

Avenant N°4 du 30 novembre 2021 à l'accord du 14 octobre 2015 relatif à l'instauration d'une couverture santé complémentaire.

CCN des cabinets et cliniques vétérinaires (IDCC 1875)
et CCN des vétérinaires praticiens salariés (annexe VII)

Entre :

Le SNVEL

Et :

La FGA – CFDT

La CFE-CGC AGRO

L'UNSA – FESSAD

Il a été conclu ce qui suit :

Préambule

Les parties signataires réunies en commission paritaire le 10 septembre 2021 ont convenu de modifier le texte des deux accords collectifs du 14 octobre 2015 relatifs à l'instauration d'une couverture santé complémentaire.

Article 1 : Modification du régime de frais de santé

Les accords collectifs du 14 octobre 2015 relatifs à l'instauration d'une couverture santé complémentaire, pris dans le champ de la CCN des cabinets et cliniques vétérinaires (IDCC 1875) et de la CCN des vétérinaires praticiens salariés (annexe VII) sont modifiés selon les dispositions qui suivent :

Suspension du contrat de travail et maintien des garanties

Les articles 8.1, 8.2 et 8.3 sont supprimés et remplacés par les articles suivants :

« Article 8.1 Absences indemnisées :

Les garanties sont maintenues, sous réserve du paiement des cotisations, au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- soit d'indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.
- soit d'un revenu de remplacement versé par l'employeur en raison :
 - d'une situation d'activité partielle ou activité partielle de longue durée et dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires de travail sont réduits,
 - ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

La contribution de l'employeur, calculée selon les règles applicables à la catégorie de personnel dont relève le salarié, doit être maintenue pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Le salarié dont le contrat de travail est suspendu doit acquitter la part salariale de la cotisation, calculée selon les règles prévues par le régime. La cotisation due par le salarié est précomptée sur sa rémunération maintenue.

Article 8.2 - Maternité – Paternité – Adoption :

Le salarié bénéficie de la couverture complémentaire santé de l'organisme auquel il est affilié. Le salarié acquittera sa quote-part de cotisation auprès de l'employeur mensuellement au plus tard le 20 de chaque mois, afin que ce dernier puisse s'acquitter de la cotisation.

Article 8.3 - Congé sabbatique, congé parental d'éducation ou autre congé non indemnisé :

Dans le cas de suspension du contrat de travail non visé aux articles 8.1 et 8.2, les garanties prévues à l'article 7 du présent accord sont suspendues ainsi que l'obligation de cotisation.

De même, la participation employeur est suspendue jusqu'au retour du salarié dans l'entreprise.

Toutefois, le salarié peut demander le maintien du bénéfice des garanties moyennant le paiement de l'intégralité de la cotisation auprès de l'organisme assureur. »

Cotisation

Le contenu de l'article 11 « Cotisations et répartition » est supprimé et remplacé par :

« La cotisation est fixée à :

- 1,28 % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) par mois pour les salariés relevant du régime général de la Sécurité sociale,
- 0,70% du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) par mois pour les salariés relevant du régime local Alsace Moselle.

Dans cette cotisation, 2% sont affectés au financement de prestations à caractère non directement contributif. Ces prestations prennent notamment la forme de financement d'actions de prévention des risques professionnels dans le secteur. Il a été convenu par l'ensemble des partenaires sociaux de la branche que les organismes assureurs, recommandés ou non, devaient mettre en œuvre des actions de prévention à destination des salariés dans le cadre du Degré élevé de solidarité.

La cotisation est répartie à raison de 50% à la charge de l'employeur et de 50% à la charge du salarié, pour les garanties définies en annexe 1.

Cette couverture s'impose de plein droit, dans les relations individuelles de travail, à l'ensemble des salariés en tant qu'élément du statut conventionnel applicable. À ce titre, le précompte correspondant à la part salariale des cotisations est obligatoire.

L'employeur peut prendre en charge au moins la différence existante entre la cotisation pleine et celle des salariés à temps partiel, dès lors que l'absence d'une telle prise en charge conduirait ces salariés à acquitter une contribution au moins égale à 10% de leur rémunération, sauf dans les cas prévus à l'article 4 de l'accord collectif relatif à la complémentaire santé. »

Modification de l'Annexe 1

L'annexe I définissant les garanties du régime frais de santé est supprimée et remplacée par les disposition suivantes : «

Tableau de garanties - Régime de base obligatoire -

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

ABREVIATIONS :

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
CCAM : Classification commune des actes médicaux
RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
€ : Euro
PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

HOSPITALISATION		
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE

Frais de séjour		130% BR
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires :		
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150% BR 130% BR
Chambre particulière		28 € par jour
Frais d'accompagnement :		
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		28 € par jour

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	100% BR

SOINS COURANTS			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :			
◆ remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100% BR	100% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100% BR	100% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150% BR	130% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100% BR	100% BR
◆ non remboursés SS			
Acupuncteurs, Homéopathes, Ostéopathes, Etiopathes, reconnus comme professionnels par les annuaires professionnels.		20 € par acte limité à 4 actes par année civile	
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		100% BR	
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale remboursé SS		100% BR	
Médicaments :			
◆ Remboursés SS		100% BR	
Pharmacie (hors médicaments) :			
◆ Remboursée SS		100% BR	
◆ Non remboursée SS			
Sevrage tabagique		Crédit de 2 % PMSS par année civile	
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits			

Autre pharmacie prescrite	Crédit de 1 % PMSS par année civile
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	100% BR + Crédit de 1000 € par année civile
Actes de prévention remboursés SS	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (**)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		
Equipements libres (***) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	100% BR + 550 € (**)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	100% BR + 300 € (**)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (****)	100% BR	

(*) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(**) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(***) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

(****) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
◆ Panier maîtrisé (**)		
Inlay, onlay	100% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	270% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	270% BR dans la limite des HLF	
◆ Panier libre (***)		
Inlay, onlay	100% BR	
Inlay core	270% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	270% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR	

Autres actes dentaires remboursés SS	
Orthodontie remboursée SS	180% BR
Actes dentaires non remboursés SS	
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	Crédit de 120 € par année civile
Orthodontie	180% de la BR reconstituée

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Équipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de classe A (quel que soit l'âge) (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Équipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 85 €	
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100% BR dans la limite des PLV	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100% BR + crédit de 1.25% PMSS par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 1.75% PMSS par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit annuel de 6% PMSS par œil	

(*) Équipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(***) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCALUX / MULTIFOCALUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	80€	70€
		SPH < - 6 ou > + 6	100€	90€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	90€	80€
		SPH > 0 et S ≤ + 6	100€	90€
		SPH > 0 et S > + 6	120€	110€
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	110€	100€
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	110€	100€
PROGRESSIFS ET MULTIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	160€	150€
		SPH < - 4 ou > + 4	180€	170€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	180€	170€
		SPH > 0 et S ≤ + 8	200€	190€
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	200€	190€
		SPH > 0 et S > + 8	220€	210€
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	200€	190€

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale. »

Les autres dispositions restent inchangées.

Article 2 : Choix des organismes assureurs

A l'issue de la procédure de mise en concurrence, la commission paritaire de branche recommande AG2R Prévoyance et UNIPREVOYANCE pour assurer et gérer le régime santé complémentaire conventionnel obligatoire des salariés de la branche.

La recommandation s'appliquera pour une durée de 5 ans à partir du 1^{er} janvier 2022.

Article 3 : Date d'entrée en vigueur

Le présent avenant prendra effet le 1^{er} janvier 2022.

En tout état de cause, l'ensemble des dispositions prévues par le présent avenant prévalent sur les avenants précédemment signés.

Article 4 : Extension du présent avenant – Publicité

Le présent avenant est fait en nombre suffisant d'exemplaires originaux pour remise à chacune des parties signataires et dépôt dans les conditions prévues aux articles L.2231-6 ; L.2261-1 ; L.2262-8 et D.2231-2 du code du travail.

L'extension du présent avenant sera demandée en application des articles L.2261-15 ; L.2261-24 et L.2261-25 du Code du travail.

Article 5 : Mesures spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés

Pour l'application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, compte tenu de la structuration de la branche vétérinaires dont les entreprises comptant au moins 50 salariés emploient seulement 0,3% des salariés (selon les données des DADS 2016), les parties signataires n'ont pas retenu de dispositions spécifiques telles que visées par l'article L. 2232-10-1 du code du travail à l'attention des entreprises de moins de 50 salariés dès lors que le présent avenant vise à modifier le régime collectif obligatoire de frais de santé dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective et ce quel que soit l'effectif de leur entreprise.

Fait à Paris, le 30 novembre 2021.

Le SNVEL

La FGA – CFDT

La CFE-CGC AGRO

L'UNSA – FESSAD