

Brochure n° 3255 | Convention collective nationale

IDCC : 1619 | **CABINETS DENTAIRES**

**Avenant n° 4 du 9 novembre 2023**  
à l'accord du 13 mars 2015  
relatif à l'instauration d'une couverture santé complémentaire

NOR : ASET2450033M

IDCC : 1619

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

**FSDL ;**

**UD ;**

**CDF,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FSPSS FO ;**

**FSAS CGT ;**

**UNSA santé sociaux,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Soucieux du maintien de la bonne santé des salariés de la branche professionnelle des cabinets dentaires, les partenaires sociaux souhaitent améliorer le régime collectif de couverture complémentaire santé à adhésion obligatoire, portant sur le remboursement des dépenses de santé mis en place au niveau national.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent avenant qui modifie les dispositions de l'accord du 13 mars 2015 relatif à l'instauration d'une couverture santé complémentaire.

**Entreprises de moins de 50 salariés**

Pour l'application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, la branche professionnelle des cabinets dentaires libéraux est très majoritairement composée des très petites entreprises (TPE), donc de moins de 50 salariés.

Dès lors, compte tenu de la nature de l'avenant, il n'y a pas de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés.

## **Article 1<sup>er</sup> | Prestations**

Les garanties, prévues à l'annexe I de l'accord du 13 mars 2015 relatif à la couverture complémentaire obligatoire frais de santé, modifiée par l'avenant n° 3 du 10 octobre 2019, sont remplacées par les garanties annexées au présent avenant.

Dans le cadre des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux précisent les mesures d'actions individuelles présentant un degré élevé de solidarité, en annexe II.

## **Article 2 | Durée et date d'effet**

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

## **Article 3 | Dépôt et demande d'extension**

Le présent avenant sera notifié aux organisations syndicales représentatives à l'expiration de la période de signature et déposé auprès du ministre chargé du travail, conformément aux dispositions de l'article L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

La partie la plus diligente s'engage à demander l'extension de ce texte dans les meilleurs délais selon les conditions prévues par l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

*Fait à Paris, le 9 novembre 2023.*

(Suivent les signatures.)

## Annexes

### Annexe 1 Tableaux des garanties 2024

#### 1. Formule de base

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.

Abréviations :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

DPTM (Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée) : OPTAM/OPTAM-CO OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée.

OPTAM-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée – Chirurgie-Obstétrique.

€ : Euro.

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire  
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.

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		100% BR	
Forfait Patient Urgences (FPU)		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Forfait actes dits « lourds »		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 :	100% BR  100% BR	
Chambre particulière		30 € 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 :	100% BR 100% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100% BR 100% BR
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		100% BR
Psychologues * (actes remboursés SS)		100 % BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		100% BR
Forfait actes dits « lourds »		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Médicaments :		
► remboursés SS		100% BR
► non remboursés SS		
Contraception		Crédit de 50 € par année civile
Pharmacie (hors médicaments) :		
► remboursée SS		100% BR
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		100% BR
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % de la BR

\* Psychologue : prise en charge à compter du 01/04/2022 des séances de psychologie pour les adultes et les enfants de plus de 3 ans, conformément au décret n° 2022-195 du 17 février 2022 et aux arrêtés des 2 et 8 mars 2022

## AIDES AUDITIVES

(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).

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV <sup>(***)</sup>	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction)		
Equipements libres Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire		100% BR <sup>(***)</sup>
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction)		100% BR <sup>(***)</sup>
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018)		100% BR

## DENTAIRE

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.		
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 Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.		
Inlay, onlay	125% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	125% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	125% BR dans la limite des HLF	
► Panier libre Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.		
Inlay, onlay	125% BR	
Inlay core	125% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	125% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	125% BR	

(\*) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de base et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

## OPTIQUE

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.

### NIVEAUX D'INDEMNISATION

NATURE DES FRAIS	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.		
Equipements de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) <sup>(**)</sup>	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements de classe A : Enfant - de 16 ans (Monture + 2 Verres) <sup>(**)</sup>		
Prestation d'appariage 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 Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.		
Equipements de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) <sup>(**)</sup>	Forfait de 200 € dont un maximum de 100 € pour la monture	
Equipements de classe B : Enfant - de 16 ans (Monture + 2 Verres) <sup>(**)</sup>		
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	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 75 € par année civile	

(\*) 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B. (\*\*) 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. Le 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 enfant 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 d'une 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite de PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
<b>Télésurveillance médicale remboursée SS **</b> (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	<b>100 % BR</b>

\*\* Actes de télésurveillance médicale (\*) : la télésurveillance médicale est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Complémentaire (dans le cadre des contrats responsables) à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2023 selon l'arrêté du 16 mai 2023. Seules les pathologies ayant reçu un avis favorable de la Haute Autorité de santé (HAS) et ayant fait l'objet d'une publication au Journal officiel par arrêté ministériel sont ouvertes à la prise en charge dans le cadre du droit commun. Il s'agit des pathologies suivantes :

- l'insuffisance cardiaque ;
- l'insuffisance rénale ;
- l'insuffisance respiratoire ;
- le diabète.



## Annexe II

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
<b>Santé bucco-dentaire</b>	
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 "M'T Dents" <sup>(1)</sup>. 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>
<b>Cancers : traitement et prévention de leurs récurrences</b>	
Aide à la décision thérapeutique, notamment opéré, 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>
<b>Bilan de prévention</b>	
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.