 2015) au Régime Maladie-Chirurgie-Maternité, toutes contributions sociales ou fiscale et taxes incluses, sont fixées comme suit :

- Par assuré facultatif : 1,96% du plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- Par enfant : 1,46% du plafond annuel de la Sécurité sociale.

Elles sont appelées à 100% de leur montant pour 2020.

Pour les assurés facultatifs affiliés au régime local de la sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, pour tenir compte des différences de prestations prises en charge par le régime local par rapport au régime général, les cotisations des adhérents à titre facultatif au risque Maladie-Chirurgie-Maternité sont appelées à 55% des taux appelés indiqués ci-dessus, soit au taux de 1,08 % par assuré facultatif et 0,80% par enfant. »

Article 6 - Cotisations des couvertures décès-incapacité-invalidité et maladie-chirurgie-maternité du régime supplémentaire (RS) du régime de prévoyance des salariés

Les dispositions de l'article 25 de l'accord collectif du 9 juillet 2015 sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

« 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.

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 2020, la cotisation afférente au risque décès-incapacité-invalidité, fixée à 0,30 % de la base des cotisations afférente au risque décès-incapacité-invalidité définie à l'article 13.1 de l'accord du 9 juillet 2015 relatif au régime de prévoyance des salariés, sera appelée à 100 % de son montant.

Les cotisations afférentes au risque maladie-chirurgie-maternité, toutes contributions ou cotisations sociales ou fiscales incluses, sont fixées à 0,28 % du plafond de la sécurité sociale et à 0,24 % de la base des cotisations afférente au risque maladie-chirurgie-maternité définie à l'article 13.1 de l'accord du 9 juillet 2015 relatif au régime de prévoyance des salariés.

Pour l'année 2020, elles seront appelées respectivement à 50,00 % et 45,83 % de leurs montants, soit au taux de 0,14 % du plafond annuel de la sécurité sociale et au taux de 0,11 % de la base des cotisations visée ci-dessus pour l'ensemble des assurés, y compris ceux affiliés au régime local de la sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

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 le part salarié.

Les cotisations des adhérents à titre facultatif au régime maladie-chirurgie-maternité visés à l'article 18.4 de l'accord du 9 juillet 2015 relatif au régime de prévoyance des salariés, toutes contributions sociales ou fiscales et taxes incluses, sont fixées comme suit :

- Par assuré facultatif : 0,31 % du plafond annuel de la sécurité sociale ;

- Par enfant : 0,24 % du plafond annuel de la sécurité sociale.

Pour l'année 2020, elles sont appelées à 75 % de leur montant :

- Par assuré facultatif : 0,23 % du plafond annuel de la sécurité sociale ;
- Par enfant : 0,18 % du plafond annuel de la sécurité sociale. »

Article 7 - Entrée en vigueur

Le présent accord entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020.

Article 8 - Entreprises de moins de 50 salariés

Les signataires conviennent que le contenu du présent accord ne justifie pas de prévoir pour les entreprises de moins de cinquante salariés des dispositions spécifiques types telles que prévues à l'article L.2261-23-1 du code du travail.

Article 9 – Extension

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social l'extension du présent accord.

Article 10 - Dépôt

Conformément aux articles L. 2231-6 et R. 2231-2 du code du Travail, le présent accord collectif sera déposé en deux exemplaires à la Direction.

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-CGC	- Pour la Fédération Nationale de la Pharmacie – F.O.
- Pour la Fédération Chimie Mines Textiles Energie - C.F.T.C.	- L'Union Fédérale de l'Industrie et de la Construction - U.F.I.C.-U.N.S.A.