



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

CCN des Cabinets Dentaires



MACSF



Régime frais de santé collectif obligatoire de vos salariés - 2024

préconisé par les représentants employeurs et salariés
de votre branche

Régime frais de santé collectif obligatoire

Vos partenaires sociaux ont défini un 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 100 % santé ;
- Tarif identique pour tous.

À noter

Si l'entreprise fait le choix de prendre une option à titre obligatoire pour l'ensemble de ses salariés, ces derniers ne pourront pas souscrire à une option facultative à titre individuel.

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 www.ag2rlamondiale.fr et www.macsf.fr.

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.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent :

- pour la base obligatoire : **y compris** les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires ;
- pour les options : **en complément** des prestations versées par la Sécurité sociale et du régime de Base conventionnel, 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 (Dispositif 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 limite 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 l'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 – Conventionné / Non conventionné			
	Base obligatoire	Option 1	Option 2	Option 3
En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité				
Frais de séjour	100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	+ 200 % 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	-	-	-
Forfaits 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 - Pour les médecins adhérents à un DPTM - Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR	+ 120 % BR	+ 120 % BR	+ 200 % BR
	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 à charge de - 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	-	-	-	50 € par jour

Transport

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation – Conventionné / Non conventionné			
	Base obligatoire	Option 1	Option 2	Option 3
Transport remboursé Sécurité sociale	100 % BR	-	-	-

Soins courants

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation – Conventionné / Non conventionné			
	Base obligatoire	Option 1	Option 2	Option 3

Honoraires médicaux

Remboursés par la Sécurité sociale

Généralistes (Consultations et visites)				
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	+ 120 % BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR	+ 80 % BR	+ 80 % BR	+ 100 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)				
- Pour les médecins adhérents à un DPTM	100 % BR	+ 120 % BR	+ 150 % BR	+ 200 % BR
- Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR	+ 100 % BR

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation – Conventionné / Non conventionné			
	Base obligatoire	Option 1	Option 2	Option 3
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM) – Pour les médecins adhérents à un DPTM – Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR 100 % BR	+ 100 % BR + 80 % BR	+ 100 % BR + 80 % BR	+ 200 % BR + 100 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE) – Pour les médecins adhérents à un DPTM – Pour les médecins non adhérents à un DPTM	100 % BR 100 % BR	+ 70 % BR + 50 % BR	+ 120 % BR + 100 % BR	+ 200 % BR + 100 % BR
Honoraires paramédicaux – Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale) – Psychologues (actes remboursés SS)	100 % BR 100 % BR	- -	- -	- -
Analyses et examens de laboratoire – Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale	100 % BR	-	-	-
Forfaits actes dits lourds	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	-	-	-

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation – Conventionné / Non conventionné			
	Base obligatoire	Option 1	Option 2	Option 3

Non remboursés par la Sécurité sociale

Acupuncture, chiropractie, ostéopathie si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	-	-	-	40 € par acte, limité à 4 actes par an
Densitométrie osseuse	-	Crédit de 50 € par année civile	Crédit de 80 € par année civile	Crédit de 80 € par année civile

Médicaments

Remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	-	-	-
Non remboursés par la Sécurité sociale – Contraception	Crédit de 50 € par année civile	-	-	+ Crédit de 50 € par année civile

Pharmacie (hors médicaments)

Remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	-	-	-
Non remboursée par la Sécurité sociale : – Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits	-	Crédit annuel de 2 % du PMSS	Crédit annuel de 2 % du PMSS	Crédit annuel de 3 % du PMSS

Matériel médical

Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % BR	+ 200 % BR	+ 300 % BR	+ 350 % BR
--	----------	------------	------------	------------

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation – Conventionné / Non conventionné			
	Base obligatoire	Option 1	Option 2	Option 3
Actes de prévention remboursés Sécurité sociale				
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	-	-	-

Aides auditives

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation – Conventionné / Non conventionné			
	Base obligatoire	Option 1	Option 2	Option 3
Équipements 100 % Santé⁽¹⁾				
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽²⁾	-	-	-
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)				

Équipements libres⁽³⁾

Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	100 % BR ⁽²⁾	+ 200 % BR ⁽²⁾	+ 300 % BR ⁽²⁾	+ 325 % BR ⁽²⁾
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	100 % BR ⁽²⁾	+ 20 % BR ⁽²⁾	+ 20 % BR ⁽²⁾	+ 20 % BR ⁽²⁾

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation – Conventionné / Non conventionné			
	Base obligatoire	Option 1	Option 2	Option 3
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale⁽⁴⁾	100 % BR	-	-	-

(1) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(2) 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).

(3) Équipements 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 (1 700 € RSS inclus au 01/01/2021).

(4) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14/11/2018.

Dentaire

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation – Conventionné / Non conventionné			
	Base obligatoire	Option 1	Option 2	Option 3

Soins et prothèses 100 % Santé⁽¹⁾

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⁽²⁾

Inlay, Onlay	125 % BR dans la limite des HLF	+ 75 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	+ 75 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	+ 100 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾
--------------	---------------------------------	---	---	--

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation – Conventonné / Non conventonné			
	Base obligatoire	Option 1	Option 2	Option 3
Inlay core	125 % BR dans la limite des HLF	-	+ 75 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	+ 100 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	125 % BR dans la limite des HLF	-	+ 75 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾	+ 100 % BR dans la limite des HLF ⁽⁴⁾
Panier libre⁽³⁾				
Inlay, onlay	125 % BR	+ 75 % BR	+ 75 % BR	+ 100 % BR
Inlay core	125 % BR	-	+ 75 % BR	+ 100 % BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	125 % BR	-	+ 75 % BR	+ 100 % BR
Soins				
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	-	-	-
Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale				
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	125 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
Actes dentaires non remboursés Sécurité sociale				
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement Sécurité sociale	-	-	75 % BR	150 % BR
Orthodontie	-	50 % BR	50 % BR	150 % BR

(1) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

(4) 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 dit « Base » et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

Optique

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation – Conventionné / Non conventionné			
	Base obligatoire	Option 1	Option 2	Option 3
Équipements 100 % Santé⁽¹⁾				
Équipements de classe A : adulte et enfant de 16 ans et + (Monture + 2 verres) ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	-	-	-
Équipements de classe A : enfant de -16 ans (Monture + 2 verres) ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	-	-	-
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	-	-	-

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation – Conventionné / Non conventionné			
	Base obligatoire	Option 1	Option 2	Option 3

Équipements libres⁽³⁾

Équipements de classe B : Adulte et enfant de 16 ans et + (Monture + 2 verres) ⁽²⁾	Forfait de 200 € dont un maximum de 100 € pour la monture	+ 65 € ⁽⁴⁾	+ 150 € ⁽⁴⁾	+ 220 € ⁽⁴⁾
Équipements de classe B : Enfant de -16 ans (Monture + 2 verres) ⁽²⁾				

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	-	-	-

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation – Conventiionné / Non conventiionné			
	Base obligatoire	Option 1	Option 2	Option 3

Autres dispositifs médicaux d'optique

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR	-	-	+ Crédit de 100 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 75 € par année civile	-	+ Crédit de 25 € par année civile	+ Crédit de 75 € par année civile
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	-	-	Crédit de 300 € par année civile	Crédit de 500 € par année civile

(1) Équipements 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.

(2) 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'oeil 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'oeil 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.

(3) Équipements 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.

(4) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable (dont celui de 100 € pour la monture) tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de base dit « Base » et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

Autres frais

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation – Conventionné / Non conventionné			
	Base obligatoire	Option 1	Option 2	Option 3
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité sociale				
Dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale	100% BR	-	-	-

Prévention

Mesures d'actions individuelles de prévention au profit des salariés, des bénéficiaires de la portabilité au titre du contrat de prévoyance

Programme	Nature des actions
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 « M'T Dents »⁽¹⁾. Les frais engagés par les bénéficiaires du présent dispositif dans le cadre de ces consultations de prévention sont pris en charge selon le niveau d'indemnisation prévu au poste « Dentaire ».</p> <p>Sensibilisation à la nécessité d'avoir une bonne hygiène bucco-dentaire.</p>
Cancers: traitement et prévention de leurs récives	
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>

Programme	Nature des actions
Prévention des récidives de cancers	<p>Programme d'accompagnement progressif et personnalisé de lutte contre les récidives 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) À 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans et pour les femmes enceintes.



Taux de cotisations mensuels

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice en cours.

Celles-ci augmenteront chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond. Pour 2024, le PMSS s'élève à 3 864 €.

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.

	Cotisations		
	En euros	Part employeur	Part salarié
Salarié			
Régime général	50,23 €	30,14 €	20,09 €
Régime local	30,52 €	18,31 €	12,21 €





Régimes optionnels facultatifs (libre choix du salarié)

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

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.

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

	Cotisations			
	Extension du régime de base aux ayants-droit	Option 1	Option 2	Option 3
Régime Général				
Salarié	-	12,36 €	19,71 €	40,19 €
Conjoint	57,96 €	12,36 €	19,71 €	40,19 €
Enfant	31,68 €	7,34 €	8,50 €	14,68 €
Régime Local				
Salarié	-	12,36 €	19,71 €	40,19 €
Conjoint	32,84 €	12,36 €	19,71 €	40,19 €
Enfant	19,32 €	7,34 €	8,50 €	14,68 €

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.

	Cotisations			
	Extension du régime de base aux ayants-droit	Option 1	Option 2	Option 3
Régime Général				
Salarié	-	12,36 €	18,93 €	34,78 €
Conjoint	52,16 €	12,36 €	18,93 €	34,78 €
Enfant	30,91 €	6,96 €	8,50 €	14,30 €
Régime Local				
Salarié	-	12,36 €	18,93 €	34,78 €
Conjoint	31,68 €	12,36 €	18,93 €	34,78 €
Enfant	18,55 €	6,96 €	8,50 €	14,30 €



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.

Depuis le 1^{er} juillet 2017, les tarifs sont plafonnés comme suit :

- la 1^{re} année = tarif des actifs
- la 2^e année = tarif des actifs majoré de 25 %
- la 3^e année = tarif des actifs majoré de 50 %

La bascule d'un tarif 1^{re} année à un tarif 2^e année s'effectue à la date d'anniversaire de l'adhésion.

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

Régime loi Évin 1^{re} année

Tarifs, si l'ancien salarié bénéficiait d'une option souscrite par son employeur

	Base	Option 1	Option 2	Option 3
Régime Général				
Ancien salarié	50,23 €	12,36 €	18,93 €	34,78 €
Adulte ⁽¹⁾	73,80 €	18,55 €	30,53 €	52,55 €
Enfant	30,91 €	6,96 €	8,89 €	13,52 €
Régime Local				
Ancien salarié	30,53 €	12,36 €	18,93 €	34,78 €
Adulte ⁽¹⁾	44,05 €	18,55 €	30,53 €	52,55 €
Enfant	18,93 €	6,96 €	8,89 €	13,52 €

(1) Conjoint et Majeur protégé

Tarifs, si l'option avait été souscrite individuellement à titre facultatif

	Base	Option 1	Option 2	Option 3
Régime Général				
Ancien salarié	50,23 €	18,55 €	30,53 €	52,55 €
Adulte ⁽¹⁾	73,80 €	18,55 €	30,53 €	52,55 €
Enfant	30,91 €	6,96 €	8,89 €	13,52 €
Régime Local				
Ancien salarié	30,53 €	18,55 €	30,53 €	52,55 €
Adulte ⁽¹⁾	44,05 €	18,55 €	30,53 €	52,55 €
Enfant	18,93 €	6,96 €	8,89 €	13,52 €

(1) Conjoint et Majeur protégé

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.
- 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 CSS (Complémentaire Santé Solidaire).

- 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 CSS (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. 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 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 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



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

Pour les employeurs qui mettraient en place une option obligatoire par DUE, seuls les salariés déjà présents dans le cabinet pourront choisir d'adhérer ou non.
L'affiliation à l'option choisie par l'employeur sera par contre obligatoire pour les futurs salariés embauchés.

Les services inclus dans votre offre santé

Le tiers payant

Dans le cadre de votre contrat, AG2R LA MONDIALE met à votre disposition une carte de tiers payant qui vous permet de bénéficier du tiers payant auprès de professionnels de santé tels que les établissements hospitaliers conventionnés, les pharmacies, les radiologues, les laboratoires d'analyses... Votre carte de tiers payant est strictement personnelle et atteste à tout moment de votre appartenance à AG2R LA MONDIALE.

Qu'est-ce que le tiers payant ?

Le tiers payant vous permet d'éviter l'avance de frais, particulièrement pour les dépenses courantes ou certaines dépenses élevées, notamment l'hospitalisation, l'optique et le dentaire.

Comment fonctionne le tiers payant ?

Chez le pharmacien

Pour bénéficier du tiers payant sur les frais engagés, présentez à votre pharmacien :

- la carte Vitale ou son attestation qui permet la prise en charge de frais concernant le régime de base de la Sécurité sociale,
- la carte de tiers payant qui permet la prise en charge du Ticket Modérateur (TM).

Le tiers payant est possible avec toutes les pharmacies de l'ensemble des départements français.

Pour connaître la liste des professionnels de santé qui pratiquent le tiers payant, connectez-vous sur votre espace client www.ag2r.lamondiale.fr.

Chez les autres professionnels de la santé

Des accords ont été signés avec d'autres professionnels de santé tels que les laboratoires d'analyses médicales, les radiologues, les ambulanciers, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes...

Pour en bénéficier, présenter à ces professionnels de santé votre Carte Vitale et votre carte de tiers payant.

À l'hôpital

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, AG2R LA MONDIALE délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux normalement laissés à votre charge (forfait hospitalier 20€/jour).

L'établissement hospitalier ou vous-même devrez fournir les informations suivantes, par téléphone ou par courrier, au plus tôt 15 jours avant la date d'entrée prévue :

- n° de Sécurité sociale de l'assuré principal.
- nom et prénom du bénéficiaire des soins.
- n° de sécurité sociale du bénéficiaire des soins (s'il est différent de celui de l'assuré principal).
- date exacte d'entrée.
- adresse ou fax de l'établissement.

Pour tous les soins externes réalisés dans la plupart des centres hospitaliers, le tiers payant sera accordé sur simple présentation de la carte de tiers payant.

Chez l'opticien

Vous présentez votre carte de tiers payant à l'opticien qui s'adresse directement au centre de gestion AG2R LA MONDIALE pour obtenir la prise en charge optique.

AG2R LA MONDIALE règle l'opticien de la part complémentaire. Vous avancez la part Sécurité sociale et réglez la part restant éventuellement à votre charge. Des accords de tiers payant ont été signés avec 14 000 opticiens.

Chez le dentiste

Si votre chirurgien-dentiste accepte de pratiquer le tiers payant sur les prothèses dentaires et l'orthodontie, il doit alors effectuer une demande de prise en charge. N'hésitez pas à lui demander s'il pratique ce service.

Un devis ? Une facture ? Connectez-vous !

Avez-vous testé l'envoi d'une facture depuis votre espace client pour procéder au remboursement de vos soins ?

Désormais, ce service est également disponible pour les demandes d'étude de devis optique et dentaire.

Comment lire votre carte de tiers payant

Nom et prénom des assurés (pointe vers le nom dans le tableau)

N° d'immatriculation à la Sécurité sociale (à rappeler lors de toute correspondance avec votre mutuelle) (pointe vers le NNI dans le tableau)

Période de validité (pointe vers la date dans le bandeau supérieur droit)

BENEFICIAIRE	NOM	PRENOM	REALISÉ	DATE MAJ	QUOTIENT	SE1	SE2	SE3	SE4	SE5	SE6	SE7	SE8	SE9	SE10	SE11	SE12
MARTIN OLIVIER						100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MARTIN ODILE						100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MARTIN PAUL HENRI						100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MARTIN MARIE PAULINE						100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Date de naissance des assurés. Vérifiez que celle-ci soit identique à celle mentionnée sur votre carte Vitale. Si ce n'est pas le cas, adressez-nous une photocopie de l'attestation de votre carte Vitale. (pointe vers la date de naissance dans le tableau)

Prestations ouvertes au tiers payant (pointe vers les colonnes SE1-SE12 dans le tableau)

À savoir

Vos demandes de prise en charge sont à effectuer sur le site **Almerys**. Les taux indiqués ne remettent pas en cause les garanties supérieures éventuellement souscrites mais concernent les modalités de tiers payant.

La géolocalisation des professionnels de santé

Pour l'utiliser, il vous suffit de vous inscrire aux services en ligne – c'est gratuit et sans aucune obligation.

<https://inscription.ag2rlamondiale.fr/connexion/>

Les réseaux partenaires Itelis : des soins de qualité au meilleur prix

Grâce à nos nombreux partenaires, c'est tout un réseau de professionnels de santé qui permet de bénéficier de multiples avantages et de Services préférentiels.

C'est aussi l'assurance d'avoir une prise en charge de qualité, quels que soient le besoin et la garantie.

En optique

- jusqu'à 40 % d'économie sur les verres,
- une réduction minimale de 15 % sur les montures et produits para-optiques (lunettes de soleil...),
- la qualité des verres fabriqués par des grands verriers,
- une garantie casse de 2 ans pour la monture et les verres.

Chez les audioprothésistes

- jusqu'à 15 % d'économie sur les aides auditives,
- 0 % à 15 % de remise minimale sur les produits d'entretien et les accessoires,
- un contrôle annuel de l'audition,
- la garantie panne de 4 ans,
- le prêt gracieux d'un appareil auditif en cas de réparation ou de remplacement.

Réseau bien-être ostéopathie

Des ostéopathes et des chiropracteurs qualifiés disponibles partout en France à des tarifs négociés pour les consultations en cabinet et à domicile.

Réseau bien-être psychologie

Des psychologues expérimentés dans la pratique des Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) également accessibles depuis chez vous avec le service « Psy en visio ».



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*

*Prix d'un appel local

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

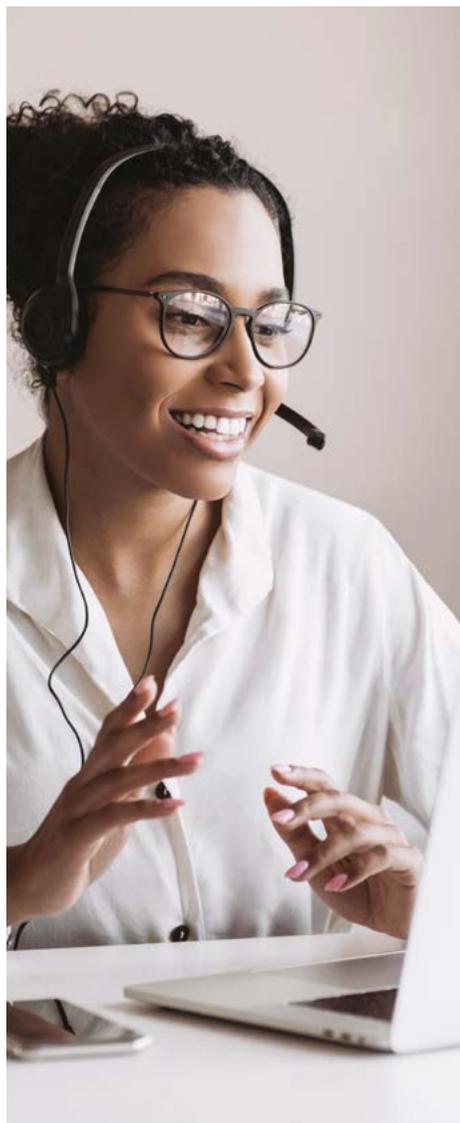
AG2R LA MONDIALE

www.cabinetsdentaires.ag2rlamondiale.fr

MACSF

www.macsf.fr

Rubrique prévoyance – santé / cabinet dentaire



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

Pour les professionnels et les entreprises, nous offrons une gamme étendue de solutions en protection sociale.

Je crée mon entreprise

Couvrir mes dépenses de santé
Me protéger en cas d'imprévu
Être accompagné dans la gestion de mon entreprise
Épargner pour ma retraite
Choisir mon statut social
Optimiser ma rémunération

Nos conseillers sont là pour échanger avec vous, vous écouter et vous accompagner dans vos choix.

www.ag2rlamondiale.fr

Je prépare l'avenir de mon entreprise

Mieux comprendre ma protection sociale
Couverture sociale et avantages des salariés
Permettre à mes salariés d'épargner
Mieux valoriser mon entreprise
Protéger la trésorerie de mon entreprise

Je prépare ma retraite

Me protéger en cas d'imprévu
Me constituer un capital Revenu pour la vie
Conseil carrière et retraite
Simuler le montant de ma retraite

AG2R LA MONDIALE

14-16 boulevard Malesherbes
75379 PARIS CEDEX 08

Je transmets mon entreprise

Préparer la transmission de mon entreprise
Conservier ma protection sociale
Protéger mon patrimoine privé
Analyser mes revenus futurs

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R - Siège social : 14-16, boulevard Malesherbes 75008 PARIS - SIREN 333 232 270.

MACSF

10, cours du Triangle de l'Arche
92919 LA DÉFENSE CEDEX
www.macsf.fr

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

