

Brochure n° 3282

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 1875. – CABINETS ET CLINIQUES VÉTÉRINAIRES**  
**(Personnel salarié)**

---

AVENANT DU 22 JANVIER 2019  
À L'ACCORD DU 14 OCTOBRE 2015  
RELATIF À L'INSTAURATION D'UNE COUVERTURE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE  
NOR : ASET1950546M  
IDCC : 1875

---

Entre :

SNVEL,

D'une part, et

CSFV CFTC ;

FNAA CFE-CGC ;

FGA CFDT ;

FNAF CGT ;

FSPSS FO ;

FESSAD UNSA,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**PRÉAMBULE**

Les parties signataires réunies en commission paritaire le 18 octobre 2018 sont convenues de modifier le texte de l'accord collectif, concernant le régime complémentaire de frais de santé.

Considérant la situation financière déséquilibrée du régime frais de santé, les partenaires sociaux ont voulu sauvegarder le régime, mis en place depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, en procédant à une modification des cotisations.

Par ailleurs, le présent avenant a pour objet de modifier l'annexe I des garanties du régime frais de santé pour prendre en compte les évolutions légales et réglementaires concernant le contrat d'accès aux soins (CAS).

**Article 1<sup>er</sup>**

*Modification du régime de frais de santé*

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

« La cotisation est fixée à :

– 33,76 € par mois pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale ;

– 18,46 € par mois pour les salariés relevant du régime local Alsace Moselle.

Dans le cadre de cette cotisation, 2 % sont affectés au financement de prestations à caractère non directement contributif.

Ces prestations prennent notamment la forme de :

1. Financement d'actions de prévention des risques professionnels dans le secteur ;
2. Prise en charge de prestations d'action sociale individuelles ou collectives, notamment en faveur des travailleurs en situation de handicap.

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 I.

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. »

## **Article 2**

### *Modification de l'annexe I*

L'annexe I définissant les garanties du régime frais de santé est modifiée afin de tenir compte du nouveau dispositif de « pratique tarifaire maîtrisée ».

En effet, la convention nationale médicale signée le 25 août 2016 prévoit le remplacement du contrat d'accès aux soins (CAS) par deux options : OPTAM pour l'ensemble des médecins et OPTAM-CO pour les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

À l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (CSS) la notion de « contrat d'accès aux soins » a été remplacée par une dénomination générique faisant référence aux « dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée » (regroupant les notions d'OPTAM et OPTAM CO).

Ainsi, pour prendre en compte cette évolution, la notion de « CAS » est par conséquent remplacée par « DPTM <sup>(1)</sup> »

L'annexe I est supprimée et remplacée par :

### **« ANNEXE I**

#### **Régime de base obligatoire**

Chaque ayant droit affilié au contrat bénéficie de l'ensemble des prestations indiquées ci-dessous :

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les prestations versées par la sécurité sociale (SS) (sauf pour les forfaits en euros ou en PMSS qui viennent en complément de la SS).

Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident de travail/maladie professionnelle et maternité. Ils sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés.

---

(1) DPTM = dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES DE BASE		
Postes	Niveaux d'indemnisation y compris les prestations de la sécurité sociale et/ou d'éventuels autres organismes complémentaires <sup>(1)</sup>	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	130 % de la BR	
Forfait hospitalier engagé	100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC),	150 % de la BR (médecins adhérents aux DPTM) 130 % de la BR (médecins non adhérents aux DPTM)	
Actes d'anesthésie (ADA)	130 % de la BR (médecins adhérents aux DPTM)	
Autres honoraires	110 % de la BR (médecins non adhérents aux DPTM)	
Chambre particulière	28 € par jour	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 10 ans (sur présentation d'un justificatif)	28 € par jour	
Transport (remboursé SS)		
Transport	100 % de la BR	
Actes médicaux		
Généralistes (consultations et visites)	100 % de la BR (Médecins adhérents aux DPTM) 100 % de la BR (Médecins NON adhérents aux DPTM)	
Spécialistes (consultations et visites)	100 % de la BR (Médecins adhérents aux DPTM) 100 % de la BR (Médecins NON adhérents aux DPTM)	
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	150 % de la BR (Médecins adhérents aux DPTM) 130 % de la BR (Médecins NON adhérents aux DPTM)	
Actes d'échographie (ADE), actes d'imagerie médicale (ADI)	100 % de la BR (Médecins adhérents aux DPTM) 100 % de la BR (Médecins NON adhérents aux DPTM)	
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR	
Analyses	100 % de la BR	
Actes médicaux (non remboursés SS)		
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	6 % du PMSS par œil	
Pharmacie (remboursée SS)		
Pharmacie	100 % de la BR	
Pharmacie (non remboursée SS)		
Pilules et patchs contraceptifs, patchs antitabac	Crédit de 1 % du PMSS par année civile	
Appareillages (remboursés SS)		
Prothèses auditives, orthopédie & autres prothèses (hors appareillages dentaires et auditifs)	100 % de la BR + crédit de 1 000 € par année civile	
Dentaire (remboursé SS)		
Soins dentaires (hors inlay simple, onlay)	100 % de la BR	
Inlay simple et onlay	100 % de la BR	

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES DE BASE		
Postes	Niveaux d'indemnisation y compris les prestations de la sécurité sociale et/ou d'éventuels autres organismes complémentaires <sup>(1)</sup>	
	Conventionné	Non conventionné
Prothèses dentaires (y compris inlay core et inlay à clavettes)	270 % de la BR	
Orthodontie	180 % de la BR	
Dentaire (non remboursé SS)		
Prothèses dentaires <sup>(2)</sup>	Crédit de 120 € par année civile	
Optique		
<p>Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement (sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée*).</p> <p>Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps).</p> <p>* La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'art. R. 165-1 du code SS. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.</p>		
Monture	100 % BR + forfait de 2,5 % PMSS	
Verre	100 % BR + forfait de 2,5 % PMSS (par verre)	
Lentilles remboursées par la SS	100 % de la BR + crédit de 1,25 % du PMSS par année civile	
Lentilles non remboursées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 1,75 % du PMSS par année civile	
Médecines hors nomenclature		
Médecine douce : acupuncture, chiropractie, ostéopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée), Diététicien, ergothérapie, méthode Mézière, microkinésie, nutritionniste, pédicure, podologue, psychologue, psychomotricité, psychothérapie, réflexologie, sophrologie.	20 € par acte limité à 4 actes par année civile	
Actes de Prévention (visés par l'arrêté du 8 juin 2006)		
Prise en charge des actes de prévention listés ci-après <sup>(3)</sup>	100 % de la BR	
<p>SS = sécurité sociale ; RSS = remboursement de la sécurité sociale ; FR = Frais réels.</p> <p>BR = base de remboursement SS ; € = euro.</p> <p>PMSS = plafond mensuel de la sécurité sociale.</p> <p>D. – PTM = dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir :</p> <p>(1) dans la limite des frais réels dûment justifiés engagés par le bénéficiaire.</p> <p>(2) la garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :</p> <p>– couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel ;</p> <p>– prothèses supra implantaires : HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171 ;</p> <p>– bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.</p>		

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES DE BASE		
Postes	Niveaux d'indemnisation y compris les prestations de la sécurité sociale et/ou d'éventuels autres organismes complémentaires <sup>(1)</sup>	
	Conventionné	Non conventionné
<p>(3) la liste prévue par l'arrêté du 8 juin 2006 comprend les prestations de prévention suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risque carieux et avant le quatorzième anniversaire ;</li> <li>2. Détartrage annuel complet sur et sous gingival effectué en 2 séances maximum ;</li> <li>3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans ;</li> <li>4. Dépistage de l'hépatite B ;</li> <li>5. Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : <ol style="list-style-type: none"> <li>a) audiométrie tonale ou vocale ;</li> <li>b) audiométrie tonale avec tympanométrie ;</li> <li>c) audiométrie vocale dans le bruit ;</li> <li>d) audiométrie tonale et vocale ;</li> <li>e) audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.</li> </ol> </li> <li>6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.</li> <li>7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Vaccination diphtérie, tétanos et poliomyélite quel que soit l'âge ;</li> <li>b) Vaccination de la coqueluche avant 14 ans ;</li> <li>c) Vaccination de l'hépatite B avant 14 ans ;</li> <li>d) Vaccination du BCG avant 6 ans ;</li> <li>e) Vaccination de la rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;</li> <li>f) Vaccination de l'<i>Haemophilus influenzae</i> B ;</li> <li>g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.</li> </ol> </li> </ol>		

### Article 3

#### *Date d'entrée en vigueur et durée*

Le présent avenant prendra effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la parution de l'arrêté d'extension au *Journal officiel*. Il est conclu pour une durée indéterminée.

### Article 4

#### *Extension du présent avenant. – Publicité*

Le présent avenant est fait en nombre suffisant d'exemplaires originaux pour notification 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.

Suivant les dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, 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 car le présent avenant vise à modifier la contri-

bution au régime collectif obligatoire de frais de santé dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective, mais souhaite conserver une cotisation identique quelle que soit la taille de l'entreprise.

Fait à Paris, le 22 janvier 2019.

(Suivent les signatures.)