

2008 La nouvelle donne...

édito

L'année 2007 marque une étape importante dans l'évolution du Régime de Prévoyance de l'Industrie Pharmaceutique qui couvre aujourd'hui plus de 150 000 personnes protégées, salariés, anciens salariés et leurs familles.

Avec près de 200 Millions d'actifs gérés en prévoyance et en santé et un résultat équilibré pour tous les risques, le régime a montré qu'il avait su faire face à l'évolution de la sinistralité sur le passé. Mais piloter un régime de protection sociale complémentaire sur le long terme consiste aussi à anticiper les évolutions à venir.

Or l'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation des dépenses de santé imposent de réfléchir dès à présent au financement des régimes de protection sociale complémentaire, et ce d'autant plus que les nouvelles normes comptables qui s'appliquent aux entreprises rendent aujourd'hui très coûteux le maintien d'une solidarité directe entre les actifs et les anciens salariés.

Confrontés aux évolutions de l'environnement, les partenaires sociaux de la branche ont su être pro-actifs pour adapter le régime au nouveau contexte économique et trouver des solutions innovantes pour préserver la solidarité professionnelle qui fait la force d'un régime de branche.

Ce ne fut pas chose facile car faire évoluer implique de faire des choix, de remettre en cause des avantages, de hiérarchiser les priorités, de concilier les impératifs économiques des entreprises et les attentes des salariés.

Deux objectifs communs ont toutefois permis de faire converger les travaux des organisations syndicales d'employeurs et de salariés. Pour tous, l'objectif principal était d'assurer la pérennité du régime professionnel conventionnel tant pour les actifs que pour les anciens salariés. Le second objectif partagé par les partenaires sociaux de la branche était de répondre aux attentes des assurés concernant l'amélioration des prestations sans hausse de cotisations.

Le nouvel accord signé le 22 juin 2007 répond à ces deux objectifs. Il organise la solidarité professionnelle et favorise la responsabilisation des assurés pour bénéficier de prestations améliorées en maîtrisant les coûts.

Ce numéro spécial de Contact présente les principales évolutions du Régime Professionnel Conventionnel* qui entreront en vigueur au 1er janvier 2008. Il n'a pas de portée contractuelle et ne remplace pas la notice d'information de votre régime qui vous sera remise par ailleurs.

Bonne lecture

Le Comité Paritaire de Gestion

* Lorsque l'entreprise a mis en place un régime complémentaire qui complète les prestations du Régime Professionnel Conventionnel (RPC⁽¹⁾ ou RPC⁽¹⁾ +RS⁽²⁾), le régime complémentaire doit être aménagé pour tenir compte des nouvelles dispositions conventionnelles. En complément de Contact qui présente la philosophie du nouvel accord, chaque assuré recevra avant la fin de l'année une notice d'information indiquant précisément les prestations dont il bénéficiera au 1er janvier 2008.

⁽¹⁾ ⁽²⁾ Définition page 8.

S O M M A I R E

Le régime en 2007

- 150 000 personnes protégées
- Une situation financière solide

Le nouvel accord en bref

- Assurer la pérennité du Régime Professionnel Conventionnel et favoriser la mutualisation professionnelle
- Répondre aux attentes des assurés en maîtrisant l'évolution des coûts

Nouveautés à compter du 1^{er} janvier 2008

- Garantie nouvelle pour les actifs : le fonds collectif santé
- Nouveau régime facultatif pour les ayants droit non couverts par la cotisation du salarié
- Evolution de la structure de cotisation du régime santé des anciens salariés

Ce qui change au 1^{er} janvier 2008

Décès

- Meilleure protection de la famille en cas de décès du salarié
- Nouvelle définition des enfants à charge pour les couvertures décès
- Nouveau mode de calcul de la base des prestations décès
- Evolution des couvertures en cas de décès du conjoint
- Suppression de la majoration pour décès accidentel dans le RPC⁽¹⁾ et intégration dans le RS⁽²⁾

Arrêt de travail

- Intervention du régime dès la fin de la période de maintien de salaire par l'employeur
- Harmonisation des couvertures quelle que soit la durée de l'arrêt de travail
- Maintien d'un meilleur niveau de couverture en cas d'arrêt lié à un accident ou une maladie professionnelle
- Possibilité de bénéficier des augmentations de salaire en cas de reprise d'activité à temps partiel

Maladie-Chirurgie

- Remboursement majoré en optique et dentaire pour les prestations ayant fait l'objet d'un devis préalable
- Amélioration de remboursement pour certains postes : consultations, forfait journalier hospitalier, lentilles, prothèses auditives ...

Maternité

- Prime de maternité remplacée par le remboursement des dépenses de santé liées à la maternité.

Le régime en 2007...



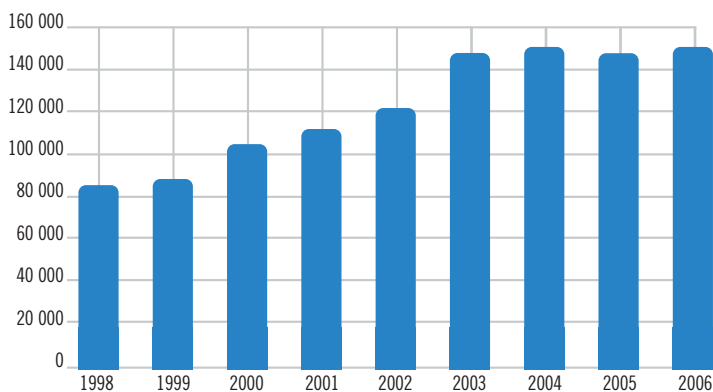
Plus de 150 000 personnes, salariés, anciens salariés et leur famille, participent aujourd'hui à la mutualisation professionnelle

L'industrie du médicament a été l'une des premières branches professionnelles à mettre en place un régime de protection sociale complémentaire pour les frais médicaux et les risques de décès, incapacité de travail et invalidité.

L'accord de prévoyance de l'Industrie Pharmaceutique concerne l'ensemble des salariés des entreprises du médicament.

Après une très forte augmentation des effectifs au début des années 2000 et une légère baisse en 2005, l'exercice 2006 marque le retour à la croissance des effectifs du Régime Professionnel Conventionnel, pour les actifs comme pour les anciens salariés.

En 10 ans, les effectifs couverts par le Régime Professionnel Conventionnel ont presque doublé



Une situation financière solide

Le retour à l'équilibre du risque arrêt de travail

L'exercice 2006 confirme les bons résultats du risque arrêt de travail en partie anticipés en 2005. Ce risque contribue à hauteur de 7,1 M€ au résultat 2006. Ces bons résultats sont principalement dus à l'évolution plus favorable que prévue des arrêts de travail intervenus en 2004 et 2005.

Compte tenu de la nature du risque et des délais de consolidation, il est encore trop tôt pour savoir si l'exercice 2006 confirmera cette tendance. Les premiers éléments disponibles sont toutefois encourageants.

Ces tendances favorables ont permis au comité paritaire de gestion de reconduire en 2007 le taux de revalorisation des prestations appliqué en 2006 (1,70%).

Le maintien d'une très faible sinistralité en décès montre que la mortalité des salariés de la branche est très inférieure à la moyenne nationale.

Le résultat du risque décès contribue une fois de plus de façon très favorable au résultat technique du régime (+2,2 M€ en 2006).

Les bons résultats du régime maladie des actifs sont principalement dus à la faible évolution des prestations en 2005 et 2006.

Le montant des prestations du régime maladie des actifs est resté stable en 2006 alors que le volume des cotisations a suivi la hausse des effectifs et des bases de cotisations (plafond annuel de la Sécurité sociale et masse salariale).

Ces évolutions ont permis de dégager un excédent de près de 6,0 M€ en 2006.

Le premier semestre 2007 semble toutefois montrer que le ralentissement de la croissance des prestations n'était que passager. Il convient donc d'être prudent sur les prévisions d'évolution des charges du régime pour 2007.

Le retour à l'équilibre technique du régime maladie des anciens salariés fait suite à plusieurs années de déficit financé par la réserve de couverture des anciens salariés.

L'augmentation de 6% des cotisations en 2005 et de 7% en 2006 et le ralentissement de la hausse des prestations ont permis de rétablir l'équilibre technique du régime maladie des anciens salariés en 2006.

La structure des prestations santé est différente entre les actifs et les anciens salariés

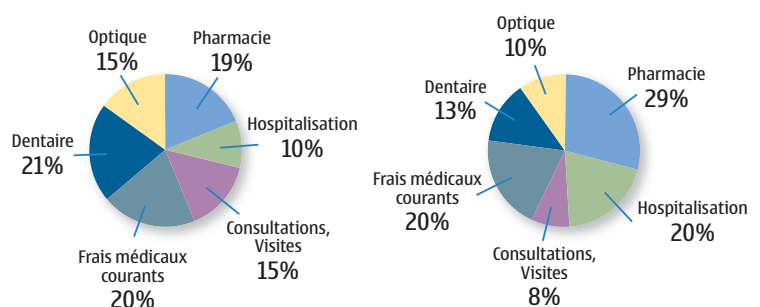
La structure des prestations santé a peu évolué en 2006 pour les actifs comme pour les anciens salariés. La structure par poste reste toutefois très différente entre les actifs et les anciens salariés avec :

- une prépondérance des postes pharmacie et hospitalisation pour les anciens salariés (respectivement 29% et 20% du total des consommations contre 19% et 10% pour les actifs) ;
- un poids plus important des postes dentaire, optique et consultation pour les actifs (respectivement 21%, 15% et 15% du total des consommations contre 13%, 10% et 8% pour les anciens salariés).

Structure des remboursements du Régime Professionnel Conventionnel

Régime des actifs

Régime des anciens salariés





UNE SITUATION FINANCIÈRE SOLIDE AVEC UN ACTIF CANTONNÉ DE 200 M€

La bonne santé financière a permis de financer la constitution des provisions au-delà des minimums réglementaires.

La gestion technique et financière organisée depuis 2000 a permis la constitution intégrale des provisions réglementaires nécessaires au financement des sinistres en cours. Elle a aussi permis la mise en place de provisions supplémentaires pour financer les revalorisations futures.

Compte tenu des bons résultats 2006 et du niveau des réserves, le comité paritaire de gestion a décidé d'augmenter de 0,25% le taux utilisé pour le provisionnement des revalorisations futures des prestations périodiques. Le taux de revalorisation provisionné a été ainsi porté à 1,5% au 01/01/2007.

Le comité paritaire de Gestion a également décidé de provisionner la revalorisation des bases de prestations décès pour les salariés en arrêt de travail.

Fin 2006, le montant des provisions techniques du régime approche les 150 M€ auxquels s'ajoutent près de 50 M€ de fonds et réserves.

Les fonds et réserves du régime ont progressé de plus de 50% en 2006. Les réserves dépassent ainsi le montant qu'elles avaient atteint en 2000 avant la dégradation de la sinistralité.

En prévoyance, les 21,3 M€ de réserves représentent six mois de cotisations et moins de 20% des provisions. Compte tenu de la volatilité des risques prévoyance, notamment du risque décès, le montant des réserves représente une marge de sécurité confortable mais adaptée aux risques assurés et qui permettra de faire face aux fluctuations de sinistralité.

En santé, la réserve générale des actifs atteint 17,5 M€ fin 2006 ce qui représente près de 5 mois de cotisations (41% des cotisations) et dépasse le plafond initialement fixé à 30%. Cette situation favorable a permis aux partenaires sociaux de la branche de prévoir dans le nouvel accord de prévoyance une dotation initiale de 4,2 M€ pour le fonds collectif santé.

Au total, l'actif cantonné du Régime de l'Industrie Pharmaceutique représente Près de 200 M€ en valeur comptable.

En Millions d'euros	2006
Provisions techniques	150,24
Provisions risque décès	24,35
Provisions risque arrêt de travail	117,16
Provisions risque maladie - actifs	6,94
Provisions risque maladie - anciens salariés	1,79
Reserves Prévoyance	24,30
Réserves et provision pour égalisation	21,30
Fonds de revalorisation	3,00
Reserves maladie	24,90
Réserves et provision pour égalisation	19,00
Réserves de couverture des retraités	5,60
Provision des retraités cadres	0,30
Ensemble	199,44

Les bonnes performances financières permettent de constater des excédents financiers qui s'ajoutent aux résultats techniques et contribue à l'augmentation des réserves.

En 2006 comme en 2005, le taux de rendement 2006 distribué dans les comptes a été de 4,8%.

Ce taux très supérieur au taux minimum nécessaire pour financer les intérêts techniques escomptés dans le calcul des provisions a permis de dégager des excédents financiers qui s'ajoutent aux résultats techniques constatés.

Synthèse de l'évolution des taux de rendement :

Exercice	Taux de rendement financier
2002	6.00%
2003	6.00%
2004	5.20%
2005	4.80%
2006	4.80%
Taux moyen 5 exercices	5.36%

Cette situation financière solide facilite la mise en œuvre du nouvel accord signé par les partenaires sociaux le 22 juin 2007.

Le nouvel accord en bref...



Assurer la pérennité du Régime Professionnel Conventionnel

A compter du 1^{er} janvier 2008, le régime des actifs comporte une garantie nouvelle, le fonds collectif santé, qui apporte une solution innovante et pérenne pour préfinancer une partie de la cotisation santé des anciens salariés, sans contrainte de provisionnement pour les entreprises.

La bonne situation financière du régime a par ailleurs permis d'utiliser une partie des réserves pour financer cet avantage pour les anciens salariés adhérents au Régime Professionnel Conventionnel ainsi que pour les actifs proches de la retraite. Tous les adhérents du Régime Santé des anciens salariés bénéficieront du même avantage dès lors qu'ils sont anciens salariés d'entreprises qui cotisent au fonds collectif santé. Cet avantage se concrétisera par la prise en charge d'une partie de leur cotisation santé par la réserve de couverture des anciens salariés (mécanisme de "l'abondement"). Le montant de cet abondement sera défini chaque année par le Comité Paritaire de Gestion. Il a été fixé à 60€ par an et par ancien salarié pour 2008.

Autre changement important au 1^{er} janvier 2008, la structure des cotisations santé du régime des anciens salariés évolue. Les cotisations restent indépendantes de l'âge pour maintenir une solidarité entre les générations mais la cotisation forfaitaire des anciens salariés est remplacée par une cotisation fixée en fonction du revenu de remplacement afin de mettre en place une solidarité fonction des revenus, comme c'est le cas dans le régime des actifs. La nouvelle grille de cotisations est compétitive, même pour les revenus les plus élevés, grâce à la taille du régime et à la mutualisation professionnelle.

Répondre aux attentes des assurés en maîtrisant l'évolution des coûts

Le nouvel accord prévoit des améliorations de prestations en santé et en décès avec un aménagement du niveau des couvertures arrêt de travail pour limiter l'évolution des coûts et éviter que l'indemnisation des personnes en arrêt ne dépasse leur rémunération nette d'activité.

Pour la couverture des frais de soins de santé

L'amélioration des prestations vise principalement les postes qui étaient exprimés en forfait et dont le montant ne suivait pas forcément l'évolution du coût des prestations réelles (principalement consultations et visites de généralistes et de spécialistes, forfait journalier en cas d'hospitalisation) ainsi que les postes les moins bien remboursés par la Sécurité sociale (optique et dentaire).

Le nouvel accord prévoit désormais un meilleur remboursement pour les verres de lunettes et les prothèses dentaires lorsque ces prestations ont fait l'objet d'un devis préalable. Cette procédure du devis dont l'objectif est uniquement pédagogique, laisse l'assuré entièrement libre du choix

du professionnel de santé. Elle vise essentiellement à maîtriser le coût des prestations et à faire connaître à l'assuré son reste à charge avant d'engager les frais.

Une autre évolution majeure concerne la couverture des frais de soins de santé pendant le congé maternité qui n'étaient pas couverts dans le précédent accord. Seule une prime forfaitaire de maternité était versée. Dans le nouvel accord, cette prime de maternité est remplacée par la prise en charge des frais de santé liés à la maternité dans les mêmes conditions que les frais de soins de santé liés à la maladie ou à l'hospitalisation, y compris les frais de chambre particulière qui sont limités à 5 jours pour la maternité.

Le nouvel accord permet de plus aux conjoints des salariés non couverts par la cotisation obligatoire (conjoints non à charge au sens de la Sécurité sociale) de bénéficier des prestations du régime Maladie-Chirurgie-Maternité moyennant le paiement d'une cotisation facultative.

Pour le risque décès

La couverture des familles est améliorée. En parallèle, les modalités de calcul de la base des prestations et la définition des enfants à charge change ce qui peut avoir, selon la situation familiale, des impacts positifs ou négatifs sur le niveau des couvertures. En revanche, certaines couvertures jugées aujourd'hui moins prioritaires compte tenu de la fréquence sont réduites ou supprimées (suppression du capital en cas de décès du conjoint après celui de l'assuré, suppression de la majoration pour décès accidentel au niveau du RPC ; la majoration pour décès accidentel est toutefois intégrée au RS).

Pour la couverture en cas d'arrêt de travail

La couverture est désormais uniforme quelle que soit la durée de l'arrêt de travail. Elle intervient en relais du maintien de salaire par l'employeur prévu par la convention collective.

En décès comme en arrêt de travail, les cotisations et les prestations sont étendues à la tranche C des rémunérations, c'est-à-dire aux rémunérations qui dépassent quatre fois le plafond de la Sécurité sociale.

En matière de cotisations

Ces évolutions se font à cotisations inchangées en santé pour le RPC et avec une baisse des cotisations pour le RS santé. En prévoyance, les évolutions de couverture et les résultats techniques permettent une baisse des taux de cotisations appelés au 1^{er} janvier 2008 pour le RPC avec un maintien des taux du RS. La cotisation nouvelle au fonds collectif santé financée à 60% par l'employeur et 40% par le salarié s'ajoute à ces cotisations.

Au final, les assurés bénéficient d'une couverture mieux adaptée pour un niveau de cotisation globalement peu modifié puisque la cotisation forfaitaire augmente du fait de la mise en place du fonds collectifs santé mais la cotisation sur salaire diminue.

2008
La nouvelle
donne...



NOUVEAUTÉS

À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2008

Garantie nouvelle pour les actifs : le fonds collectif santé

L'accord de prévoyance du 22 juin 2007 prévoit la mise en place d'un fonds collectif santé destiné à préfinancer une partie de la cotisation santé des adhérents au régime des anciens salariés.

Une cotisation définie de 0,15% du plafond annuel de la Sécurité sociale

Cette nouvelle cotisation sera applicable pour tous les salariés des entreprises qui ne disposent pas déjà d'un système similaire. Le financement de cette cotisation sera réparti entre l'employeur et le salarié (60% / 40%). Ainsi, la cotisation du salarié sera de l'ordre de 1,66€ par mois (en prenant pour hypothèse un plafond Sécurité sociale de 2 773€ par mois en 2008).

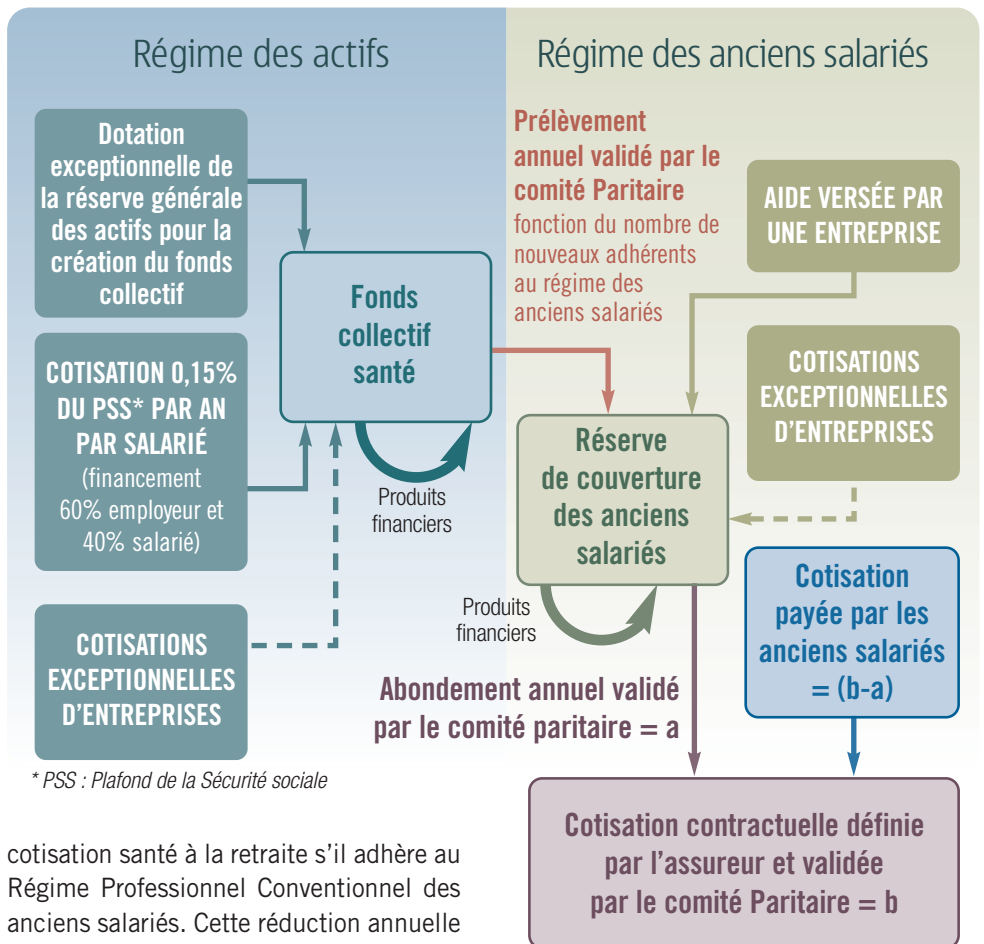
Une gestion mutualisée

Cette cotisation alimentera un fonds collectif à droits mutualisés. Elle ne donnera lieu à aucun compte individuel ni droits acquis pour les salariés.

Le préfinancement d'une partie des cotisations santé au régime de branche des anciens salariés

L'objectif du fonds collectif santé est d'organiser le préfinancement d'une partie de la cotisation santé des salariés qui adhéreront au régime frais de santé des anciens salariés.

En pratique, cela signifie que tout salarié ayant cotisé au fonds collectif santé pourra bénéficier d'une réduction annuelle de sa



* PSS : Plafond de la Sécurité sociale

cotisation santé à la retraite s'il adhère au Régime Professionnel Conventionnel des anciens salariés. Cette réduction annuelle appelée abondement sera mise en œuvre dès le 1er janvier 2008 dans le régime des anciens salariés(a). En revanche, les salariés quittant le régime de branche avant la retraite ou qui n'adhéreront pas au régime de branche des anciens salariés ne pourront pas bénéficier de cet abondement destiné à favoriser la mutualisation professionnelle au sein du Régime Professionnel Conventionnel afin d'assurer la solidarité entre les générations.

(a) Pour 2008, le montant de l'abondement a été fixé à 60€, soit 5€ par mois par ancien salarié.



2008 La nouvelle donne...

* Rappel :

Bénéficiaire automatiquement des prestations du régime Maladie-Chirurgie-Maternité (sans cotisation complémentaire) comme ayants droit du salarié :

- Le conjoint (concubin, Pacsé) couvert par la Sécurité sociale au titre d'ayant droit du salarié ;
- Les enfants du salarié à sa charge au sens des prestations en nature du régime général de la Sécurité sociale et des régimes assimilés ;
- Les enfants du salarié 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.
- Les enfants du salarié reconnu invalide ou handicapé à la date à laquelle il était ayant droit du régime,
- 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 (concubin, pacsé) dans le cas où ce conjoint (concubin, pacsé) 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.
- Les enfants du salarié ou de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS se trouvant sous contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation, conforme à la réglementation en vigueur, âgés de moins de 27 ans et percevant une rémunération conforme aux dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles en vigueur.



Nouveau régime facultatif santé pour les ayants droit non couverts par la cotisation du salarié

La définition des ayants droit couverts par la cotisation obligatoire du régime maladie-chirurgie-maternité des actifs ne change pas*.

En revanche, le nouveau régime introduit la possibilité pour les conjoints non à charge d'adhérer à titre facultatif au régime frais de santé en payant une cotisation.

Cette possibilité d'adhésion facultative est ouverte également, pour une durée maximum de 24 mois, aux enfants de l'assuré ou de son conjoint (concubin, pacsé) qui viennent de finir leurs études et qui sont inscrits comme demandeurs d'emploi.

Les enfants d'un enfant à charge peuvent également être couverts à titre facultatif en payant une cotisation. De même, peuvent adhérer au régime facultatif ainsi mis en place les stagiaires de l'entreprise qui n'ont pas le statut de salarié ainsi que les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour une raison autre que la maladie, l'accident et la maternité et qui cessent de bénéficier des couvertures du RPC pendant la durée de leur suspension de contrat de travail.

Les prestations sont les mêmes que celles des salariés. Les cotisations sont forfaitaires et fixées en fonction du plafond annuel de la Sécurité sociale.

Pour adhérer, chaque personne intéressée doit faire une demande d'adhésion auprès de l'APGIS (bulletin d'adhésion disponible sur le site internet du régime) :

www.prevoyancepharma.com

**TOUS LES CONJOINTS
PEUVENT DÉSORMAIS
BÉNÉFICIER DU MÊME
NIVEAU DE COUVERTURE
QUE LES SALARIÉS
EN ADHÉRANT AU
RÉGIME FACULTATIF
(RPC ou RPC + RS).**

NOUVEAUTÉS À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2008



Evolution de la structure des cotisations du régime santé des anciens salariés

Outre les améliorations de prestations santé identiques à celles des actifs, le nouvel accord sur le régime santé des anciens salariés introduit un nouveau système de cotisations.

Les cotisations restent indépendantes de l'âge pour favoriser la mutualisation inter-génération entre les anciens salariés de la branche. En revanche, à compter du 1^{er} janvier 2008, les cotisations des anciens salariés seront fonction du revenu de remplacement pour introduire une solidarité en fonction des revenus comme c'est le cas en période d'activité.

Au moment de l'adhésion au régime des anciens salariés, le revenu de remplacement est estimé égal à 60% du revenu d'activité figurant sur le dernier avis d'imposition. Ensuite, le revenu de remplacement pris en compte est le revenu "pension et retraite" mentionné sur le 1^{er} avis d'imposition mentionnant le revenu "pension et retraite" sur une année pleine. Si l'ancien salarié ne fournit pas d'avis d'imposition il acquitte la cotisation de la tranche la plus élevée.

Nouveaux taux de cotisations du régime des anciens salariés

Régime santé des anciens salariés

Taux de cotisation 2008

	Revenus de remplacement	Cotisations RPC		Cotisations RS	
		en % PSS	soit par mois*	en % PSS	soit par mois
Cotisations des anciens salariés**	24 000 ou moins	2,30%	63,78 €	0,62%	17,19 €
	de 24 001€ à 26 400€	2,42%	67,11 €	0,65%	18,02 €
	de 26 401€ à 28 800€	2,54%	70,43 €	0,68%	18,86 €
	de 28 801€ à 31 200€	2,66%	73,76 €	0,71%	19,69 €
	de 31 201€ à 33 600€	2,78%	77,09 €	0,74%	20,52 €
	de 33 601€ à 36 000€	2,90%	80,42 €	0,77%	21,35 €
	de 36 001€ à 38 400€	3,02%	83,74 €	0,80%	22,18 €
	de 38 401€ à 40 800€	3,14%	87,07 €	0,83%	23,02 €
	de 40 801€ à 43 200€	3,26%	90,40 €	0,86%	23,85 €
	de 43 201€ à 45 600€	3,38%	93,73 €	0,89%	24,68 €
	de 45 601€ à 48 000€	3,50%	97,06 €	0,92%	25,51 €
	de 48 001€ à 50 400€	3,62%	100,38 €	0,95%	26,34 €
	de 50 401€ à 52 800€	3,74%	103,71 €	0,98%	27,18 €
	de 52 801€ à 55 200€	3,86%	107,04 €	1,01%	28,01 €
de 55 201€ à 57 600€	3,98%	110,37 €	1,04%	28,84 €	
de 57 601€ à 60 000€	4,10%	113,69 €	1,07%	29,67 €	
	60 001€ et plus	4,10%	113,69 €	1,07%	29,67 €
Conjoint d'adhérent retraité ou veuf(ve) de l'adhérent		2,76%	76,53 €	0,76%	21,07 €
Adhérents non retraités (uniquement pour les bénéficiaires de l'annexe III de l'accord du 29 mai 2000 sur la prévoyance au 30 juin 2007)		2,34%	64,89 €	0,64%	17,75 €
Conjoint d'adhérent non retraité ou veuf(ve) de l'adhérent décédé en activité		2,34%	64,89 €	0,64%	17,75 €
Enfants à charge (gratuité à partir du 4 ^{ème} enfant)		1,17%	32,44 €	0,32%	8,87 €

*PSS = Plafond de la Sécurité sociale 2 682€ par mois en 2007, 2 773€ par mois en 2008.

De plus, les anciens salariés adhérents au Régime Professionnel Conventionnel des anciens salariés bénéficieront d'un abondement qui viendra réduire le montant de la cotisation à payer.

Le montant de l'abondement, identique pour tous, sera fixé chaque année par le Comité Paritaire de Gestion en fonction de l'équilibre du régime des anciens salariés et du montant disponible dans la réserve de couverture des anciens salariés. Pour 2008, le montant de l'abondement a été fixé à 60€, soit 5€ par mois.

** L'abondement de la réserve de couverture sera déduit de la cotisation du RPC pour les anciens salariés (5€ par mois pour 2008)





CE QUI CHANGE

Définitions

(1)- RPC = Régime Professionnel Conventionnel

Le RPC correspond au niveau minimum de couverture ; il s'applique obligatoirement à l'ensemble des salariés des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective de l'Industrie Pharmaceutique. Il est défini par l'accord collectif de branche.

(2)- RS = Régime Supplémentaire

Le RS est un régime additionnel qui complète les couvertures du RPC en prévoyance ou en santé pour les entreprises qui le souhaitent. Il est défini par l'accord collectif de branche. Toute entreprise adhérente au RPC peut décider librement de souscrire le RS prévoyance et/ou le RS santé pour l'ensemble de ses salariés.

L'ancien accord prévoyait trois niveaux de couverture en santé : le RS1, le RS2 et le RS+. La plupart des entreprises concernées par le RS ont adhéré au RS+. De ce fait, un seul RS santé proche du RS+ a été reconduit dans le nouvel accord. Les entreprises qui avaient adhéré à l'un des RS seront automatiquement affiliées au 01/01/2008 au nouveau RS sauf avis contraire de leur part.

(3)- Régimes complémentaires

Régimes souscrits directement par les entreprises pour améliorer les couvertures du RPC et/ou du RPC+RS. Les régimes complémentaires sont définis au niveau de chaque entreprise. L'évolution des couvertures du RPC et du RS au 1^{er} janvier 2008 impose une nécessaire évolution des régimes complémentaires puisque ces derniers doivent proposer au minimum les couvertures du RPC.

Contact ne traite que des modifications relatives au RPC et au RS. Renseignez-vous auprès de votre entreprise pour connaître les modifications éventuelles liées à votre régime complémentaire.

DÉCÈS

Meilleure protection de la famille en cas de décès du salarié

Le RPC permet au salarié de choisir entre un capital décès fonction de la situation de famille (option 1) ou un capital uniforme quelle que soit la situation de famille avec une rente éducation pour chaque enfant à charge (option 2).

A compter du 1^{er} janvier 2008, le **montant du capital prévu dans l'option 1 augmente de 30% de la base des prestations par personne à charge. Dans l'option 2, le montant de la rente éducation augmente de 4% de la base des prestations pour chaque tranche d'âge.** Le capital décès des assurés sans personne à charge reste inchangé.

Nouvelle définition des enfants à charge pour les couvertures décès

La définition retenue jusqu'à présent pour la garantie décès (enfant à charge au sens fiscal) pouvait conduire à exclure les enfants du salarié si ces derniers ne lui étaient pas fiscalement rattachés.

Le nouveau régime modifie cette définition à compter du 01/01/2008 afin de retenir comme enfants à charge tous les enfants du salarié (y compris les enfants adoptés) qui respectent les conditions d'âge suivantes :

- moins de 18 ans
- ou âgés de 18 à 27 ans s'ils poursuivent des études et sont régulièrement inscrits au régime de la Sécurité sociale des étudiants

- ou quel que soit leur âge s'ils sont infirmes et dans l'incapacité de subvenir à leurs besoins.

En revanche, les enfants du conjoint qui ne sont pas les enfants du salarié ne sont pas considérés comme des enfants à charge pour le bénéfice des couvertures décès même s'ils sont à la charge fiscale du salarié.

Attention : Cette définition des enfants à charge est valable uniquement pour la couverture décès (majoration du capital décès, rente éducation et capital en cas de prédécès d'une personne à charge). Une définition différente des ayants droit à charge est retenue pour la couverture frais de santé.

Important

Vérifiez si le choix de l'option décès que vous avez effectué correspond bien à votre situation de famille actuelle et surtout pensez à vérifier si la clause bénéficiaire est toujours adaptée.

Dans le doute, remplissez une nouvelle désignation bénéficiaire et revoyez votre choix d'option (document disponible sur le site internet du régime de prévoyance de l'Industrie Pharmaceutique www.prevoyancepharma.com)



LA BASE DE CALCUL DU CAPITAL DÉCÈS TIENT DÉSORMAIS COMPTE DE TOUTE LA CARRIÈRE DU SALARIÉ...

AU 1^{ER} JANVIER 2008

Nouveau mode de calcul de la base des prestations décès

Dans l'ancien accord, le capital décès était calculé en fonction de la rémunération des 12 mois qui précèdent le décès. Ainsi, si l'assuré était à mi-temps 12 mois avant son décès, le capital décès était calculé sur la base d'un salaire à mi-temps même si le salarié avait effectué la plus grande partie de sa carrière à plein temps. Inversement, pour un assuré ayant travaillé à plein temps les douze mois précédant son décès, le capital décès était calculé sur la base d'un salaire à temps plein quelle que soit la carrière passée.

Le nouveau régime fait évoluer cette situation. La base de calcul du capital décès tient désormais compte de toute la carrière du salarié dans l'entreprise au prorata du temps de travail.

Ainsi, si le salarié a effectué 10 ans à temps plein puis 10 ans à mi-temps, le capital décès sera calculé sur la base de 75% du salaire reconstitué à temps plein des 12 derniers mois d'activité [(10 ans * 100% + 10 ans * 50%) / 20 ans] au lieu de 50% dans le régime actuel.

De même, si le salarié a effectué 10 ans à mi-temps puis 10 ans à temps plein, le capital décès sera également calculé sur la base de 75% du salaire des 12 derniers mois au lieu de 100% dans le régime actuel.

De plus, la base retenue pour le calcul du capital décès n'est plus limitée à la tranche B des rémunérations. Elle intègre désormais la tranche C du salaire. Les rentes d'éducation restent toutefois calculées sur la base d'un salaire limité à la tranche B.

Evolution des couvertures en cas de décès du conjoint

Aujourd'hui, le régime prévoit le versement d'un capital en cas de décès du conjoint postérieur au décès de l'assuré. Aucun capital au titre de cette garantie (dite "double effet") n'ayant été payé depuis plus de 10 ans, cette couverture n'a pas été reprise dans le nouveau régime.

En revanche, le capital versé en cas de décès du conjoint avant celui du salarié (garantie dite du "prédéces") a été maintenu mais il a été aligné sur le capital versé en cas de décès d'une personne à charge, soit 20% du plafond annuel de la Sécurité sociale pour le RPC (6 436,8 € en 2007).

Suppression de la majoration pour décès accidentel dans le RPC et intégration dans le RS

L'ancien accord prévoyait une majoration du capital en cas de décès accidentel du salarié.

La fréquence des décès par accident est toutefois faible et les conséquences du décès sont les mêmes que le décès résulte d'une maladie ou d'un accident. Le nouveau Régime Professionnel Conventionnel prévoit donc désormais le même niveau de couverture quelle que soit la cause du décès.

La majoration pour décès accidentel qui a été supprimée dans le RPC a été intégrée dans le RS. Les entreprises qui souhaitent conserver une majoration du capital en cas de décès par accident ont donc la possibilité de souscrire le RS prévoyance pour l'ensemble de leurs salariés, moyennant une cotisation additionnelle à celle du RPC.

ARRÊT DE TRAVAIL

Intervention du régime dès la fin de la période de maintien de salaire par l'employeur

En parallèle de l'évolution du régime, la convention collective a été aménagée afin d'organiser le relais entre l'obligation de maintien de salaire par l'employeur et l'intervention du régime.

Le maintien de salaire par l'employeur dont bénéficient tous les salariés de plus d'un an de présence effective dans l'entreprise est désormais fixé à 90 jours quelle que soit l'ancienneté. Ainsi il n'y aura plus de discontinuité de couverture ni de chevauchement de garantie entre le maintien de salaire par l'employeur et l'intervention du régime comme cela pouvait être le cas aujourd'hui.

TA = Tranche A des rémunérations

La tranche A est égale à la partie du salaire inférieure ou égale au plafond de la Sécurité sociale (2682€ par mois en 2007).

TB = Tranche B des rémunérations

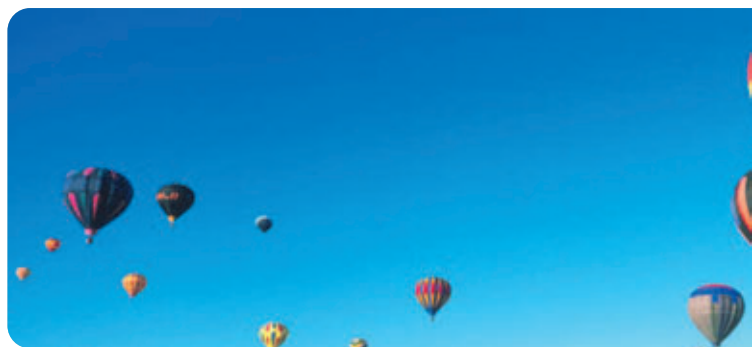
La tranche B est égale à la partie du salaire comprise entre un plafond de la Sécurité sociale et quatre plafonds de la Sécurité sociale

TC = Tranche C des rémunérations

La tranche C est égale à la partie du salaire comprise entre quatre plafonds de la Sécurité sociale et huit plafonds de la Sécurité sociale



CE QUI CHANGE AU 1^{ER} JANVIER 2008



Harmonisation des couvertures quelle que soit la durée de l'arrêt de travail

Dans l'ancien accord, le taux d'indemnisation en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident augmentait avec la durée de l'arrêt. Ce n'est plus le cas avec le nouvel accord qui prévoit un niveau de couverture uniforme quelle que soit la durée de l'arrêt. L'indemnité journalière servie par le RPC est égale à 30% de la tranche A et 80% de la tranche B et C de la base des prestations.

Cette indemnité s'ajoute à celle de la Sécurité sociale (qui intervient sur la tranche A uniquement). Elle peut éventuellement être majorée si le salarié bénéficie d'un régime complémentaire.

Important :

Dans le cas où le salarié a épuisé ses droits à maintien de salaire par l'employeur au titre d'une année civile, le droit aux indemnités journalières complémentaires du RPC est ouvert dès le 4^{ème} jour d'arrêt comme pour les salariés de moins d'un an d'ancienneté qui ne bénéficient pas du maintien de salaire par l'employeur.

Le droit aux indemnités du RPC est conditionné par le droit aux indemnités journalières de la Sécurité sociale. Le nouveau régime prévoit explicitement que les indemnités du régime sont réduites ou supprimées si la Sécurité sociale réduit ou supprime le versement de ses indemnités.

Le nouveau régime prévoit également une limitation des indemnités journalières versées par le régime afin que la rémunération nette totale en cas d'arrêt de travail (Sécurité sociale + régime complémentaire + salaire partiel éventuel) ne puisse pas être supérieure au revenu net d'activité.



Maintien d'un meilleur niveau de couverture en cas d'arrêt lié à un accident du travail ou maladie professionnelle.

La protection en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle reste inchangée dans le RPC. Elle est fixée à 90% de la base des prestations (TA TB TC) sous déduction des prestations en espèces versées par la Sécurité sociale.

Possibilité de bénéficier des augmentations de salaire en cas de reprise d'activité à temps partiel.

Selon l'ancien accord, dès lors qu'un salarié en arrêt de travail reprenait une activité à temps partiel (mi-temps thérapeutique par exemple) l'application du plafonnement des ressources impliquait que toute augmentation de salaire réduisait d'autant le montant des indemnités complémentaires versées par le régime.

Le nouvel accord modifie ce mécanisme afin d'encourager les salariés qui reprennent une activité à temps partiel.

Ainsi, pour toute reprise de travail intervenant après le 1er juillet 2007 et quelle que soit la date de l'arrêt initial, les éventuelles augmentations de salaire associées à l'emploi occupé lors de la reprise de travail ne seront pas prises en compte pour la limitation des prestations servies par le régime. Le salarié pourra donc bénéficier pleinement des augmentations de salaire associées à sa reprise d'activité.

MALADIE

Le nouveau régime prévoit de nombreuses améliorations de couverture concernant les remboursements de frais de santé.

Remboursement majoré en optique et en dentaire pour les prestations ayant fait l'objet d'un devis préalable

En cas de devis préalable transmis au gestionnaire, le remboursement du RPC sera systématiquement majoré pour les prothèses et l'orthodontie (280% de la base de remboursement au lieu de 230%). Pour les verres, le remboursement tient compte du type de verre et favorise les verres dont le coût élevé est justifié.

La procédure du devis

Vous devez faire établir un devis préalable par votre opticien (ou votre dentiste) et le transmettre à votre gestionnaire santé.

Des devis vierges sont disponibles sur le site du régime de prévoyance
www.prevoyancepharma.com

Tout devis incomplet ne mentionnant pas les informations ci-contre ne pourra pas être utilisé pour bénéficier d'une prestation majorée.

Un devis est valable 6 mois, passé ce délai vous devez envoyer un nouveau devis pour bénéficier, le cas échéant, d'une majoration de vos prestations.

Avec ou sans devis, vous restez libre de consulter le praticien de votre choix. Votre gestionnaire santé n'a pas à agréer votre praticien ni à donner son accord sur le devis.

Mais l'avis des experts et professionnels de santé de votre gestionnaire santé peut s'avérer utile pour réduire votre reste à charge ou être sûr que les prestations proposées sont adaptées à vos besoins.

Les assurés qui bénéficient d'un RS(2) santé ou d'un régime complémentaire peuvent bénéficier d'un remboursement majoré par rapport aux niveaux indiqués dans le tableau ci-après.



LA PROCÉDURE DU DEVIS PERMET DE BÉNÉFICIER D'UN REMBOURSEMENT MAJORÉ POUR LES PROTHÈSES DENTAIRES, L'ORTHODONTIE ET LES VERRAS AVEC FORTE CORRECTION.

Assurés relevant du régime général : Exemples d'indemnisation maximum du RPC

Type de soins	Tarif SS	Remb. SS	Ancien RPC	Nouveau RPC avec devis	Nouveau RPC sans devis
Monture adulte ⁽¹⁾	2,84€	1,85€	76,22€	80,00€	80,00€
2 verres adulte ⁽¹⁾					
Verre simple, sphère -6,00 à +6,00	4,58€	2,98€	112,82€	115,77€	115,77€
Verre simple, cylindre ≤4, sphère -6,00 à +6,00	7,32€	4,76€	112,82€	133,58€	133,58€
Verre Multifocal ou progressif, sphère -4,00 à +4,00	14,64€	9,52€	175,68€	234,24€	181,16€
Verre Multifocal ou progressif, sphère -8,00 à +8,00	20,74€	13,48€	248,88€	331,84€	220,81€
Monture enfant ⁽¹⁾	30,49€	19,82€	48,78€	50,00€	50,00€
2 verres enfant ⁽¹⁾					
Verre simple, sphère -6,00 à +6,00	24,08€	15,65€	102,14€	92,71€	92,51€
Verre simple, cylindre ≤4, sphère -6,00 à +6,00	29,88€	19,42€	102,14€	115,04€	100,34€
Verre Multifocal ou progressif, sphère -4,00 à +4,00	78,36€	50,93€	102,14€	301,69€	165,79€
Verre Multifocal ou progressif, sphère -8,00 à +8,00	87,20€	56,68€	102,14€	335,72€	177,72€
Lentilles acceptées SS ⁽²⁾	78,96€	51,32€	70,13€	100,00€	100,00€
Lentilles refusées SS ⁽²⁾	—	—	—	—	—
A - Prothèse dentaire SPR50	107,50€	75,25€	244,75€	301,00€	247,25€
B - Orthodontie 1 an T0180 (entente préalable avant 16 ans)	387,00€	387,00€	711,00€	1083,60€	890,10€

(1) Limité à une paire de lunettes par an et par bénéficiaire

(2) Au 01/01/2008 forfait annuel par bénéficiaire

Vous pouvez également utiliser le devis fourni par votre praticien sous réserve qu'il mentionne les informations suivantes :

POUR LES VERRAS DE LUNETTES :

- Nom, prénom, N° de Sécurité Sociale de l'assuré
- Nom, prénom, date de naissance du bénéficiaire des soins
- Correction visuelle
- Code LPP pour chaque œil
- Type de verres
- Matériau utilisé
- Surface des verres
- Indices des verres
- Frais réels par verre
- Frais réels monture
- Base de remboursement Sécurité sociale
- Signature de l'assuré
- Signature et cachet du praticien
- Date du devis

EN DENTAIRE :

- Nom, prénom, N° de Sécurité sociale de l'assuré
- Nom, prénom, date de naissance du bénéficiaire des soins
- Numéro de la dent
- Quotation
- Tarification par dent
- Base de remboursement Sécurité sociale
- Signature de l'assuré
- Signature et cachet du praticien
- Date du devis

La majoration est acquise dès que l'assuré a fait réaliser un devis préalablement aux soins et l'a adressé à son gestionnaire santé. L'assuré n'a pas l'obligation de suivre les préconisations du gestionnaire en réponse au devis pour bénéficier de la majoration.

Amélioration des remboursements pour certains postes

Dès le 1^{er} janvier 2008, le plafond de remboursement des consultations / visites sera exprimé en fonction de la base de remboursement Sécurité sociale (80% de la base de remboursement en plus du remboursement Sécurité sociale) et non plus sous forme d'un forfait en euros. Le remboursement maximum pour une consultation de généraliste passe ainsi à 17,6€ au lieu de 6,6€ selon l'ancien RPC.

De même, le forfait journalier est exprimé en % des frais réels (80% des frais réels) au lieu d'un forfait non indexé soit 12,8€ par jour en 2007 au lieu de 7,62€ selon l'ancien RPC.

Le forfait pour les prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale passe à 1 000€ par appareil.

Important :

Le nouveau RPC est un contrat dit "responsable" c'est-à-dire qu'il ne compense pas la baisse de remboursement appliquée par la Sécurité sociale en cas de non respect du parcours de soins et qu'il ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires autorisés hors parcours de soins. Il ne rembourse pas non plus la participation forfaitaire de 1€.

En revanche, il prend en charge un niveau minimum de prestations dans le cadre du parcours de soins ainsi que deux actions de prévention (le scellement des sillons et fissures, effectué sur les premières et deuxièmes molaires des adolescents avant leur quatorzième anniversaire et le dépistage, une fois tous les cinq ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans)

Le forfait lentilles de 100€ sera désormais valable pour toutes les lentilles, qu'elles soient prises en charge ou non par la Sécurité sociale. Ce forfait est appliqué par an et par bénéficiaire (par paire pour les lentilles prises en charge par la Sécurité sociale auparavant).

Les autres remboursements restent inchangés (même si la formulation des garanties a évolué afin d'exprimer les garanties en fonction de la base de remboursement Sécurité sociale dans le nouveau régime).

Seul, le forfait cure thermique est supprimé dans le RPC et le RS.

MATERNITÉ

A compter du 1^{er} janvier 2008, les frais de santé liés à la maternité seront remboursés selon les mêmes niveaux de remboursement que les dépenses de santé liées à la maladie et l'hospitalisation avec toutefois une limitation à 5 jours pour la chambre particulière.

De ce fait, le forfait naissance qui permettait jusqu'à présent de financer les frais liés à la maternité non remboursés sera supprimé dès le 1^{er} janvier 2008.

Bon à savoir...

Franchises médicales :

Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2008 prévoit l'instauration de franchises médicales à compter du 1er janvier 2008 pour financer les investissements consacrés à la lutte contre la maladie d'Alzheimer, le développement des soins palliatifs et les efforts de lutte contre le cancer. Ces franchises devraient être de 50 centimes d'euro par boîte de médicament et par acte paramédical et de 2 euros pas transport médical. Ne seraient pas concernés les enfants mineurs et les femmes enceintes ainsi que les bénéficiaires de la CMU complémentaire. Le montant de la franchise ne devrait pas excéder un plafond global de 50 euros par an.

A ce stade, le projet prévoit que ces franchises ne pourront pas être remboursées par les régimes complémentaires santé «responsables». Si c'est le cas, le Régime Professionnel Conventionnel ne pourra pas prendre en charge ces franchises qui resteront à charge de l'assuré (comme la participation forfaitaire de 1 euro).

Parcours de soins coordonnés :

Depuis le 2 septembre 2007, si vous ne respectez pas le parcours de soins coordonnés, vos consultations ne sont plus remboursées qu'à 50 % par l'Assurance Maladie. Le Régime Professionnel Conventionnel de l'Industrie Pharmaceutique ne compense pas cette baisse de remboursement.

Participation forfaitaire de 18 € :

Depuis le 1er septembre 2006, une participation forfaitaire de 18 euros s'applique sur les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50. Cette participation forfaitaire de 18 euros est remboursée par le Régime Professionnel Conventionnel de l'Industrie Pharmaceutique.

Changement de nomenclature ayant induit une modification d'intervention du Régime Professionnel Conventionnel :

Depuis 2006, la codification de certains actes a changé (actes techniques et de chirurgie, imagerie, radiologie). Ce changement de nomenclature médicale a induit une baisse du remboursement du Régime Professionnel Conventionnel pour certains actes techniques d'imagerie ou de radiologie (remboursés à hauteur de 30% de la base de remboursement par le RPC) qui étaient précédemment classés avec les actes techniques et de chirurgie (remboursés à hauteur de 280% de la base de remboursement par le RPC).

Arrêter de fumer :

Depuis le 1er février 2007, l'Assurance Maladie accompagne l'arrêt du tabac. Elle rembourse, pour un montant maximum de 50 € par an et par bénéficiaire, les traitements par substituts nicotiniques (patch, gomme, pastille, inhalateur, etc.).

TAUX DE COTISATIONS

Taux de cotisations du régime des actifs appelés pour 2008 pour le RPC et le RS

Régime des actifs	RPC (1)	RS (2)
Régime Décès-Incapacité-décès	1,45% TA TB TC	0,30% TA TB TC
Régime Maladie-Chirurgie-Maternité	1,18% PSS + 0,91% TA TB(4)	0,20% PSS + 0,16% TA TB
Fonds collectif santé	0,15% PSS	sans objet
Total pour les actifs	1,33% PSS + 2,36% TA TB + 1,45% TC	0,20% PSS + 0,46% TA TB + 0,30% TC
<i>Exemple pour un salaire mensuel de 2000 €</i>	<i>84,08 € / mois (7) dont 33,63 € pour le salarié</i>	<i>14,75 € / mois (7) dont 7,37 € pour le salarié</i>

Régime facultatif Maladie-Chirurgie-Maternité	RPC (3)	RS (3)
Conjoint non à charge	1,90% PSS(5) 52,69€ / mois(7)	0,30% PSS 8,32€ / mois(7)
Enfants, stagiaires	1,42% PSS(6) 39,38€ / mois(7)	0,23% PSS 6,38€ / mois(7)

(1) Répartition des cotisations : 60% pour l'employeur / 40% pour le salarié

(2) Répartition des cotisations : 50% pour l'employeur / 50% pour le salarié

(3) Pas de participation employeur

(4) 0,65% PSS + 0,50% pour les assurés du régime général Alsace-Moselle

(5) Pour les assurés du régime général Alsace-Moselle : taux RPC = 1,05% PSS ; Taux RPC + RS = 1,35%

(6) Pour les assurés du régime général Alsace-Moselle : taux RPC = 0,78% PSS ; Taux RPC + RS = 1,01%

(7) Sur la base d'une hypothèse de PSS 2008 de 2 773 €/mois

Important Les informations de Contact sont des informations générales concernant le Régime Professionnel Conventionnel de l'Industrie Pharmaceutique. Elles n'ont pas de valeur contractuelle. **Reportez vous à la notice d'information de votre régime pour avoir le détail de vos couvertures et les modalités de remboursement.**

Retrouvez les informations concernant le nouvel accord de prévoyance et le Régime Professionnel Conventionnel sur le site internet du régime www.prevoyancepharma.com

Contact

Lettre d'information du Régime de prévoyance de l'industrie pharmaceutique

Directeur de la publication : Pascal Le Guyader

Rédaction : Comité Paritaire de Gestion ; CAPS Actuariat

Création-Réalisation : ALASKA

Tirage : 82 000 exemplaires

N° 12 novembre 2007

N° ISSN : 1258 - 4843