

**COMMISSION PARITAIRE PERMANENTE DE NEGOCIATION ET D'INTERPRETATION
DES CABINETS DENTAIRE LIBERAUX**

DU JEUDI 10 OCTOBRE 2019

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES CABINETS DENTAIRE

<p><i>Avenant n° 3 du 10 octobre 2019 à l'accord du 13 mars 2015 relatif à l'instauration d'une couverture santé complémentaire</i></p>
--

PREAMBULE

La réforme 100% santé, promesse de campagne d'Emmanuel MACRON, a été votée le 12 janvier 2019. L'objectif de cette loi est de répondre aux besoins de santé nécessaires à la population en évitant le renoncement aux soins pour raisons financières.

L'ensemble de ces soins identifiés seront pris en charge à 100% (Sécurité sociale et complémentaires santé).

Les partenaires sociaux de la branche des cabinets dentaires souhaitent adapter le régime collectif et obligatoire de frais de santé mis en place au niveau national, afin de le mettre en conformité avec la réforme « 100% Santé ».

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent avenant qui modifie les dispositions de l'Accord collectif du 13 mars 2015.

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 – PRESTATIONS

Les garanties, prévues à l'annexe I de l'accord du 13 mars 2015 relatif à la couverture complémentaire obligatoire frais de santé, qui ont pris effet au 1^{er} janvier 2016, sont remplacées par les garanties annexées au présent avenant.

ARTICLE 2 – DUREE ET DATE D'EFFET

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2020.

ARTICLE 3 – DEPOT 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 dans les meilleurs délais l'extension dans les conditions prévues par l'article L. 911-3 du code de la Sécurité sociale.

ANNEXE

Le détail des garanties en vigueur à compter du 01.01.2020 est repris ci-après.

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.

ABREVIATIONS :

- BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
- CCAM : Classification commune des actes médicaux
- 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
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- 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
- TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE			
Frais de séjour		100% BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100% BR	
Actes d'anesthésie (ADA)		100% BR	
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
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
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		100% BR
Médicaments :		
▶ remboursés SS		100% BR
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

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives	100% BR	
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(****)	
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(****)	
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	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 (***)		
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	

(*) 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 (*) :		
Equipements de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) (**)	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) (**)		
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 (***) :		
Equipements de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) (**)	Forfait de 200 € dont un maximum de 100 € pour la monture	
Equipements de classe B : Enfant - de 16 ans (Monture + 2 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 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 antiphtosis / verres iséioniques)	100% BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100% BR	

(*) 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 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.

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.

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.

Fait à PARIS, le 10 octobre 2019,

**Pour la (ou les) organisation(s) patronale(s)
représentative(s) dans le champ du présent accord :**

Les Chirugiens-Dentistes de France (Les CDF)

Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux
(FSDL)

Union Dentaire (UD)

**Pour les organisations syndicales de salariés
représentatives dans le champ du présent accord :**

Syndicat National Indépendant des Salariés
Prothésistes et Assistants Dentaires (SNISPAD)

Fédération Santé et action sociale - C.G.T.

Fédération Force ouvrière des personnels des
services publics et services de santé – F.O.

Fédération française de la santé et de l'action
sociale - C.F.E.- C.G.C.