

**COMMISSION PARITAIRE NATIONALE DES CABINETS DENTAIRES
DU VENDREDI 13 MARS 2015**

**ACCORD PORTANT INSTAURATION
D'UNE COUVERTURE SANTE COMPLEMENTAIRE COLLECTIVE
A ADHESION OBLIGATOIRE DANS LES CABINETS DENTAIRES LIBERAUX**

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES CABINETS DENTAIRES
(IDCC 1619)**

Entre, d'une part :

- Confédération nationale des syndicats dentaires (C.N.S.D.)
- Fédération des syndicats dentaires libéraux (F.S.D.L.)
- Union des jeunes chirurgiens-dentistes-Union dentaire (U.J.C.D. - UD)

Et, d'autre part :

- Fédération nationale indépendante des syndicats des prothésistes et assistant(e)s dentaires (F.N.I.S.P.A.D.)
- Fédération Force ouvrière des personnels des services publics et services de santé, F.O.
- Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux, C.F.D.T.
- Fédération nationale des syndicats chrétiens des personnels actifs et retraités des services de santé et services sociaux, C.F.T.C.
- Fédération santé et action sociale, CGT
- Fédération française de la santé et de l'action sociale, C.F.E.-C.G.C.

Préambule :

Par le présent accord, les parties signataires entendent instituer une couverture complémentaire collective à adhésion obligatoire portant sur le remboursement des dépenses de santé dans le champ de la convention collective des cabinets dentaires libéraux.

La volonté des partenaires sociaux est d'inscrire cette couverture « frais de santé » dans le cadre des contrats responsables.

Le présent accord vise à permettre aux employeurs de la branche d'avoir la capacité de choisir, s'ils le souhaitent, un des organismes recommandés par les partenaires sociaux de la branche au terme d'une procédure de mise en concurrence.

Les parties signataires entendent, par ailleurs, consacrer une partie des fonds collectés à des actions de prévention collectives au bénéfice des salariés, visant à relayer les campagnes nationales instaurées par les pouvoirs publics et des actions plus ciblées, spécifiques du champ du présent accord, visant à diminuer les risques professionnels et améliorer la qualité de vie et la santé au travail des salariés.

Dans le même esprit, les parties signataires souhaitent instaurer des aides ponctuelles individuelles aux salariés pour faire face à des situations familiales exceptionnelles. Ces fonds feront l'objet d'une gestion séparée. La commission paritaire de branche est chargée d'en étudier les orientations, les règles de fonctionnement et d'en contrôler la mise en œuvre.

Les parties signataires conviennent qu'en fonction de la montée en charge du régime et des restitutions faites par le ou les organismes recommandés, un point d'étape sera effectué tous les six mois pendant les deux premières années afin de piloter ce nouveau dispositif au mieux des intérêts des salariés et des employeurs.

Article 1 – Objet

Le présent accord est conclu conformément aux dispositions de l'article 1^{er} de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013. Il vise à organiser et faciliter la mise en œuvre de l'article L 911-7 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Article 2 – Champ d'application

Le présent accord collectif s'applique sur le territoire national métropolitain et les départements d'outre-mer, à tous les salariés relevant de la Convention collective nationale des cabinets dentaires. Le présent accord peut s'appliquer aux chirurgiens-dentistes salariés d'un chirurgien-dentiste libéral.

Article 3 – Salariés bénéficiaires

Tous les salariés visés à l'article 2 du présent accord, quelles que soient leur ancienneté et la nature de leur contrat de travail, bénéficient d'une couverture complémentaire collective à adhésion obligatoire en matière de frais de santé.

Article 4 – Dispenses d'affiliation

Le présent accord permet au salarié de demander par écrit une dispense d'affiliation dans les cas suivants :

- Le Salarié déjà couvert par une assurance individuelle frais de santé à la date de mise en place des garanties collectives obligatoires définies dans le présent accord, ou à la date d'embauche si elle est postérieure à cette mise en place. La dispense vaut jusqu'à échéance du contrat individuel, s'il le justifie, par écrit et au moyen des documents nécessaires auprès de l'employeur.
- Le salarié bénéficiaire d'une couverture complémentaire en application de l'article L 861-3 du Code de la Sécurité sociale (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L 863-1 du Code de la Sécurité Sociale (ACS), s'il le justifie, par écrit et au moyen des documents nécessaires auprès de l'employeur.

- Le salarié en contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à douze mois qui justifie auprès de l'employeur, par écrit et au moyen des documents nécessaires, d'une couverture individuelle complémentaire « frais de santé ».
- Le salarié en contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois qui bénéficie ou non d'une garantie individuelle « frais de santé ».
- Le salarié en contrat de professionnalisation à durée déterminée, d'une durée au moins égale à 12 mois, s'il justifie auprès de l'employeur, par écrit et au moyen des documents nécessaires, d'une couverture individuelle complémentaire « frais de santé ».
- Le salarié à temps partiel, dont la cotisation au dispositif collectif de garanties définies dans le présent accord représente au moins 10 % de sa rémunération mensuelle brute.
- Le salarié qui bénéficie par ailleurs, en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective « frais de santé » et qui le justifie annuellement auprès de l'employeur.

Le salarié dispensé d'affiliation ne bénéficie ni de la portabilité des droits en santé ni des avantages sociaux liés au contrat obligatoire et collectif.

Article 5 - Affiliation par l'employeur

À la date d'effet du présent accord, conformément à l'article 18 du présent accord, les employeurs qui auront choisi d'adhérer au contrat collectif à adhésion obligatoire mis en place par la branche, doivent obligatoirement affilier leurs salariés auprès d'un des organismes recommandés par celle-ci. L'affiliation se fait à l'aide d'un bulletin d'affiliation spécifique fourni par l'organisme.

Une notice d'information sera remise par l'employeur à chaque salarié bénéficiaire afin de lui faire connaître les caractéristiques du contrat, prestations et modalités d'application des garanties notamment les dispenses d'affiliation.

5-1 : formalités liées à l'affiliation

L'employeur, que ce soit à la mise en place de la complémentaire santé dans l'entreprise ou lors de l'embauche d'un salarié, doit :

- Informer chaque salarié de l'existence d'une couverture conventionnelle frais de santé à adhésion obligatoire et de la nature des garanties proposées par l'organisme choisi, en remettant une copie de la « notice de garanties »,
- Remettre en main propre à chaque salarié, contre décharge, un document indiquant les possibilités de dispenses d'adhésion et l'informant que sa demande de dispense le prive :
 - des avantages sociaux liés au contrat obligatoire et collectif,
 - de la portabilité de la couverture collective en cas de rupture du contrat de travail.

En cas de dispense, dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense annuelle des salariés concernés.

Le salarié, à défaut de réponse écrite dans les trente jours calendaires qui suivent la remise des documents définis ci-dessus, est affilié à la complémentaire santé proposée par l'employeur, au jour de la date d'effet de la mise en place de la complémentaire santé collective (cf. article 14 de l'accord) ou au jour de la date de début de la relation contractuelle.

La dispense d'affiliation étant annuelle, le salarié doit, le cas échéant, renouveler chaque année, sa demande de dispense d'affiliation par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise en main propre contre décharge auprès de son employeur. Cette demande doit être accompagnée de tous les documents justifiant la demande de dispense (attestations et /ou documents justifiant une adhésion par ailleurs).

Cependant, le salarié pourra à tout moment demander à bénéficier des garanties instituées par le présent accord, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise en main propre contre décharge à son employeur.

En cas de changement d'adresse, le salarié doit informer simultanément son employeur et l'organisme gestionnaire de la complémentaire santé conventionnelle par tous moyens permettant d'établir la preuve de cette information.

6 - Adhésion – Cotisations - démission

L'adhésion au régime collectif obligatoire complémentaire de frais de santé se fait à l'aide d'un bulletin d'adhésion.

Les cotisations afférentes sont prélevées chaque mois sur le bulletin de salaire et acquittées trimestriellement par l'employeur.

Aucun salarié ne peut démissionner du régime collectif, à titre individuel et de son propre fait, exception faite des cas définis à l'article 4 du présent accord. Dans ce cas, cette démission se fera à l'échéance annuelle de la date anniversaire du contrat collectif, par lettre recommandée avec accusé de réception ou lettre remise en main propre contre décharge à l'employeur, et justifiée par tout document nécessaire.

L'employeur devra en informer par écrit l'organisme assureur dans le mois qui suit la réception du courrier de démission.

La cotisation cessera d'être due le 1er jour du mois civil qui suit le retrait du salarié du régime collectif.

Article 7 – Garanties

Les garanties définies en annexe 1 du présent accord sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'Assurance Maladie obligatoire en vigueur à la signature de l'accord et des dispositions introduites par l'article 56 de la loi N° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la SS pour 2014 et du décret d'application n°2014-1374 du 18 novembre 2014.

En cas de changement de ces textes, les parties signataires s'engagent à revoir sans délai les conditions de garanties.

Les garanties portent sur les remboursements des frais, sur la période de garantie, ayant fait l'objet d'un décompte individualisé du régime de base de sécurité sociale ou du régime Alsace-Moselle, au titre de la législation « maladie », « accidents du travail/maladies professionnelles », « maternité », expressément mentionnés dans le tableau des garanties figurant en annexe.

En cas de modification des garanties, celles-ci prendront effet au 1^{er} janvier de l'année civile qui suit leur adoption. Elles ne sont pas modifiables par le salarié ou l'employeur.

Article 8 – Suspension du contrat de travail et maintien des garanties

Article 8-1 : Arrêt de travail

En cas d'arrêt de travail, le contrat de travail du salarié est suspendu, il continue à bénéficier de la couverture complémentaire santé à laquelle il est affilié, avec maintien de la participation employeur dès lors qu'il bénéficie d'indemnités journalières de la Sécurité sociale et/ou du régime de prévoyance ou d'un maintien de sa rémunération par son employeur. La cotisation due par le salarié est précomptée sur sa rémunération maintenue.

Article 8-2 – Maternité – Paternité - Adoption

Le salarié bénéficie de la couverture complémentaire santé à laquelle il est affilié. Le salarié acquittera sa quote-part de cotisation auprès de l'employeur mensuellement au plus tard le 20 de chaque mois afin que ce dernier puisse s'acquitter de la cotisation.

Article 8-3 – Congé sabbatique, congé parental d'éducation, ou autre congé ne donnant pas lieu à un maintien de salaire

Dans le cas de suspension du contrat de travail n'ouvrant pas ou plus droit au maintien de salaire ou indemnités journalières de Sécurité sociale, les garanties prévues à l'article 7 du présent accord sont suspendues, ainsi que l'obligation de cotisation.

De même, la participation employeur est suspendue jusqu'au retour du salarié dans l'entreprise.

Toutefois, le salarié peut demander le maintien du bénéfice des garanties moyennant le paiement de l'intégralité de la cotisation auprès de l'organisme assureur.

Article 9 – Portabilité des droits

La rupture du contrat de travail, quels qu'en soient la cause ou le motif, met fin aux garanties et au versement des cotisations dans le cadre du contrat collectif.

Cependant le dispositif de « maintien des droits, appelé aussi « portabilité des droits », permet à un ancien salarié pris en charge par l'assurance chômage en cas de rupture de son contrat de travail de conserver sa couverture santé sous certaines conditions.

Hors retraite le salarié dont le contrat de travail est rompu bénéficie de la portabilité si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- Le contrat de travail a été rompu pour un motif autre que la faute lourde.
- La cessation du contrat de travail ouvre droit à une indemnisation par l'assurance chômage.
- Le salarié a travaillé au moins un mois entier chez l'employeur.
- Le salarié a adhéré à la couverture complémentaire santé collective mise en place dans l'entreprise.

L'employeur informe l'organisme assureur de la date de cessation du contrat de travail .Il mentionne dans le certificat de travail remis au salarié, son droit, ou non, à la portabilité, le maintien des garanties ainsi que la durée de ces dernières.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail, ou, le cas échéant des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée, appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, ne peut, excéder douze mois.

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, de son indemnisation à l'assurance chômage ainsi que toute modification de sa situation entraînant la cessation du maintien des garanties.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant le période de maintien des droits.

- ✓ **Le financement** : le maintien des droits au régime frais de santé est assuré sans contrepartie de cotisation.
- ✓ **Le niveau de garanties** : pendant la période de portabilité, les garanties sont identiques à celles définies dans le contrat des actifs pour la catégorie de population assurée à laquelle le salarié appartenait. En cas de modification du contrat des actifs, les modifications de garanties sont appliquées au salarié

Article 10 : Droits à l'issue du dispositif de portabilité

À l'issue du dispositif de portabilité, l'organisme assureur adresse au concerné salarié une proposition de maintien de la couverture frais de santé à titre individuel.

Le salarié quittant l'entreprise pour prendre sa retraite, en raison d'une incapacité ou d'une invalidité peut bénéficier du maintien des garanties prévues à l'article 7 du présent accord, à titre individuel, et payant.

La demande doit être faite par le salarié, auprès de l'organisme assureur, dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le cas échéant, dans les six mois qui suivent l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties.

L'organisme assureur doit :

- Proposer à la personne concernée dans un délai de deux mois à compter de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période pendant laquelle elle a bénéficié du maintien temporaire de ces garanties, une couverture identique à celle des actifs.
- Fournir une notice d'information individuelle précisant les modalités de souscription, ainsi que le tarif proposé dans le respect de la réglementation.

Article 11 – Cotisation et répartition

La cotisation est répartie à raison de 60 % à la charge de l'employeur et 40 % à la charge du salarié.

La cotisation est différente selon que le salarié relève du régime général de sécurité sociale ou du régime Alsace-Moselle.

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.

La cotisation est payable trimestriellement, à terme échu, à l'organisme assureur. Elle doit être versée dans le premier mois de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé au moyen du bordereau fourni par l'organisme assureur.

Pour les salariés entrés en cours de période, la première cotisation mensuelle est calculée au prorata de la date d'entrée du salarié dans le cabinet.

L'employeur peut prendre en charge au moins la différence existant 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 du présent accord.

Article 12 – Choix du ou des organismes assureurs

À l'issue de la procédure de mise en concurrence, la commission paritaire de branche recommandera de un à trois organismes pour assurer la gestion du risque santé complémentaire conventionnel obligatoire des salariés de la branche.

Le ou les organismes recommandés seront mentionnés dans un avenant au présent accord.

La recommandation s'appliquera pour une durée de cinq ans à partir du 1^{er} janvier 2016, excepté dans le cas où l'un ou l'autre des organismes recommandés ne remplirait plus les conditions établies par les partenaires sociaux dans le cahier des charges relatif à la mise en concurrence.

Préalablement, l'organisme défaillant sera mis en demeure par la commission paritaire de corriger ses manquements, les corrections devront intervenir dans un délai de 6 mois. A défaut, la commission paritaire pourra l'exclure du champ de sa recommandation.

Article 13 – Mise en œuvre de l'accord

Les employeurs dont les salariés relèvent de la convention collective nationale des cabinets dentaires, excepté ceux qui auraient déjà mis en place un système de garanties collectives en matière de remboursements de frais de santé au moins équivalent à ceux prévus dans le présent accord, doivent faire bénéficier leurs salariés des garanties collectives définies par le présent accord à la date de parution de l'arrêté d'extension, et au plus tard au 1^{er} janvier 2016.

Il appartiendra aux employeurs ayant déjà mis en place avant la date d'extension du présent accord une garantie collective, de s'assurer que le régime existant dans l'entreprise est au moins équivalent en terme de garanties que celui mis en place par le présent accord.

Chaque salarié est libre de contracter des garanties additionnelles venant compléter le niveau de prestations du présent accord et la prise en charge de son conjoint et /ou de ses ayants droit.

Article 14 : Commission paritaire «frais complémentaires de santé »

Article 14-1 commission « appel d'offres frais de santé »

Les partenaires sociaux créent une commission paritaire «appel d'offres frais de santé» destinée à mettre en œuvre la procédure de mise en concurrence des organismes destinés à assurer la couverture du risque mis en place par le présent accord.

Cette commission est composée de six représentants dont trois appartiennent au collège des salariés représentatifs au niveau de la branche et d'autant de représentants des organisations patronales représentatives au niveau de la branche, signataires du présent accord.

La commission réceptionne les dossiers de candidature. Elle vérifie les conditions de recevabilité et d'éligibilité. Elle examine les réponses des candidats éligibles, elle les analyse, afin de permettre à la commission paritaire de recommander de un à trois organismes appelés à assurer le risque « complémentaire santé collective obligatoire » mis en place par le présent accord.

La commission « appel d'offres frais de santé » est présidée par le collègue salarié.

Le secrétariat est assuré par le collègue employeur.

Article 14-2 : Commission Paritaire de suivi de l'accord

- Les parties signataires décident de mettre en œuvre une Commission Paritaire de suivi de l'accord dont la partie patronale assure le secrétariat.
- Elle est composée d'un représentant par organisation syndicale de salariés représentative au niveau de la branche et d'autant de représentants des organisations patronales représentatives au niveau de la branche, du présent accord.
- La commission se réunit au moins une fois par an pour examiner l'effectivité de l'accord et les résultats du régime, ainsi que toutes statistiques et/ou les éléments concernant ce régime. Elle se réunit sur convocation du secrétariat dans les deux mois qui suivent l'envoi par le (ou les) organisme(s) recommandé(s) des comptes de résultat de l'année écoulée.

Le (ou) les assureurs recommandé(s) ont obligation de présenter annuellement à la Commission Paritaire le compte de résultat du régime ainsi que les résultats qualitatifs et quantitatifs relatifs au haut degré de solidarité et à la portabilité des droits.

À la demande d'au moins un de ses membres, la Commission de suivi se réunit dans un délai de deux mois à réception de la demande. Le secrétariat est chargé de la convocation.

Article 15 : Durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

La perte éventuelle de la qualité d'organisation représentative de l'une ou l'autre des parties signataires du présent accord n'entraîne pas la remise en cause de l'accord.

Article 16 : Révision

Le présent accord peut faire l'objet d'une demande de révision par l'une ou l'autre des parties signataires ou y ayant adhéré ultérieurement, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à chaque organisation signataire. Le courrier mentionne les modifications souhaitées et s'accompagne d'un projet de texte modificatif.

Lorsque l'un ou l'autre des organismes recommandés ne remplirait plus les conditions du cahier des charges annexé au présent accord, dans les deux mois suivant ce constat, la partie patronale convoquera l'ensemble des organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche, signataires du présent accord ou y ayant adhéré ultérieurement, pour une première réunion de négociation.

Les organisations syndicales de salariés représentatives, signataires du présent accord ou qui y ont adhéré conformément aux dispositions de l'article L. 2261-3 du Code du travail, sont seules habilitées à signer, dans les conditions prévues au chapitre II du titre III du Code du travail, l'avenant portant révision de cet accord.

Dans le cas où l'avenant portant révision est approuvé par l'ensemble des parties signataires de l'accord et celles y ayant adhéré ultérieurement, les nouvelles dispositions se substituent immédiatement à celles qu'il modifie. Il est opposable, dans des conditions de dépôt prévues à l'article L. 2231-6 du Code du travail, à l'ensemble des employeurs et des salariés liés par la convention ou l'accord.

Article 17 : Dénonciation

Le présent accord peut être dénoncé à tout moment par l'une ou l'autre des parties signataires ou y ayant adhéré ultérieurement, par lettre recommandée avec accusé de réception, en respectant un préavis de six mois.

Le présent accord peut faire l'objet d'une dénonciation partielle. La durée du préavis qui doit précéder la dénonciation partielle est de six mois.

Elle est déposée par la partie qui en est signataire au service dépositaire de l'accord qu'elles concernent. Un récépissé est délivré au déposant.

Dans les deux mois qui suivent la fin du préavis, à l'initiative de l'une ou de l'autre des parties signataires, une négociation sera engagée pour définir un nouvel accord.

Lorsque la dénonciation émane de la totalité des signataires employeurs ou des signataires salariés, l'accord continue de produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui est substitué ou, à défaut, jusqu'au 1^{er} janvier suivant à compter de l'expiration du délai de préavis. À défaut de nouvel accord dans le délai imparti, les salariés des entreprises concernées conservent les avantages individuels qu'ils ont acquis, en application du présent, à l'expiration de ce délai et cela pendant un an.

Lorsque la dénonciation est le fait d'une partie seulement des signataires employeurs ou des signataires salariés, elle ne fait pas obstacle au maintien en vigueur de l'accord entre les autres parties signataires.

Dans ce cas, les dispositions de l'accord continuent de produire effet à l'égard des auteurs de la dénonciation jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui est substitué ou, à défaut, jusqu'au 1^{er} janvier suivant à compter de l'expiration du délai de préavis.

Article 18 – Date d’effet

Le présent accord prendra effet le premier jour du mois qui suit la parution au Journal Officiel de l’arrêté d’extension et en tout état de cause impérativement au 1^{er} janvier 2016.

Article 19 – Dépôt et extension de l’accord

Les parties signataires conviennent de demander l’extension du présent accord.

Le dépôt en sera fait par la partie la plus diligente dans le respect de la réglementation en vigueur.

Fait à Paris le 13 mars 2015

PJ. : Annexe 1 : panier de soins

Confédération nationale des
syndicats dentaires
(C.N.S.D.)

Fédération des syndicats
dentaires libéraux
(F.S.D.L.)

Union des jeunes chirurgiens-dentistes -
Union dentaire
(U.J.C.D. - UD)

Fédération nationale indépendante
des syndicats des prothésistes et
assistant(e)s dentaires
(F.N.I.S.P.A.D.)

Fédération nationale des syndicats
chrétiens des personnels actifs et
retraités des services de santé et
services sociaux
- C.F.T.C. –

ANNEXE 1 - Paris, le 13 mars 2015 -

(accord portant instauration d'une couverture santé complémentaire collective à adhésion obligatoire dans les cabinets dentaires libéraux)

BRANCHE des Cabinets Dentaires - Mise en place d'un régime conventionnel

les garanties doivent être conformes aux dispositions de l'article D911-1 et de l'article R.871-2 du code de la Sécurité Sociale

		Remboursement total : SS + régime de branche
		La charge du régime de la branche est égale au remboursement total diminué de la prise en charge SS
Hospitalisation médicale et chirurgicale		
. Honoraires chirurgicaux et médicaux		100 % de BRSS
. Frais de séjour		100 % de BRSS
. Chambre particulière		30 euros /jour
. Forfait Hospitalier		100 % du forfait fixé par arrêt ministériel pris en charge par la couverture conventionnel
. Frais de transport acceptés par la SS		100 % BRSS
Pharmacie prise en charge à 65 % par la Sécurité Sociale		100 % de BRSS
Médecine courante		
. Consultations et visites généralistes		100 BRSS
. Consultations et visites spécialistes		100 % BRSS
. Analyses médicales		100 % BRSS
. Radiologie		100 % BRSS
. Auxiliaires médicaux		100 % BRSS
Prothèses autres que dentaires et acceptées par la SS		
. Prothèses auditives		100 % BRSS
. Orthopédie et prothèses autre que dentaires		100 % BRSS
Dentaire		
. Soins dentaires		100 % BRSS
. Prothèses dentaires remboursées par SS		125 % BRSS
. Orthodontie remboursée par SS		125 % BRSS
. Inlays/onlays		100 % BRSS
Optique	Tous les cas	Forfait de 200 € tous les 2 ans (sauf pour les mineurs ou en cas de changement de vue) (annuel) * le montant de la monture est limité à 100 € dans tous les cas
. Lentilles		100 % BRSS
Actes de prévention & droits non contributifs & solidarité		100 % BRSS
Autres postes		
. Vaccins remboursés par la SS		100 % BRSS

Confédération nationale des syndicats dentaires
(C.N.S.D.)

Fédération nationale indépendante des syndicats des prothésistes et assistant(e)s dentaires
(F.N.I.S.P.A.D.)

Fédération des syndicats dentistes libéraux
(F.S.D.L.)

Fédération nationale des syndicats chrétiens des personnels actifs et retraités des services de santé et services sociaux
- C.F.T.C. -

Union des jeunes chirurgiens-dentistes - Union dentaire
(U.J.C.D. - UD)