

Brochure n° 3282

Convention collective nationale

IDCC : 1875. – **CABINETS ET CLINQUES VÉTÉRINAIRES**
(Personnel salarié)

AVENANT N° 44 DU 25 OCTOBRE 2010
RELATIF À LA PRÉVOYANCE AU 1^{ER} JANVIER 2011

NOR : ASET1051451M
IDCC : 1875

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour objet de mettre en place un régime conventionnel relatif à des prestations complémentaires au régime obligatoire de sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

Ce régime, par la mutualisation des risques frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation au niveau professionnel, répond à l'objectif de permettre l'accès aux mêmes garanties collectives, pour l'ensemble des cabinets vétérinaires et leurs salariés, au meilleur rapport coût/prestation sans considération, notamment, d'âge ou d'état de santé.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent avenant est applicable aux entreprises vétérinaires entrant dans le champ d'application de la convention collective n° 3282.

Article 2

Adhésion et affiliation

A compter de la date d'effet du présent avenant, les entreprises peuvent, si elles le souhaitent, affilier leurs salariés auprès de l'organisme assureur désigné par la signature d'un bulletin d'affiliation spécifique.

Dès lors que l'adhésion au régime est engagée, ce régime s'applique à l'ensemble des salariés sous contrat de travail à durée déterminée ou indéterminée affiliés en leur nom propre au régime général de sécurité sociale ou au régime local d'Alsace-Moselle.

Ces salariés seront affiliés individuellement au régime et se verront remettre une carte d'adhérent donnant droit au tiers payant. Pendant toute la durée de l'adhésion de l'entreprise, aucun salarié ne peut démissionner du régime à titre individuel et de son propre fait.

Conformément à la loi n° 94-678 du 8 août 1994, une notice d'information sera remise par l'employeur à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime conventionnel.

Article 3

Bénéficiaires

3.1. Salariés

Le présent avenant institue un régime « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » au profit de l'ensemble des salariés relevant des entreprises visées à l'article 1^{er} du présent avenant, ayant 1 mois d'ancienneté dans la branche, et après la fin de leur période d'essai.

Lorsque le salarié aura atteint l'ancienneté requise, il pourra bénéficier du régime rétroactivement à compter de sa date d'entrée dans l'entreprise.

Le régime offre la faculté de ne pas s'affilier au régime frais de santé s'ils entrent dans les critères suivants :

- salariés à employeurs multiples bénéficiant d'une couverture obligatoire dans le cadre d'un autre emploi ;
- salariés bénéficiant, à l'entrée en vigueur du présent avenant, d'une couverture obligatoire par le biais de leur conjoint si celle-ci offre des prestations au moins égales à celles proposées par l'organisme désigné à l'article 14.

Ces salariés doivent justifier annuellement de leur situation par la production d'une attestation délivrée par leur organisme. Dès lors qu'ils cesseront de justifier de leur situation, ceux-ci seront tenus de cotiser au régime mis en place dans les conditions prévues par le présent avenant.

3.2. Ayants droit

Le présent régime permet l'affiliation des ayants droit. Celle-ci est facultative et laissée à l'appréciation de chaque salarié. Par ayants droit, il faut entendre :

- le conjoint ou le partenaire de Pacs ou le concubin ;

- les enfants du salarié ou de son conjoint à charge au sens de l'article L. 313-3 du code de la sécurité sociale ou de la mutualité sociale agricole ;
- un adulte handicapé à charge de ses parents est considéré comme un enfant à charge.

3.3. Anciens salariés

Dans le cadre de la sécurisation de la protection sociale tout au long du parcours professionnel des salariés au sein des branches signataires, et conformément aux dispositions de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les salariés cessant momentanément ou définitivement leur activité, désireux de continuer à bénéficier des garanties du régime obligatoire frais de santé, pourront le faire dans le cadre du régime d'accueil mis en place, sous réserve qu'ils aient antérieurement à la date de rupture du contrat de travail été affiliés au régime. En contrepartie, une cotisation spécifique financée uniquement par le salarié est appelée.

Sont concernés :

- les bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu ;
- les ayants droit des adhérents décédés ;
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour une durée supérieure à 1 mois dans les cas suivants :
 - congé sabbatique ;
 - congé parental d'éducation ;
 - congé sans solde ;
 - congé pour création d'entreprise ;
- les salariés de la profession ayant obtenu la liquidation de leur pension vieillesse de la sécurité sociale ;
- les salariés bénéficiaires d'une retraite anticipée ;
- les conjoints, eux-mêmes retraités ou préretraités.

La demande de couverture doit être faite par écrit, au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou du décès, ou dans le mois qui suit la suspension du contrat de travail.

Article 4

Garanties

Les garanties du présent régime sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles sont revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

En application de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité

sociale (BR) pour les garanties assises sur le tarif de convention (TC) ou sur le tarif de responsabilité (TR). Pour le ticket modérateur (TM), la nouvelle expression est : BR moins MR (montant remboursé par la sécurité sociale).

Conformément aux dispositions du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 et du décret n° 2007-1166 du 1^{er} août paru au *Journal officiel* le 3 août, le régime :

1. Ne prend pas en charge :

La majoration de la participation de l'assuré prévue aux articles L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale (consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale (refus du droit d'accès au dossier médical personnel).

Les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant, et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit au minimum 7 €, valeur novembre 2007).

La participation forfaitaire de 1 €.

Les franchises annuelles laissées à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à certains médicaments (50 centimes), aux actes paramédicaux à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation (50 centimes) et à certains transports sanitaires, en ambulance comme en taxi à l'exception des transports d'urgence (2 €) : ces nouveaux prélèvements ont été votés définitivement au Parlement le 23 novembre pour une mise en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008. Le montant de ces trois franchises est plafonné à 50 € par an et par personne. Le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 précise les modalités pratiques de cette nouvelle mesure.

2. Prend en charge :

La participation de l'assuré aux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard de certains objectifs de santé publique et figurant sur la liste de prestations fixée par l'arrêté du 8 juin 2006 paru au *Journal officiel* du 18 juin 2006, dans la mesure où le poste est pris en charge au niveau de la garantie et remboursé par l'assurance maladie.

La franchise à 18 € à la charge de l'assuré pour tous les actes affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 € (décret n° 2006-707 du 19 juin 2006).

Sont couverts, pendant la période durant laquelle le bénéficiaire adhère au régime, tous les actes et frais courants ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de la sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail/maladies

professionnelles » et « maternité », expressément mentionnés dans le tableau des garanties figurant en annexe.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels réellement engagés et dûment justifiés restant à charge du salarié, après intervention de la sécurité sociale du régime de base et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

Les prestations mentionnées dans les deux niveaux de garanties sont dues au titre des actes de santé prescrits et des frais correspondants engagés.

Prestation exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale

Lorsque la limitation est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale, le plafond retenu est celui en vigueur à la date de survenance de la dépense ou de l'événement. Les actes ne figurant pas dans la nomenclature de la sécurité sociale ne sont pas pris en charge.

Montants des frais réels retenus

Les montants des frais réellement engagés retenus par la mutuelle sont égaux :

- aux montants indiqués sur les décomptes originaux de remboursements de la sécurité sociale ;
- à défaut, aux montants indiqués par le praticien sur la feuille de soins destinée à la sécurité sociale ;
- à défaut, aux montants résultant de l'application de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Maternité

Les soins et frais indemnisés au titre de la législation maternité intervenant durant la période comprise entre le 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et 12 jours après l'accouchement sont garantis par extension du risque maladie. Sont couverts à ce titre les frais médicaux, pharmaceutiques, d'appareillage, d'hospitalisation, l'ensemble des frais d'analyses et d'examen en laboratoire, frais d'optique et prothèses dentaires.

La garantie prévue au titre de la maternité s'applique également dans l'hypothèse d'une intervention chirurgicale (césarienne).

Calcul des prestations en secteur non conventionné

Pour le calcul des prestations du secteur non conventionné, la mutuelle reconstituera la base de remboursement conventionnel et/ou le remboursement théorique de la sécurité sociale. La mutuelle calculera les prestations complémentaires sur la base de cette reconstitution.

Disposition spéciale pour les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle

Si le présent contrat est souscrit au profit de salariés relevant du régime local Alsace-Moselle, la mutuelle tient compte des dispositions spécifiques prévues par le code de la sécurité sociale pour cette zone géographique.

Article 5

Cotisation et répartition

La cotisation du régime « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS), soit 1,04 % du PMSS pour un adulte et 0,73 % du PMSS pour un enfant.

Pour les années 2011 et 2012, le pourcentage retenu du PMSS équivaut à une cotisation de 30 € par salarié et par mois pour le régime général et de 15 € par salarié et par mois pour le régime Alsace-Moselle.

Au-delà de la deuxième année d'application du régime, la cotisation sera réexaminée par les parties signataires, en fonction des résultats du régime et de l'évolution des dépenses de santé et des législations et réglementations fiscales, sociales et de l'assurance maladie.

En tout état de cause, à compter du 1^{er} janvier 2013, au 1^{er} janvier de chaque année, la cotisation sera indexée au minimum sur le dernier indice connu de l'évolution des dépenses de santé communiqué par les caisses nationales d'assurance maladie sauf si les résultats du régime compensent l'évolution de cet indice.

La cotisation est répartie à raison de 50 % à la charge de l'employeur et 50 % à la charge du salarié.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme assureur désigné à l'article 14 du présent avenant dans le premier mois qui suit le trimestre écoulé.

La première cotisation du mois en cours duquel l'entreprise engage un nouveau salarié sera calculée au prorata de la date d'entrée du salarié dans l'entreprise.

L'organisme assureur, en application de l'article L. 932-4 du code de la sécurité sociale, procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

Article 6

Règlement des prestations

L'organisme assureur procède aux versements des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature ou le plus souvent grâce à la

télétransmission établie avec les caisses primaires d'assurance maladie, ou le cas échéant encore sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant. En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, le salarié doit transmettre à l'organisme assureur une facture détaillée établie par son médecin ; à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives) seront détaillées dans le contrat de garanties collectives signés avec la commission paritaire et repris dans les conditions particulières d'adhésion remises à l'entreprise ainsi que la notice d'information remise aux salariés.

Article 7

Tiers payant

Après l'enregistrement de l'affiliation du salarié auprès de l'organisme assureur, il lui est remis une carte personnelle permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires. Cette carte santé reste la propriété de l'organisme assureur.

Lors du départ définitif du salarié (démission, licenciement, retraite...), l'entreprise adhérente s'engage, si la carte santé est en cours de validité, à en assurer la restitution dans le délai de 15 jours suivant ce départ.

Article 8

Limite des garanties

Ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais de soins engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la sécurité sociale ;
- engagés hors de France. Si la caisse de sécurité sociale à laquelle le salarié est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'organisme assureur sur la base de remboursement utilisée par la sécurité sociale et selon les garanties prévues au présent avenant ;
- non remboursés par les régimes de base de la sécurité sociale ;
- ne figurant pas à la nomenclature générale des actes professionnels ou à la classification commune des actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base.

Article 9

Plafond des remboursements

En cas d'intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

La participation de l'organisme assureur ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à charge du salarié après participation de la sécurité sociale et, éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire.

Article 10

Cessation des garanties

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise adhérente.

En cas de cessation des garanties, le salarié a la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à son intention en tant qu'ancien salarié et dont les conditions en vigueur peuvent être communiquées sur simple demande et lui sont envoyées systématiquement lors de son départ par l'organisme assureur.

Sous réserve que la demande d'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de 6 mois à compter de la radiation au présent régime, il ne sera pas fait application de période probatoire et ne sera pas exigé de formalités médicales.

Article 11

Suspension des garanties

Les garanties du présent avenant sont suspendues pour le salarié pendant la période de suspension de son contrat de travail, sauf lorsque le salarié est en congé maladie, accident du travail-accident de trajet, maladies professionnelles et maternité-adoption.

Les périodes de suspension du contrat de travail sont les périodes de congés sans solde légaux visées par le code du travail ou conventionnelles. Cependant, le salarié pourra demander le maintien du bénéfice des garanties moyennant le paiement de l'intégralité de la cotisation par ses soins.

Article 12

Prescription des actions

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées au présent avenant sont prescrites dans le délai de 2 ans, à compter de l'événement qui y donne naissance.

Article 13

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement des prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

Article 14

Désignation de l'organisme assureur

Vauban Humanis Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, sise 18, avenue Léon-Gaumont, 75980 Paris Cedex 20, et relevant de l'autorité de contrôle prudentiel ACP, est désignée comme organisme assureur et gestionnaire du présent régime « remboursement complémentaire de frais de soins de santé ».

Les modalités d'organisation de la mutualisation du régime seront réexaminées par la commission nationale paritaire de la branche au cours d'une réunion, et ce dans un délai de 5 ans à compter de la date d'effet du présent avenant.

Article 15

Suivi et pilotage du régime

Conformément à l'article 4 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, il est établi un compte annuel relatif à l'ensemble des adhésions des entreprises relevant du secteur professionnel de la convention collective.

A cet effet, la commission paritaire se réunit au moins 2 fois par an pour examiner les résultats du régime ainsi que toutes statistiques ou éléments concernant ce régime dont elle pourrait avoir besoin.

L'organisme assureur s'engage à ce titre à présenter un compte de résultats prévisionnel au mois d'octobre de chaque année et un compte définitif au mois de juin devant la commission paritaire.

Article 16

Date d'effet

Le présent avenant prend effet au plus tôt le 1^{er} janvier 2011.

Article 17

Modalités de dénonciation

Le présent avenant pourra être dénoncé par lettre recommandée avec avis de réception, par l'une ou l'autre des parties signataires, en respectant un délai de préavis de 6 mois.

En cas de dénonciation, l'avenant continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'avenant qui lui sera substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an conformément au code du travail.

Article 18

Dépôt et extension

Le présent avenant, établi conformément au code du travail, est fait en un nombre suffisant d'exemplaires pour la remise à chacune des organisations signataires et le dépôt dans les conditions prévues par le code du travail.

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 25 octobre 2010.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

Tableau des garanties. – Régime de base

ACTE	FRAIS DE SANTÉ Prestations incluant le remboursement de la sécurité sociale (*)
Hospitalisation médicale ou chirurgicale y compris maternité (1)	
Honoraires médicaux	130 % BR (ou 100 % BR + 30 % BR sur dépassements)
Honoraires chirurgicaux	250 % BR (ou 100 % BR + 150 % BR sur dépassements)
Frais de séjour	130 % BR (ou 100 % BR + 30 % BR sur dépassements)
Forfait hospitalier, selon tarif légal en vigueur	100 % FR
Chambre particulière	28 € par jour
Lit d'accompagnement, pour un enfant de moins de 10 ans	28 € par jour
Frais de transport remboursés par la sécurité sociale	100 % BR
Maison de repos (limité à 180 jours)	100 % BR
Participation forfaitaire de 18 € pour les actes techniques médicaux lourds (2)	100 % FR
Médecine	
Visites, consultations d'un généraliste	100 % BR
Visites, consultations d'un spécialiste	100 % BR
Actes de spécialités	250 % BR (ou 100 % BR + 150 % BR sur dépassements)
Analyses	100 % BR
Radiologie	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture	20 € par consultation (limité à 80 € par an)
Cures thermales	Néant

ACTE	FRAIS DE SANTÉ Prestations incluant le remboursement de la sécurité sociale (*)
Participation forfaitaire de 18 € pour les actes techniques médicaux lourds (2)	100 % FR
Pharmacie Remboursée à 65 %, 35 % et 15 %	100 % BR
Prothèses autres que dentaires Orthopédie, prothèses non dentaires	1 000 € par an
Maternité Dentaire Soins dentaires Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale Prothèses dentaires hors nomenclature Orthodontie	100 % BR 200 % BR (ou 100 % BR + 100 BR sur dépassements) 120 € par an 180 % BR (ou 100 % BR + 80 % BR sur dépassements)
Optique Verres Monture Lentilles remboursées par la sécurité sociale Lentilles non remboursées par la sécu- rité sociale Kératotomie (chirurgie laser)	100 % BR + 2,5 % PMSS par verre et par an 100 % BR + 2,5 % PMSS par an 100 % BR + 2,5 % PMSS par an 3,5 % PMSS par an 6 % PMSS par œil
Autres Vaccins Pilule et patch contraceptifs non rem- boursés par la sécurité sociale, patch anti-tabac	100 % BR 1 % PMSS par an
(*) Dans la limite des frais réels engagés et dans le cadre du respect du parcours de soins. (1) Les frais de chirurgie esthétique sont exclus. (2) Actes techniques médicaux supérieurs à 91 € ou dont le coefficient est supé- rieur à 50.	

ACTE	FRAIS DE SANTÉ Prestations incluant le remboursement de la sécurité sociale (*)
<p>Actes de prévention pris en charge à hauteur de 100 % BR dans le cadre des contrats santé responsable :</p> <ul style="list-style-type: none"> – vaccins du calendrier vaccinal remboursés par la sécurité sociale ; – examen de mesure de la densité osseuse pris en charge par la sécurité sociale. <p>BR : base de remboursement sécurité sociale. FR : frais réels.</p>	

La cotisation est répartie à raison de 50 % à la charge de l'employeur et 50 % à la charge du salarié.

ANNEXE II

Tableau des garanties. – Régime optionnel

ACTE		GARANTIE totale
Dentaire		
Soins dentaires		
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	+ 200 % BR	400 % BR
Prothèses dentaires hors nomenclature	250 € par an	370 € par an
Orthodontie	+ 250 % BR	430 % BR
Optique		
Verres	+ 5 % PMSS par verre et par an	+ 7,5 % PMSS par verre et par an + 100 % BR
Monture	+ 5 % PMSS par an	+ 7,5 % PMSS par an
Lentilles remboursées par la sécurité sociale	+ 5 % PMSS par an	+ 7,5 % PMSS par an
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale	+ 7 % PMSS par an	+ 10,5 % PMSS par an
Kératotomie (chirurgie laser)	+ 12 % PMSS par œil	+ 18 % PMSS par œil