

Brochure n° 3282 | Convention collective nationale

IDCC : 1875 | **CABINETS ET CLINIQUES VÉTÉRINAIRES (PERSONNEL SALARIÉ)**

Brochure n° 3332 | Convention collective nationale

IDCC : 2564 | **VÉTÉRINAIRES (PRATICIENS SALARIÉS)**

Avenant n° 2 du 5 juin 2019

à l'accord du 14 octobre 2015 relatif à l'instauration
d'une couverture santé complémentaire

NOR : ASET2050014M

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

SNVEL,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FNAA CFE-CGC ;

FGA CFDT ;

FSPSS FO ;

FESSAD UNSA ;

CFTC AGRI,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les parties signataires réunies en commission paritaire le 5 juin 2019 sont convenues de modifier le texte de l'accord collectif, concernant le régime complémentaire de frais de santé.

Considérant la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 qui acte la modification de la couverture minimale des contrats responsables (réforme dite « 100 % santé ») ;

Considérant le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé ;

Considérant que la réforme dite « 100 % santé » entre en vigueur, pour les soins d'optique médicale et dentaire au 1^{er} janvier 2020 et pour les soins d'audiologie au 1^{er} janvier 2021, le présent avenant s'applique sans préjudice des dispositions prévues par les précédents avenants, notamment l'avenant du 22 janvier 2019 à l'accord du 14 octobre 2015 relatif à l'instauration d'une couverture santé complémentaire dans la convention collective nationale des vétérinaires praticiens salariés (IDCC 2564). Dès lors, et à compter du 1^{er} janvier 2020, les dispositions de ce présent avenant prévaudront sur celles des avenants précédemment signés (et ce, même si l'extension survenait postérieurement à l'extension de ce présent avenant). Considérant qu'il est rappelé que conformément à l'instruction n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, le respect de la date de mise en conformité est à apprécier, pour les accords de branche, à la date de dépôt de la demande d'extension.

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

Article 1^{er} | 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 :

- 35,92 € par mois pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale ;
- 19,64 € 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 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 thématique de la gestion des conflits entre les clients et les salariés des cabinets vétérinaires a été choisie au titre de l'année 2019, afin d'accompagner les salariés à maîtriser certaines situations d'incivilités rencontrées. Les actions de prévention prendront la forme d'une campagne de sensibilisation et de communication à destination à la fois des salariés et de la clientèle des cabinets et cliniques, ainsi que de l'accès à une plate-forme d'accompagnement par téléphone, 24 h/24 et 7 J/7 en cas d'agression.

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 I

L'annexe I définissant les garanties du régime frais de santé est modifiée afin de tenir compte :

- de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 qui acte la modification de la couverture minimale des contrats responsables (réforme dite « 100 % santé ») ;
- du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et du décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé.

L'annexe I est supprimée et remplacée par :

« Annexe I Régime de base obligatoire

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les prestations versées par la sécurité sociale (SS) (sauf pour les forfaits en € 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.

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		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Diététicien, Ergothérapie, méthode Mézière, Microkinésie, Nutritionniste, Pédicure, Podologue, Psychologue, Psychomotricité, Psychothérapie, Réflexologie, Sophrologie si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		20 € par acte limité à 4 actes par année civile
Densitométrie osseuse		Néant
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
► Non remboursés SS		
Contraception		Crédit de 1% PMSS par année civile
Forfait automédication avec facture et sans prescription : fluidifiant bronchique, traitement des affections de la gorge, des inflammations et de la douleur, décongestionnant nasal et oropharynx		Néant
Pharmacie (hors médicaments) :		
► Remboursée SS		100% BR
► Non remboursée SS		
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits		Néant
Sevrage tabagique		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
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives	100% BR + Crédit de 1000 € par année civile	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS(*)	100% BR	
A COMPTER DU 01.01.2021 :		
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 + 1000 € (***)	
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	

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

(**) Equipements 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).

(****) Equipements 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).

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 appareillages prothétiques dentaires	270% BR dans la limite des HLF	
► Panier libre (***)		
Inlay, onlay	100% BR	
Inlay core	270% BR	
Autres appareillages prothétiques 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	

(*) 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
Equipements 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	
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	84.5 €	
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	100% BR dans la limite des PLV	

d'une ordonnance pour des verres de classe A	
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

(*) Equipements 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.

(***) Equipements 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 UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / 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
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	84.5 €	84.5 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	84.5 €	84.5 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	84.5 €	84.5 €

		SPH > 0 et S ≤ + 6	84.5 €	84.5 €
		SPH > 0 et S > + 6	84.5 €	84.5 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	84.5 €	84.5 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	84.5 €	84.5 €
MULTIFOCALUX HORS PROGRESSIFS	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	84.5 €	84.5 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	84.5 €	84.5 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	84.5 €	84.5 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	84.5 €	84.5 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	84.5 €	84.5 €
		SPH > 0 et S > + 8	84.5 €	84.5 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	84.5 €	84.5 €
PROGRESSIFS	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	84.5 €	84.5 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	84.5 €	84.5 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	84.5 €	84.5 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	84.5 €	84.5 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	84.5 €	84.5 €
		SPH > 0 et S > + 8	84.5 €	84.5 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	84.5 €	84.5 €

(*) 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.

SS = SECURITE SOCIALE ; RSS = REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE ; FR = FRAIS REELS ;
 BR = BASE DE REMBOURSEMENT SS ; € = EURO
 PMSS = PLAFOND MENSUEL DE LA SECURITE SOCIALE
 D.P.T.M. = DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE, À SAVOIR :
 • OPTAM = OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE.
 • OPTAM CO = OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE POUR LES CHIRURGIENS ET LES OBSTÉTRICIENS.
 FR : FRAIS REELS ENGAGÉS PAR LE BENEFICIAIRE
 HLF : HONORAIRES LIMITES DE FACTURATION FIXES SELON LA REGLEMENTATION EN VIGUEUR A LA DATE DES SOINS EFFECTUES PAR LE BENEFICIAIRE
 PLV : PRIX LIMITES DE VENTE FIXES SELON LA REGLEMENTATION EN VIGUEUR A LA DATE DES SOINS EFFECTUES PAR LE BENEFICIAIRE
 PMSS : PLAFOND MENSUEL DE LA SECURITE SOCIALE
 RSS : REMBOURSEMENT SECURITE SOCIALE = MONTANT REMBOURSE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ET CALCULE PAR APPLICATION DU TAUX DE REMBOURSEMENT LEGAL EN VIGUEUR A LA BASE DE REMBOURSEMENT

MESURES D'ACTIONS INDIVIDUELLES AU PROFIT DES SALARIES / ANCIENS SALARIES ASSURÉS AU CONTRAT DE FRAIS DE SANTÉ (LEURS AYANTS - DROIT SI COUVERTS AU TITRE DUDIT CONTRAT) ET OUVRANT DROIT AU BENEFICE DES GARANTIES DU CONTRAT	
PROGRAMME	NATURE DES ACTIONS A COMPTER DU 01.04.2019
Santé bucco-dentaire	
Campagne d'information et d'incitation à la santé bucco-dentaire	<p>Incitation à suivre un parcours de santé bucco-dentaire tout au long de la vie.</p> <p>Promotion des consultations de prévention à deux âges clés, 35 ans et 55 ans en complément du programme de prévention de l'Assurance Maladie "M³T Dents" ⁽¹⁾. Les frais engagés par les bénéficiaires du présent dispositif dans le cadre de ces consultations de prévention sont prises en charge selon le niveau d'indemnisation prévu au poste « Dentaire » sous réserve que la garantie soit souscrite au contrat Frais de santé.</p> <p>Sensibilisation à la nécessité d'avoir une bonne hygiène bucco-dentaire.</p> <p>(1) à 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans et pour les femmes enceintes.</p>
Cancers : traitement et prévention de leurs récurrences	
Aide à la décision thérapeutique, notamment opératoire, d'un cancer	<p>Prise en charge d'un forfait à hauteur de 450 € HT par prestation d'analyse aboutissant à la modélisation 3D des structures anatomiques et pathologiques d'un patient ayant une suspicion de cancer opérable à partir de son image médicale (Scanner ou IRM).</p> <p>La pertinence médicale de cette aide est subordonnée à l'avis des médecins en charge du patient (oncologues ; chirurgien...).</p>
Prévention des récurrences de cancers	<p>Programme d'accompagnement progressif et personnalisé de lutte contre les récurrences après un traitement de cancers à travers des interventions non médicamenteuses (INM) telles que : l'activité physique adaptée, l'alimentation et l'engagement motivationnel.</p> <p>Accompagnement d'une durée de 3 à 12 mois selon un niveau d'intervention et de progression défini par les professionnels de santé du programme.</p>
Bilan de prévention	
Bilan de prévention personnel	Accès à un bilan personnel de prévention en ligne permettant une analyse des habitudes de vie et des conseils personnalisés de santé sur 4 thématiques essentielles : manger, bouger, dormir, respirer.

(1) dans la limite des frais réels dûment justifiés engagés par le bénéficiaire.

Article 2 | Date d'entrée en vigueur

Le présent avenant prendra effet le 1^{er} janvier 2020.

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

Article 3 | 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 4

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 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 27 septembre 2019.

(Suivent les signatures.)