



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

Convention Collective Nationale
des Cabinets Dentaires



Tarifs 2019

Le régime frais de santé collectif
obligatoire de vos salariés recommandé
par les représentants employeurs
et salariés de votre branche

Régime frais de santé collectif obligatoire

Par accord du 13 mars 2015 complété en dernier lieu par l'avenant n° 2 du 22 octobre 2015 vos partenaires sociaux ont co-recommandé AG2R LA MONDIALE et la MACSF pour assurer et gérer le régime conventionnel de frais de santé obligatoire, au profit de l'ensemble des salariés relevant de la convention collective des cabinets dentaires, et ce quels que soient leur ancienneté, la nature de leur contrat de travail et le nombre d'heures effectuées.

Le chirurgien-dentiste salarié d'un chirurgien-dentiste libéral peut, s'il le souhaite, adhérer à ce régime.

Composition de la couverture santé du salarié

Obligatoire

Un régime de base obligatoire = financé par l'employeur à hauteur de 60 % minimum de la cotisation

- Régime obligatoire pour tous les salariés du cabinet dentaire (dès qu'il y a un contrat de travail, que le salarié soit présent ou non) sauf dans certains cas (voir dispenses)

- Régime conforme au « panier de soins » et au contrat « solidaire et responsable »
- le tarif est unique et sans questionnaire médical

Facultatif

Des couvertures facultatives pour le salarié et sa famille = prélèvement de la cotisation sur le compte bancaire de l'assuré

3 options au choix pour améliorer et compléter les garanties du régime de base

L'employeur peut décider, pour le compte de son salarié, de financer cette option en partie ou totalement

Cette option sera alors obligatoire pour tous les nouveaux embauchés du cabinet dentaire.

Pour bénéficier des exonérations sociales, cette décision sera actée dans un document appelé « Décision Unilatérale de l'Employeur » (DUE). Un modèle est téléchargeable sur les sites ag2rlamondiale et macsf.

Le financement de cette option par l'employeur sera obligatoirement le même pour tous les salariés, y compris pour tous les nouveaux embauchés.

Les garanties du régime frais de santé collectif obligatoire et les options facultatives

Les niveaux d'indemnisation du régime de base s'entendent « y compris le remboursement de Sécurité sociale ». Le régime de base est obligatoire pour les salariés et facultatif pour les ayants droit (conjoint, enfants).

Les niveaux d'indemnisation des options viennent s'ajouter aux garanties du régime de base.

Ces remboursements sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réellement engagés.

Définitions

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

SS : Sécurité sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

RSS : Remboursement Sécurité sociale

Précision sur le poste dentaire (voir point 3 suivant) :

Actes pris en charge pour les prothèses dentaires non remboursées :

- couronnes dentaires (HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenons provisoires, couronnes à recouvrement partiel) ;
- prothèses supra implantaires (HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171) ;
- bridges (HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023) ainsi que 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 tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenons provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

Garanties (Remboursement y compris SS)	Base collectif obligatoire	Régime Facultatif		
		+ Option 1*	ou Option 2*	ou Option 3*
Hospitalisation et soins externes				
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité⁽¹⁾				
Frais de séjour	100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	+ 200 % BR
Forfait journalier hospitalier dans la limite de la réglementation en vigueur (sans limitation de durée)	100 % FJH	-	-	-
ADC – Actes de Chirurgie – Acte d’anesthésie et Autres honoraires				
• Médecin ayant adhéré au DPTM ⁽²⁾	100 % BR	+ 120 % BR	+ 120 % BR	+ 200 % BR
• Médecin n’ayant pas adhéré au DPTM ⁽²⁾	100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR
Chambre particulière	30 € par jour	+ 20 € par jour	+ 40 € par jour	+ 60 € par jour
Frais d’accompagnement d’un enfant de moins de 16 ans	-	-	-	+ 50 € par jour
Transport remboursé SS				
Transport remboursé SS	100 % BR	-	-	-
Actes médicaux				
Généraliste (Consultation et visite)				
• Médecin ayant adhéré au DPTM ⁽²⁾	100% BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	+ 120 % BR
• Médecin n’ayant pas adhéré au DPTM ⁽²⁾	100% BR	+ 80 % BR	+ 80 % BR	+ 100 % BR
Spécialiste (Consultation et visite)				
• Médecin ayant adhéré au DPTM ⁽²⁾	100 % BR	+ 120 % BR	+ 150 % BR	+ 200 % BR
• Médecin n’ayant pas adhéré au DPTM ⁽²⁾	100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)				
• Médecin ayant adhéré au DPTM ⁽²⁾	100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	+ 200 % BR
• Médecin n’ayant pas adhéré au DPTM ⁽²⁾	100 % BR	+ 80 % BR	+ 80 % BR	+ 100 % BR
Actes d’imagerie médicale (ADI) Actes d’échographie (ADE)				
• Médecin ayant adhéré au DPTM ⁽²⁾	100 % BR	+ 70 % BR	120 % BR	+ 200 % BR
• Médecin n’ayant pas adhéré au DPTM ⁽²⁾	100 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR
Autres auxiliaires médicaux	100 % BR	-	-	-
Analyses	100 % BR	-	-	-
Pharmacie remboursée SS				
Pharmacie	100 % BR	-	-	-
Appareillage remboursé SS				
Prothèses auditives	100 % BR	+ 200 % BR	+ 300 % BR	+ 350 % BR
Orthopédie et autres prothèses	100 % BR	+ 200 % BR	+ 300 % BR	+ 350 % BR

Garanties (Remboursement y compris SS)	Base collectif obligatoire	Régime Facultatif		
		+ Option 1*	ou Option 2*	ou Option 3*
Dentaire				
Dentaire remboursé SS				
Soins dentaires	100 % BR	-	-	-
Inlays simples et onlays	125 % BR	+ 75 % BR	+ 75 % BR	+ 100 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS	125 % BR	-	+ 75 % BR	+ 100 % BR
Inlay core et inlay core à clavettes	125 % BR	-	+ 75 % BR	+ 100 % BR
Orthodontie acceptée par la SS	125 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
Dentaire non remboursé SS				
Prothèses dentaires non remboursées par la SS ⁽³⁾	-	-	+ 75 % BR	+ 150 % BR
Orthodontie refusée par la SS	-	+ 50 % BR	+ 50 % BR	+ 150 % BR
Implants dentaires	-	-	-	-
Optique⁽⁴⁾				
Équipement monture + 2 Verres (simples, complexes ou très complexes) ⁽⁴⁾	RSS + 200 € dont 100 € max pour la monture	+ 32,5 € par verre	+ 75 € par verre	+ 125 € par verre
Lentilles acceptées par la SS	100 % BR	-	-	+ 100 €
Lentilles refusées (y compris lentilles jetables) Crédit par année civile	-	75 €	100 €	150 €
Chirurgie réfractive (crédit annuel pour deux yeux)	-	-	300 €	500 €
Autres				
Vaccins anti-grippe et autres vaccins non remboursés SS sur prescription et facture (crédit par année civile)	-	crédit de 2 % du PMSS	crédit de 2 % du PMSS	crédit de 3 % du PMSS
Densitométrie osseuse Crédit par année civile	-	50 €	80 €	80 €
Acte de prévention conformément aux dispositions du décret n° 2005- 1226 du 29/09/2005	100 % BR	-	-	-
Contraception prescrite Crédit annuel	-	50 €	50 €	100 €
Ostéopathes, Chiropracteur, Diététiciens, Psychologues, Acupuncteurs	-	-	-	4 séances de 40 €/séances

* Les choix possibles sont : Base + Option 1 ou Base + Option 2 ou Base + Option 3

1) Conventionné / non conventionné.

2) Dispositif de Pratique Tarifaire Modérée.

3) Voir la liste des prothèses dentaires non remboursées en page 3.

4) La liste des verres se trouve dans la notice d'information remise au salarié.

Taux de cotisation mensuels

Les taux de cotisation sont exprimés en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).
Pour 2019, le PMSS s'élève à 3 377 euros.

Régime de base conventionnel

Adhésion collective et obligatoire pour le salarié.

- 60 % de la cotisation du régime obligatoire est pris en charge par l'employeur.
- 40 % maximum retenu sur le salaire.
- 100 % réglé par le cabinet.

Régimes optionnels facultatifs (libre choix du salarié)

Cotisation à la charge exclusive du salarié, appelée mensuellement sur son compte bancaire.

		PMSS
Salarié	Régime général	0,98 %
	Régime local	0,59 %

Adhésion facultative du salarié aux options et des ayants-droit à la base et aux options

		Extension du régime de Base aux ayants droit	Option 1	Option 2	Option 3
		PMSS	PMSS	PMSS	PMSS
Salarié	Régime général	-	0,31 %	0,51 %	0,90 %
Conjoint		1,05 %	0,31 %	0,51 %	0,90 %
Enfant*		0,61 %	0,18 %	0,22 %	0,33 %
Salarié	Régime local	-	0,31 %	0,51 %	0,90 %
Conjoint		0,63 %	0,31 %	0,51 %	0,90 %
Enfant*		0,37 %	0,18 %	0,22 %	0,33 %

* La gratuité est appliquée à partir du 3^e enfant

Fonctionnement de l'option

Le choix de l'option, en complément du régime de base, peut se faire à tout moment (affiliation au 1^{er} jour du mois qui suit la demande)

Le changement d'option est possible :

- **à la hausse** (option 1 vers option 2 ou 3 / option 2 vers l'option 3) au 1^{er} jour du mois qui suit la demande, si celle-ci est effectuée avant le 20 du mois
- **à la baisse** (option 3 vers option 2 ou 1 ; option 2 vers option 1 ; arrêt de l'option en cours) mais dans ce cas uniquement après 2 années complètes d'affiliation à l'option et sous réserve d'en faire la demande au moins 2 mois à l'avance par lettre recommandée avec accusé réception.

Régimes optionnels rendus obligatoires et financés partiellement ou totalement par l'employeur

Le cabinet peut étendre le régime de base aux ayants droit (conjoint et ou enfants du salarié). Il peut aussi rendre obligatoire l'une des 3 options.

Il doit pour cela le formaliser dans un document appelé « décision unilatérale de l'employeur ». Dans ce cas, le cabinet peut bénéficier des exonérations sociales, à l'identique du contrat de branche.

		Extension du régime de Base aux ayants droit	Option 1	Option 2	Option 3
		PMSS	PMSS	PMSS	PMSS
Salarié	Régime général	-	0,30 %	0,50 %	0,78 %
Conjoint		1,01 %	0,30 %	0,50 %	0,78 %
Enfant*		0,59 %	0,17 %	0,22 %	0,32 %
Salarié	Régime local	-	0,30 %	0,50 %	0,78 %
Conjoint		0,61 %	0,30 %	0,50 %	0,78 %
Enfant*		0,35 %	0,17 %	0,22 %	0,32

* La gratuité est appliquée à partir du 3^e enfant

Pour les anciens salariés

Les salariés sortants (qui bénéficiaient de la garantie frais de santé lorsqu'ils étaient en activité) pourront continuer à bénéficier à la sortie du cabinet dentaire de la garantie santé, à un tarif unique avantageux, sans évolution dans le temps du tarif en fonction de l'âge, et sans limite d'âge pour rentrer dans le régime.

La cotisation est appelée mensuellement sur le compte bancaire de l'assuré.

Régime Loi Evrin 1 ^{re} année		PMSS
Adulte	Régime général	0,98 %
Enfant*		0,60 %
Adulte	Régime local	0,59 %
Enfant*		0,36 %

* La gratuité est appliquée à partir du 3^e enfant

Exemples de remboursements

Selon la législation et tarifs en vigueur.

Une consultation chez le médecin ?

Jean, 43 ans consulte un spécialiste du secteur 2 ayant adhéré au DPTM* dans le cadre du parcours de soins.

Le montant de la consultation est de 80 €.

Montant remboursé (y compris SS) :

	Remboursement Mutuelle + Sécurité Sociale	Reste à charge pour le salarié
Base obligatoire	27,00 €	53,00 €
Option 1	60,60 €	19,40 €
Option 2	69,00 €	11,00 €
Option 3	79,00 €	1,00 €

Une paire de lunettes ?

Nous vous invitons à demander un devis « Optique » afin de connaître votre reste à charge.

Des séances d'ostéopathie et autres ?

Dans le cadre de l'Option 3, vous pouvez bénéficier d'un remboursement de 40 € par consultation, dans la limite de 4 séances dans l'année.

Ainsi, il est possible de consulter un ostéopathe pour 2 séances et un acupuncteur pour 2 autres séances.

* DPTM = dispositif de pratique tarifaire modérée

Les dispenses d'affiliation

Le salarié peut-il refuser d'adhérer au régime Frais de santé obligatoire de la branche ?

Oui, mais dans certains cas seulement :

- **Salarié bénéficiant déjà d'un contrat individuel lors de son embauche dans le cabinet**
Cette dispense ne s'applique que jusqu'à l'échéance dudit contrat. Le salarié sera affilié au régime frais de santé du cabinet au plus tard le 1^{er} janvier 2017, sauf à pouvoir bénéficier d'un autre cas de dispense. Le salarié pourra continuer à cotiser à son contrat individuel.
- **Salarié déjà couvert par un contrat collectif obligatoire :**
 - La mutuelle d'entreprise obligatoire du conjoint (l'affiliation du conjoint et des enfants doit être obligatoire)
 - les contrats dits « Madelin »
 - le régime local d'Alsace Moselle
 - le régime des Industries électriques et Gazières
 - les mutuelles de l'Etat ou des collectivités territoriales
- **Salarié bénéficiaire d'un CDD d'une durée de + 12 mois**
 - sur présentation obligatoire de justificatif d'une couverture santé chaque année.
- **Salarié bénéficiaire d'un CDD d'une durée inférieure ou égale à 12 mois**
 - pas de justificatif à fournir.
- **Salarié à temps partiel**
 - dont la cotisation frais de santé est supérieure ou égale à 10 % de sa rémunération brute.
- **Salarié bénéficiant de la CMU-C ou de l'ACS**
- **Salarié titulaire d'un CDD ou d'un contrat de mission** susceptible de bénéficier d'une couverture collective Frais de santé inférieure à 3 mois et qui justifie être couvert par un contrat individuel responsable hors CMU-C et ACS (2 conditions cumulatives) :
 - Ce salarié aura le choix de prendre la mutuelle du cabinet dentaire ou de bénéficier d'un chèque santé versé par l'employeur

Les situations les plus fréquentes

J'ai déjà une mutuelle individuelle lors de mon embauche dans le cabinet

Prévoyez de dénoncer votre contrat individuel, par lettre recommandée avec accusé réception, auprès de votre assureur actuel, en respectant le délai de résiliation inscrit dans votre contrat individuel. Vous pourrez, bien entendu, si vous le souhaitez conserver ce dernier, qui viendra en complément de la couverture obligatoire mise en place par votre employeur. Nous vous invitons dans ce cas à étudier les options proposées (3 options au choix) pour arrêter votre choix.

Je suis déjà couvert par la mutuelle de mon conjoint

Vous ne pourrez conserver la mutuelle de votre conjoint que si elle est obligatoire pour la famille c'est à dire qu'elle impose que tous les membres de la famille soient affiliés de manière obligatoire (conjoint, enfants à charge). Dans ce cas, vous pouvez bénéficier d'une dispense d'affiliation et compléter le bulletin mis en ligne sur le site internet dédié à votre profession. Chaque année, vous devrez justifier du caractère obligatoire de votre affiliation sur la mutuelle de votre conjoint.

Je suis actuellement en arrêt de travail, je souhaite m'affilier

Tout salarié d'un cabinet dentaire, quelle que soit la nature de son contrat de travail et qu'il soit présent ou non, peut s'affilier et bénéficier du régime Frais de santé de la branche mis en place par son employeur

J'ai déjà une mutuelle par le biais de mon autre employeur (multi employeurs)

Je suis donc couvert par un autre régime collectif et obligatoire propre à cette entreprise.

Dans ce cas, je peux bénéficier d'une dispense d'affiliation quel que soit le niveau de la couverture Frais de santé.

Mon conjoint travaille dans le même cabinet dentaire (les 2 sont salariés)

L'un des salariés au choix devra s'affilier au régime frais de santé du cabinet dentaire et son conjoint devra être affilié en tant qu'ayant-droit. Dans ce cas, ce dernier ne bénéficie ni de la portabilité, ni de la prise en charge d'une partie de sa cotisation par son employeur.

Je suis employée en tant que femme de ménage

Votre employeur doit vous proposer la complémentaire santé collective. Vous pouvez être dispensée d'y adhérer si vous bénéficiez d'un contrat santé obligatoire auprès d'un autre employeur ou si à temps partiel, la cotisation mutuelle à votre charge (soit au 01/01/2017 : 11,96 €) représente au moins 10 % de votre rémunération mensuelle brute (Cf. : autres dispenses).

Je remplace une assistante dentaire pendant son congé maternité (ou arrêt de travail)

Votre employeur doit vous proposer la complémentaire santé collective. Vous pouvez ne pas adhérer si votre contrat de remplacement est un CDD inférieur à 12 mois (congés maternité). Si votre contrat se prolonge et dépasse les 12 mois, vous pourrez :

- soit décider d'adhérer au régime collectif,
- soit continuer à être dispensée d'adhérer. Vous devrez justifier alors d'une couverture à titre individuelle.

Je suis couverte par la mutuelle du cabinet et je suis licenciée

Je suis licenciée (sauf pour faute lourde), je peux bénéficier gratuitement du maintien de ma couverture santé à droits et prestations identiques, dans la limite de 12 mois, à condition de percevoir des indemnités chômage.

Je suis couverte par la mutuelle du cabinet et mon contrat en CDD arrive à son terme

Je peux continuer à bénéficier gratuitement du maintien de ma couverture santé pendant une durée égale à celle du contrat qui nous liait, dans la limite de 12 mois.

Mais pour cela, je dois percevoir des d'indemnités chômage.

Je suis couverte par la mutuelle du cabinet et je pars à la retraite

Je peux continuer à bénéficier de la mutuelle de la branche, à un tarif avantageux, et surtout sans évolution du tarif dans le temps en fonction de l'âge.

Je dois pour cela en faire la demande dans les 6 mois suivant la fin de mon contrat.

La mise en place de votre contrat frais de santé

En tant qu'employeur, vous souhaitez adhérer et financer :

Le contrat conventionnel (base)

- **Pas de formalisme particulier** (dispositions figurant déjà dans votre convention collective)
Vous devrez simplement demander votre contrat par mail à l'adresse suivante : dentiste@ag2rlamondiale.fr (Préciser votre raison sociale, votre adresse, votre no siren, le nombre de salariés concernés, la date d'effet souhaitée et enfin le choix de garantie : régime de base)
- **Les options seront proposées à vos salariés qui pourront y souscrire s'ils souhaitent améliorer leur niveau de remboursement. Dans ce cas, la cotisation sera appelée directement sur leur compte bancaire.**

Le contrat de base + une option

- **Formalisme à respecter pour l'option uniquement**
Lorsque vous souhaitez faire bénéficier vos salariés et/ou leurs ayants droit, d'une option en complément du régime conventionnel de base, celle-ci doit être mise en place par une Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE) dont un modèle est disponible sur le site dédié à votre profession.

En pratique

Le régime de base est obligatoire (la DUE n'est pas une dispense).

Seuls les salariés déjà présents dans le cabinet lors de la mise en place du régime optionnel par DUE, pourront choisir d'adhérer ou non. L'affiliation à l'option choisie par l'employeur sera par contre obligatoire pour les futurs salariés embauchés.

Nos services en ligne pour vous informer et vous accompagner

Une carte Tiers payant nationale

La carte santé que reçoit le salarié dès son affiliation, permet une dispense d'avance de frais auprès de plus de 200 000 professionnels de santé partenaires.

Les remboursements sont effectués sous 48 heures (NOEMIE).



La carte de Tiers-payant santé, également disponible sur smartphone

De nombreux services en ligne

- Pour suivre ses remboursements
- Effectuer des prises en charge hospitalisation en ligne
- Estimer ses remboursements dentaires et optiques (réponse aux devis)
- Trouver un professionnel de santé acceptant la carte santé (opticiens, audioprothésistes, pharmaciens, biologistes, cabinets de radiologie, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ambulanciers-taxis, médecins généralistes)

Une application mobile « Ma santé » qui propose la carte de tiers payant santé dématérialisée

Comment en bénéficier ?

Téléchargez l'application « Ma santé » sur l'Appstore ou GoogleAPP.

Vos contacts

Nos conseillers sont à votre écoute

Pour toute question relative au processus de signature électronique ou d'affiliation de vos salariés, veuillez contacter nos équipes :

- Par email à l'adresse :
dentiste@ag2rlamondiale.fr
- Par téléphone :
 - Pour les employeurs :
0 972 67 2222*
 - Pour les salariés :
0 969 81 2000*

Pour faciliter les démarches lors de votre contact avec nos conseillers, munissez-vous des informations suivantes avant tout échange :

Employeur	Salarié(e)
- Numéro de SIRET de votre cabinet	- Numéro de contrat Santé collectif
- Numéro de contrat Santé collectif	- Numéro de Sécurité sociale

Nos sites internet

AG2R LA MONDIALE

www.cabinetsdentaires.ag2rlamondiale.fr

MACSF

www.macsf.fr

Rubrique prévoyance – santé / cabinet dentaire

*Prix d'un appel local

Les points forts de l'offre AG2R LA MONDIALE – MACSF

Votre adhésion vous garantit :

- Un tarif négocié et unique pour tous
- Un prix mutualisé garant d'une stabilité des prix
- Le libre choix pour les salariés de leurs praticiens (pas de réseau)
- La possibilité d'utiliser le tiers-payant
- Un pilotage rigoureux et transparent du régime par la commission paritaire de la branche
- La portabilité des droits en cas de chômage
- Gratuité pour les ayants droit d'assuré décédé pendant un an
- Un fonds social dédié (aides individuelles et collectives)
- La possibilité pour les futurs retraités de continuer à bénéficier d'une couverture identique à un tarif unique et sans limitation dans le temps

MACSF

10, cours du Triangle de l'Arche
92919 La Défense Cedex
www.macsf.fr

AG2R LA MONDIALE

104-110, bd Haussmann
75379 Paris Cedex 08
www.ag2rlamondiale.fr

Le présent document n'a pas de valeur contractuelle, il n'est conçu qu'à titre d'information et ne remplace pas les définitions inscrites au contrat

MACSF assurances – SIREN No 775 665 631 – Société d'Assurances Mutuelles – Entreprise régie par le Code des assurances – Siège social : cours du Triangle – 10, rue de Valmy, 92800 Puteaux

AG2R Réunica Prévoyance – Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale Membre d'AG2R LA MONDIALE – 104-110, boulevard Haussmann 75008 Paris – Membre du GIE AG2R Réunica