

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie

NOR : SSAS1821640A

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,
Vu le code de la sécurité sociale, et notamment ses articles L. 162-9, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;
Le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes consulté,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvée la convention organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, annexée au présent arrêté, signée le 21 juin 2018, par le directeur l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, le président de la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD), le président de l'Union dentaire (UD) et le président de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM).

Art. 2. – La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 20 août 2018.

*La ministre des solidarités
et de la santé,*
AGNÈS BUZYN

*Le ministre de l'action
et des comptes publics,*
GÉRALD DARMANIN

ANNEXE

CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES CHIRURGIENS-DENTISTES LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE

Vu le code de la sécurité sociale et notamment les articles L. 161-33, L. 162-1-7, L. 162-4, L. 162-8, L. 162-9, L. 162-14-1, L. 162-14-4, L. 162-14-5, L. 182-3, et L. 322-3, L. 861-1, L. 861-3 et suivants, L. 863-1 à L. 863-6 et suivants ;

Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L. 1434-2 et L. 1434-8, L. 2134-1, L. 1434-4.

Il a été convenu ce qui suit entre :

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, représentée par M. Nicolas REVEL (directeur général),

Et :

L'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie, représentée par M. Maurice RONAT (président) ;

Et :

La Confédération Nationale des Syndicats Dentaires, représentée par M. Thierry SOULIE (président) ;

Et :

L'Union Dentaire, représentée par M. Philippe DENOYELLE (président) ;

Préambule**Titre préliminaire – portée de la convention nationale**

Article 1^{er} – **Objet de la convention**

Article 2 – **Champ d'application de la convention**

Titre I^{er} – Conforter l'accès aux soins dentaires de l'ensemble des assurés sociaux sur tout le territoire

Sous-titre I^{er} – Améliorer l'accès aux soins dentaires pour tous sur l'ensemble du territoire

Article 3 – Instauration d'un dispositif démographique équilibré prenant en compte l'offre globale de soins dentaires

Article 3.1 – Dispositif d'incitation à l'installation et au maintien dans les zones « très sous-dotées »

Article 3.1.1 – Contrats incitatifs chirurgiens-dentistes

Article 3.1.1.1 – Contrat type national d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes (CAICD) dans les zones « très sous-dotées » en offre de soins dentaires

Article 3.1.1.2 – Contrat type national d'aide au maintien d'activité des chirurgiens-dentistes (CAMCD) dans les zones « très sous-dotées » en offre de soins dentaires

Article 3.1.2 – Dispositif commun au contrat incitatif des chirurgiens-dentistes

Article 3.2 – Instauration de mesures de régulation de conventionnement

Article 3.3 – Permanence des soins

Article 3.3.1 – Rémunération de l'astreinte

Article 3.3.2 – Mise en place d'une majoration spécifique des actes réalisés dans le cadre d'une permanence des soins dentaires

Sous-titre II – Améliorer l'accès financier aux soins dentaires

Article 4 – Dispositif de rééquilibrage de l'activité dentaires au profit des soins conservateurs et chirurgicaux

Article 5 – Principe de revoyure annuelle et modalités de déclenchement de celle-ci

Article 6 – Clause d'indexation des plafonds

Article 7 – Prise en charge de nouveaux actes et revalorisation des actes conservateurs des tissus dentaires, en appui du dispositif de rééquilibrage

Article 7.1 – Mise en place d'une différenciation des actes par matériau et par localisation

Article 7.2 – Valorisation des actes conservateurs des tissus dentaires

Article 7.3 – Autres mesures tarifaires

Article 7.4 – Groupe de travail

Article 7.5 – Evolution de la CCAM

Article 8 – Dispositions applicables aux patients bénéficiant de la protection complémentaire en matière de santé (CMU-C) et aux patients bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une protection en matière de santé (ACS)

Titre II – Renforcer la prévention et l'éducation sanitaire

Sous-titre I^{er} – Dispositif de prévention en faveur des enfants, adolescents et jeunes adultes

Article 9 – Les acteurs du dispositif

Article 9.1 – Les bénéficiaires

Article 9.2 – Les professionnels concernés

Article 9.3 – Contenu du dispositif

Article 9.3.1 – Le contenu de l'examen de prévention

Article 9.3.2 – Les soins consécutifs à l'examen de prévention

Article 9.3.3 – Les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention

Sous-titre II – Dispositif de prévention des femmes enceintes

Article 10 – Les acteurs du dispositif

Article 10.1 – Les bénéficiaires

Article 10.2 – Les professionnels concernés

Article 10.3 – Le contenu de l'examen de prévention

Article 10.4 – Les tarifs d'honoraires

Sous-titre III – Dispositif d'accompagnement à la prise en charge des patients en situation spécifique

Article 11 – De nouvelles prises en charge pour les patients diabétiques

Article 11.1 – Population concernée

Article 11.2 – Professionnels concernés

Article 11.3 – Prise en charge d'un bilan parodontal et des soins liés à une pathologie parodontale

Article 12 – Mesures spécifiques pour les personnes en situation de handicap sévère

Article 12.1 – Patients concernés

Article 12.2 – Valorisation de la prise en charge des patients en situation de handicap et des techniques de sédation consciente utilisées dans ce cadre

Article 13 – Mesures spécifiques pour la prise en charge des patients sous anticoagulant

Article 14 – Expérimentation de prise en charge globale de prévention

Article 15 – Parcours de prévention incitatif

Titre III – Modalités d'exercice conventionnel

Article 16 – Démarche de chirurgien-dentiste auprès de la caisse lors de l'installation en libéral

Article 17 – Démarche du chirurgien-dentiste auprès de la caisse lors de la cessation d'activité en libéral

Article 18 – Modalités d'exercice

Article 19 – Situation des chirurgiens-dentistes exerçant au sein des sociétés d'exercice

Article 20 – Situation du remplaçant

Article 21 – De la qualité et du bon usage des soins

Article 22 – Respect du libre choix

Article 23 – Documents ouvrant droit au remboursement des prestations

Article 24 – Rédaction des ordonnances

Article 25 – Facturation des honoraires

Article 25.1 – Document de facturation

Article 25.2 – Dispositions particulières liées à la réalisation d'un acte dans un établissement de santé

Article 25.3 – Accord préalable pour les actes d'orthopédie dento-faciale

Article 26 – Mode de fixation des honoraires

Article 26.1 – Mode de fixation des honoraires

Article 26.1 – Principe

Article 26.2 – Entente directe et honoraires limites de facturation

Article 26.3 – Dépassements

Article 26.4 – Devis

Article 27 – Droit permanent à dépassement (DP)

Article 28 – Mise en oeuvre de la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux

Article 28.1 – Tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS

Article 28.2 – Tiers payant pour les patients pris en charge au titre de la maternité ou d'une affection de longue durée (ALD)

Article 28.3 – Tiers payant et EBD

Article 28.4 – Autres tiers payant

Article 29 – Chirurgiens-dentistes spécialistes (chirurgie orale et médecine bucco-dentaire)

Titre IV – Modernisation des relations entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes

Article 30 – La transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire

Article 30.1 – Principe de télétransmission des feuilles de soins électroniques

Article 30.2 – L'utilisation de la carte de professionnel de santé

Article 30.3 – L'utilisation de la carte vitale

Article 30.4 – Les règles de télétransmission de la facturation

Article 30.4.1 – L'équipement informatique des caisses d'assurance maladie

Article 30.4.2 – Equipement informatique du chirurgien-dentiste

Article 30.4.3 – Liberté de choix du réseau

Article 30.5 – Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques

Article 30.5.1 – Etablissement des FSE

Article 30.5.2 – Délai de transmission des FSE

Article 30.5.3 – Délai de paiement en cas de dispense d'avance des frais

Article 30.5.4 – Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais

Article 30.5.5 – Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique

Article 31 – Les autres procédures de facturation

Article 31.1 – La feuille de soins SESAM « dégradé »

Article 31.1.1 – Procédure exceptionnelle

Article 31.1.2 – Transmission des feuilles de soins SESAM « dégradé »

Article 31.2 – La facturation via la feuille de soins sur support papier

Article 31.3 – Le déploiement de la norme NOEMIE 580

Article 31.4 – La mise en place d'un centre de services inter-régimes (CESI)

Article 31.5 – Mise à disposition de téléservices par l'assurance maladie obligatoire

Article 32 – Valorisation de la modernisation du cabinet dentaire : création d'un forfait de modernisation et d'informatisation du cabinet dentaire

Titre V – Dispositions sociales

Article 33 – Participation de l'assurance maladie au régime des prestations complémentaires vieillesse

Article 34 – Avantages complémentaires de vieillesse

Article 35 – Assurance maladie maternité décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

Titre VI – Vie conventionnelle

Article 36 – Durée et conditions d'application de la convention

Article 36.1 – La durée de la convention

Article 36.2 – Les modalités de notification et d'adhésion

Article 36.3 – La résiliation de la convention

Article 37 – Instances conventionnelles

Article 37.1 – La commission paritaire nationale (CPN)

Article 37.1.1 – Composition

Article 37.1.2 – Missions

Article 37.2 – Commission paritaire régionale (CPR)

Article 37.2.1 – Composition

Article 37.2.2 – Missions

Article 37.3 – Commission paritaire départementale (CPD)

Article 37.3.1 – Composition

Article 37.3.2 – Missions

Article 37.4 – Dispositions communes à la commission paritaire nationale, aux commissions paritaires régionales et départementales

Article 37.5 – Comité technique paritaire permanent national (CTPPN)

Article 37.6 – Observatoire conventionnel national

Article 38 – Non-respect des dispositions conventionnelles

Article 38.1 – De l'examen des cas de manquement

Article 38.2 – Procédure de sanction

Article 38.2.1 – Procédure préalable d'avertissement

Article 38.2.2 – Relevé de constatation et période de présentation de ces observations par le chirurgien-dentiste

Article 38.2.3 – Examen par la commission paritaire départementale

Article 38.3 – Les mesures encourues

Article 38.4 – Les condamnations par l'ordre ou les tribunaux

Article 38.5 – Les dispositions communes

Article 38.6 – Procédure exceptionnelle de déconventionnement

Article 38.7 – Continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur de la convention

ANNEXE I – TARIFS

ANNEXE II – COEFFICIENTS DE MAJORATION POUR LES ANTILLES, LA GUYANE, LA RÉUNION ET MAYOTTE APPLICABLES AUX TARIFS DE REMBOURSEMENT « MÉTROPOLE » DES ACTES SUIVANTS

ANNEXE III – TARIFS (EN EUROS) DES ACTES BUCCO-DENTAIRES FIGURANT À LA CCAM

ANNEXE IV – HONORAIRES LIMITES DE FACTURATION DES ACTES POUVANT FAIRE L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE

ANNEXE V – RÉPARTITION DES ACTES À ENTENTE DIRECTE ENTRE LES ACTES SANS RESTE À CHARGE, LES ACTES POUR LESQUELS L'ENTENTE DIRECTE SERAIT LIMITÉE ET LES ACTES POUR LESQUELS L'ENTENTE DIRECTE RESTE LIBRE

ANNEXE VI – CLAUSE DE REVOYURE

ANNEXE VII – CONTRAT TYPE D'AIDE À L'INSTALLATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES DANS LES ZONES TRÈS SOUS-DOTÉES EN OFFRE DE SOINS DENTAIRES (CAICD)

ANNEXE VIII – CONTRAT TYPE D'AIDE AU MAINTIEN D'ACTIVITÉ DES CHIRURGIENS-DENTISTES DANS LES ZONES DÉFICITAIRES EN OFFRE DE SOINS DENTAIRES (CAMCD)

ANNEXE IX – « CONTRAT INCITATIF CHIRURGIEN-DENTISTE »

ANNEXE X – MODÈLE DE FORMULAIRE D'ADHÉSION AU « CONTRAT INCITATIF CHIRURGIEN-DENTISTE » OPTION 1 : AIDE À L'INSTALLATION EN ZONE « TRÈS SOUS-DOTÉE »

ANNEXE XI – MODÈLE DE FORMULAIRE D'ADHÉSION AU « CONTRAT INCITATIF CHIRURGIEN-DENTISTE » OPTION 2 AIDE AU MAINTIEN EN ZONE « TRÈS SOUS-DOTÉE »

ANNEXE XII – MAJORATIONS SPÉCIFIQUES DANS LE CADRE DE LA PERMANENCE DES SOINS DENTAIRES

ANNEXE XIII – LISTE DES SOINS CONSÉCUTIFS PRIS EN CHARGE AU TITRE DU DISPOSITIF D'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE DES JEUNES VISÉ À L'ARTICLE 9 DE LA CONVENTION NATIONALE

ANNEXE XIV – DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE

ANNEXE XV – RÈGLEMENT INTÉRIEUR TYPE DES INSTANCES CONVENTIONNELLES

ANNEXE XVI – LA COMMISSION DES CHIRURGIENS-DENTISTES CHARGÉE DE DETERMINER LES RÈGLES DE HIÉRARCHISATION DES ACTES DENTAIRES (CHAP)

Préambule

Depuis vingt ans des progrès importants ont été réalisés en matière de soins bucco-dentaires. Le nombre d'enfants indemnes de caries dentaires a nettement progressé, grâce à la mobilisation depuis plus de cinquante ans des chirurgiens-dentistes, puis avec le concours de l'Etat et de l'assurance maladie, obligatoire et complémentaire, qui ont mis en place une politique de prévention renforcée dont le champ s'est progressivement élargi au cours de ces dernières années.

Malgré ces progrès indéniables, les partenaires conventionnels constatent que d'importantes marges d'amélioration subsistent et que les mesures en matière de prévention des pathologies bucco-dentaires doivent être poursuivies et accentuées.

En outre, de réelles difficultés d'accès aux soins dentaires perdurent au-delà des seuls publics fragiles, notamment pour les soins prothétiques qui peuvent générer parfois pour les ménages des restes à charge élevés, nécessitant la mise en place d'actions correctrices volontaristes.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels observent également que la répartition de l'offre de soins sur le territoire est inégale et ne permet pas à l'intégralité de la population d'accéder à des soins dentaires dans des délais raisonnables.

Enfin, les partenaires conventionnels reconnaissent que la rémunération actuelle de la pratique ne favorise pas assez le recours aux techniques dentaires privilégiant la préservation de la dent et des tissus dentaires.

Au vu de ces constats, les partenaires conventionnels, conscients que la santé bucco-dentaire est un élément indissociable de la bonne santé générale, souhaitent engager une démarche de refonte profonde de l'activité dentaire conventionnée et de ses conditions tarifaires, permettant l'accès de tous, sur l'ensemble du territoire national, à des soins bucco-dentaires pertinents de qualité.

Ils réaffirment ainsi leur implication dans la politique d'amélioration de la santé bucco-dentaire au travers de la prévention et du suivi régulier permettant d'éviter ou de retarder le recours aux soins prothétiques ou chirurgicaux.

Les partenaires conventionnels s'accordent ainsi à poursuivre les efforts accomplis en matière de prévention en proposant plus précocement le droit aux examens de prévention bucco-dentaires pour les enfants de 3 ans.

Ils souhaitent renforcer la prise en charge des soins dentaires en faveur de catégories de populations fragiles et de publics spécifiques, comme les patients en situation de handicap lourd.

Dans ces conditions, les partenaires conventionnels portent au travers de cette convention une ambition nouvelle conjuguant une revalorisation des soins conservateurs et chirurgicaux importante, régulière et s'inscrivant dans la durée et une régulation des tarifs pratiqués sur certains des actes prothétiques, tout en préservant les capacités des professionnels à s'adapter aux techniques et matériaux innovants. Cependant, ils réaffirment que le rééquilibrage ainsi opéré ne permet toujours pas d'atteindre les valeurs cibles pour les soins conservateurs et chirurgicaux. L'objectif de porter la revalorisation de ces actes à une valeur reflétant le coût de la pratique aura donc vocation à se poursuivre au-delà de la durée de cette convention.

Aussi, ils s'engagent dans une démarche conventionnelle constructive et évolutive, permettant :

1. De garantir l'accès aux soins bucco-dentaires par l'ensemble des assurés sociaux sur tout le territoire.
2. D'engager un dispositif de rééquilibrage favorisant une médecine bucco-dentaire moderne, respectueuse de la préservation de la dent et des tissus dentaires.
3. De renforcer la démarche de prévention et l'éducation sanitaire des publics les plus fragiles.
4. De moderniser les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes libéraux pour une amélioration du service rendu au quotidien aux professionnels de santé et aux patients.

TITRE PRÉLIMINAIRE

PORTÉE DE LA CONVENTION NATIONALE

Article 1^{er}

Objet de la convention

La présente convention a pour objet :

- de décrire les principes, modalités et procédures appelés à régir les relations entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes libéraux ayant adhéré à la présente convention ;
- d'améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires par le renforcement des mesures incitatives à l'installation dans les zones déficitaires ;
- de renforcer et développer la prévention et l'éducation sanitaire tout au long de la vie et ce dès 3 ans ;
- de procéder à un rééquilibrage de l'activité bucco-dentaire en faveur de soins précoces et conservateurs ;
- de garantir l'accessibilité financière aux actes prothétiques fréquents par la mise en place d'honoraires limites de facturation (plafonds tarifaires) ;
- de rénover la vie conventionnelle ;
- de déterminer les modalités de facturation et de règlement.

Article 2

*Champ d'application de la convention****Les chirurgiens-dentistes bénéficiaires des dispositions conventionnelles***

La convention et ses avenants entrent en vigueur le lendemain de la publication de leurs arrêtés d'approbation.

Les chirurgiens-dentistes placés sous le régime de la présente convention bénéficient des droits qui y sont précisés et s'engagent à en respecter toutes les dispositions ainsi que celles des textes régissant l'exercice de la profession.

La présente convention s'applique aux chirurgiens-dentistes exerçant à titre libéral, ainsi qu'aux chirurgiens-dentistes salariés d'un chirurgien-dentiste libéral en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'outre-mer, qui ont fait le choix d'exercer sous le régime conventionnel, pour les soins dispensés au cabinet, au domicile du patient et, le cas échéant, dans les structures de soins, dès lors que celles-ci facturent à l'acte.

Sont exclus du champ d'application de la convention les chirurgiens-dentistes salariés exclusifs exerçant dans un établissement public ou privé d'hospitalisation, dans un établissement social ou médico-social ou dans un centre de santé (à l'exception des dispositions relatives aux rémunérations à l'acte, conformément à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale).

La présente convention s'applique également aux organismes de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire.

Sont désignés dans la présente convention comme les « caisses » et « l'assurance maladie », les organismes chargés de la gestion d'un régime d'assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique. Lorsque la seule caisse primaire ou caisse générale de sécurité sociale est visée, elle est réputée agir pour son compte et pour le compte de tous les organismes d'assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique.

Les engagements conventionnels s'imposent également aux chirurgiens-dentistes qui exercent à la place d'un chirurgien-dentiste conventionné dans le cadre d'un remplacement. Dans ce cas, le chirurgien-dentiste conventionné informe les intéressés de l'obligation qui leur incombe de respecter les dispositions conventionnelles.

Les caisses d'assurance maladie respectent toutes les dispositions prévues par la présente convention et les textes réglementaires régissant l'exercice de la profession.

Les Organismes complémentaires d'assurance maladie respectent les textes conventionnels et réglementaires qui les concernent.

Les patients bénéficiaires des dispositions conventionnelles

Les dispositions conventionnelles bénéficient à l'ensemble des assurés sociaux relevant des risques garantis par les régimes d'assurance maladie obligatoire, y compris le régime de la couverture maladie universelle (CMU) et les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), et le régime des accidents du travail et des maladies professionnelles.

TITRE I^{er}CONFORTER L'ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES DE L'ENSEMBLE DES ASSURÉS SOCIAUX
SUR TOUT LE TERRITOIRESOUS-TITRE I^{er}

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES POUR TOUS SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

Article 3

*Instauration d'un dispositif démographique équilibré
prenant en compte l'offre globale de soins dentaires*

Article 3.1

Dispositif d'incitation à l'installation et au maintien dans les zones « très sous-dotées »

Les parties signataires souhaitent parvenir à une meilleure répartition de l'offre de soins dentaires sur le territoire afin de garantir une réponse adaptée aux besoins sanitaires de la population.

Les parties signataires estiment nécessaire, par des mesures structurantes, de privilégier l'implantation des chirurgiens-dentistes libéraux dans les zones « très sous-dotées » et de favoriser le maintien de l'activité des chirurgiens-dentistes qui y sont d'ores et déjà installés.

Article 3.1.1

Contrats incitatifs chirurgiens-dentistes

Article 3.1.1.1

*Contrat type national d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes (CAICD)
dans les zones « très sous-dotées » en offre de soins dentaires*

Le contrat type national d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes dans les zones « très sous-dotées » est défini en annexe 7 du présent texte.

a) Objet du contrat d'aide à l'installation :

Ce contrat vise à favoriser l'installation des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans les zones caractérisées par une insuffisance d'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins, par la mise en place d'une aide forfaitaire pour les accompagner dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses etc...).

b) Bénéficiaires du contrat d'aide à l'installation :

Le présent contrat est proposé aux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés qui s'installent en exercice libéral dans une zone « très sous dotée ».

Sont concernés par ce contrat, les chirurgiens-dentistes qui exercent à titre principal dans ces zones :

- soit à titre individuel ;
- soit en groupe.

La notion d'exercice à titre principal fera l'objet d'une définition en Commission Paritaire National (CPN).

L'exercice en groupe s'entend comme le regroupement d'au moins deux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans les mêmes locaux, installés dans ces zones et liés entre eux par :

- un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ou de société civile de moyens (SCM) ;
- ou par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'Ordre.

Dans ces deux modes d'exercices, seuls les chirurgiens-dentistes titulaires libéraux conventionnés en propre peuvent adhérer à ce contrat, les collaborateurs libéraux ou salariés en sont exclus.

Cependant, le chirurgien-dentiste ayant exercé auparavant en tant que collaborateur non titulaire dans ces zones, peut adhérer à ce contrat dès lors qu'il s'installe nouvellement en cabinet libéral en tant que titulaire dans les zones susvisées.

Le chirurgien-dentiste ne peut bénéficier qu'une seule fois de ce contrat, celui-ci étant conclu intuitu personae. Ce contrat n'est pas transférable. Il n'est pas non plus cumulable avec le contrat de maintien de l'activité (CAMCD).

Le chirurgien-dentiste signataire d'un contrat CAICD peut cependant, au terme de ce contrat, bénéficier d'un contrat de maintien de l'activité (CAMCD) en zone « très sous-dotée ».

c) Engagements du chirurgien-dentiste signataire :

En adhérant au contrat d'aide à l'installation, le chirurgien-dentiste s'engage à exercer, à titre principal, et poursuivre son activité libérale conventionnée dans la zone précisée à l'article précédent, pendant une durée de cinq ans consécutifs à compter de la date d'adhésion au contrat, sauf cas de force majeure (décès, invalidité...).

Il s'engage par ailleurs à remplir les conditions lui permettant de percevoir le forfait de modernisation et d'informatisation du cabinet professionnel prévu au présent texte.

Enfin, il s'engage à informer préalablement la caisse de la circonscription de son cabinet principal de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

d) Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé :

Le chirurgien-dentiste adhérent au contrat bénéficie du versement par l'assurance maladie, d'une aide forfaitaire au titre de l'équipement du cabinet ou d'autres investissements professionnels d'un montant de 25 000 euros.

Cette aide est versée la première année d'exercice à compter de la signature du contrat par l'ensemble des parties.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Modulation possible par l'agence régionale de santé dans un contrat type régional :

Les chirurgiens-dentistes conventionnés souhaitant s'installer dans une zone identifiée par l'agence régionale de santé comme « très sous dotée », peuvent bénéficier d'une majoration de cette aide forfaitaire, dans les conditions définies par le contrat type régional arrêté par chaque ARS, conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette majoration ne peut excéder 20 % du montant de l'aide forfaitaire prévue au présent article.

Elle bénéficie au maximum à 20 % des zones éligibles dans la région au sens du *a* et *b* du présent article.

e) Résiliation du contrat :

Le chirurgien-dentiste peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation volontaire prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

En cas de résiliation anticipée du contrat (sauf cas de force majeure comme le décès ou une invalidité), la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le chirurgien-dentiste.

En cas d'absence de respect par le chirurgien-dentiste de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

Le chirurgien-dentiste dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au chirurgien-dentiste la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 3.1.1.2

Contrat type national d'aide au maintien d'activité des chirurgiens-dentistes (CAMCD) dans les zones « très sous-dotées » en offre de soins dentaires

Le contrat type national d'aide au maintien des chirurgiens-dentistes dans les zones « très sous-dotées » est défini à l'annexe 8 du présent texte.

a) Objet du contrat d'aide au maintien d'activité :

Ce contrat vise à favoriser le maintien en exercice des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans les zones « très sous-dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire, afin de limiter les contraintes financières pesant sur les chirurgiens-dentistes et de leur permettre de réaliser des investissements, de se former et contribuer ainsi à améliorer la qualité des soins dentaires.

b) Bénéficiaires du contrat d'aide au maintien d'activité :

Le présent contrat est proposé aux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés déjà installés en exercice libéral dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins telle que précisée au *a* du présent article.

Sont concernés par ce contrat, les chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés qui exercent à titre principal dans lesdites zones :

- soit à titre individuel ;
- soit en groupe.

L'exercice en groupe s'entend comme le regroupement d'au moins deux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans les mêmes locaux, installés dans ces zones et liés entre eux par :

- un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ou de société civile de moyens (SCM) ;
- ou par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'Ordre.

Les chirurgiens-dentistes libéraux titulaires et leurs collaborateurs exerçant dans les zones très sous dotées peuvent adhérer à ce contrat.

Ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à l'installation (CAICD).

c) Engagements du chirurgien-dentiste signataire :

En adhérant au contrat d'aide au maintien d'activité, le chirurgien-dentiste s'engage à exercer et poursuivre son activité libérale conventionnée dans la zone définie à l'article *a* pendant une durée de trois ans consécutifs à compter de la date d'adhésion du professionnel au contrat.

Il s'engage par ailleurs à remplir les conditions lui permettant de percevoir le forfait de modernisation et d'informatisation du cabinet professionnel prévu au présent texte.

Enfin, il s'engage à informer préalablement la caisse de la circonscription de son cabinet principal de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

d) Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé dans le contrat d'aide au maintien d'activité :

Le chirurgien-dentiste bénéficie d'une aide forfaitaire de 3 000 euros par an au titre de l'équipement du cabinet ou d'autres investissements professionnels.

Elle est versée au titre de chaque année avant le 30 avril de l'année civile suivante.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Modulation possible par l'agence régionale de santé dans un contrat type régional :

L'agence régionale de santé peut décider de moduler les conditions d'octroi de l'aide au maintien en activité pour les chirurgiens-dentistes adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme zone « très sous-dotée ».

Cette modulation pourra porter sur la condition de participation du professionnel à la permanence des soins dentaires. Cette modulation ne doit concerner au maximum que 20 % des zones éligibles dans la région au sens des *a* et *b* du présent article.

e) Résiliation du contrat :

Le chirurgien-dentiste peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation volontaire prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du lieu d'exercice principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

En cas de résiliation anticipée du contrat (sauf cas de force majeure comme le décès ou une invalidité), la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le chirurgien-dentiste.

En cas d'absence de respect par le chirurgien-dentiste de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

Le chirurgien-dentiste dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au chirurgien-dentiste la fin de son adhésion et récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 3.1.2

Dispositif commun au contrat incitatif des chirurgiens-dentistes

a) Articulation du contrat type national avec les contrats types régionaux :

Les contrats incitatifs chirurgiens-dentistes types nationaux sont définis aux annexes 7 et 8 du présent texte conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats types régionaux sont définis par chaque ARS après appréciation des éventuelles aides existantes dans la région pour soutenir cette activité conformément aux dispositions des contrats types nationaux. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale prévue dans les contrats types nationaux sont définies dans les contrats types régionaux.

Un contrat tripartite entre le chirurgien-dentiste, la caisse d'assurance maladie et l'ARS, conforme aux contrats types régionaux est proposé aux chirurgiens-dentistes éligibles.

b) Dispositions transitoires :

Contrats incitatifs chirurgien-dentiste conclus dans le cadre de l'avenant n° 2 à la précédente convention nationale

A compter de la date d'entrée en vigueur des contrats types régionaux, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs chirurgiens-dentistes conclus sous l'empire de la précédente convention nationale et repris en annexe 9 du présent texte.

Les contrats incitatifs chirurgiens-dentistes en cours, conclus sous l'empire de la précédente convention nationale et repris en annexe 9 du présent texte perdurent jusqu'à leur arrivée à échéance.

Afin d'assurer une neutralité financière aux chirurgiens-dentistes dans le cadre des réformes en cours sur les cotisations sociales et également pour garantir aux professionnels une meilleure lisibilité des aides versées, l'aide versée au titre de la participation aux cotisations sociales est convertie en un montant forfaitaire, conformément au point 4 de l'annexe 9. Un avenant aux contrats incitatifs chirurgiens-dentistes en cours est conclu pour acter cette modification.

A compter de l'entrée en vigueur du dispositif démographique instauré par le présent texte et de la publication des nouveaux contrats dans la région, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux options conventionnelles issues de la précédente convention nationale figurant aux annexes 10 et 11 du présent texte.

Nouveaux contrats incitatifs chirurgiens-dentistes issus du présent texte

A titre dérogatoire, les partenaires conventionnels conviennent qu'un chirurgien-dentiste qui s'installe en libéral, dans l'année précédant l'entrée en vigueur des nouveaux contrats types régionaux, peut bénéficier de l'adhésion au contrat d'aide à l'installation défini en annexe 7 du présent texte.

c) Conséquences d'une modification des zones éligibles aux contrats incitatifs :

Par dérogation, les contrats conclus sur la base des modèles de contrats définis dans le présent texte par des chirurgiens-dentistes ne se trouvant plus dans les zones éligibles aux contrats incitatifs à la suite de la publication de l'arrêté du directeur général de l'ARS, se poursuivent jusqu'à leur terme.

Article 3.2

Instauration de mesures de régulation de conventionnement

Les partenaires conventionnels s'engagent à mettre en place un groupe de travail afin d'élaborer un dispositif démographique de régulation du conventionnement dans les zones qualifiées de sur dotées par le directeur général de l'ARS, en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, selon une méthodologie arrêtée par les partenaires conventionnels tenant compte de l'intégralité de l'offre de soins bucco-dentaires, c'est-à-dire de l'offre libérale mais aussi de celle offerte par les chirurgiens-dentistes exerçant dans les centres de santé dentaires et polyvalents.

Ces travaux conventionnels préalables seront menés entre l'assurance maladie et les représentants nationaux des chirurgiens-dentistes libéraux, et les représentants des étudiants. Ils seront effectués sur la base d'une méthodologie de zonage rénovée et réadaptée, prenant en compte des critères spécifiques communs, permettant de définir les zones dans lesquelles le conventionnement des chirurgiens-dentistes libéraux et des centres de santé sera régulé ou incité, la révision du zonage pouvant avoir lieu avant la négociation des avenants.

Sur la base de ces travaux, des négociations conventionnelles seront ouvertes par le Directeur général de l'UNCAM avec les partenaires conventionnels, mais aussi avec les représentants des étudiants et des centres de santé, et ce, de manière concomitante.

Ces négociations seront ouvertes en vue de la conclusion de nouveaux avenants conventionnels démographiques applicables à chacune des catégories de professions susvisées, qui seront destinés à mettre en place un dispositif démographique rénové applicable aux chirurgiens-dentistes libéraux et aux centres de santé, tenant compte de l'intégralité de l'offre de soins bucco-dentaires.

Dans le cadre de ce nouvel avenant ils prévoient de renforcer l'incitation des chirurgiens-dentistes à l'installation en zone « très sous-dotées », en portant le niveau de l'aide forfaitaire du contrat d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes (CAICD) instauré par la présente convention à hauteur de 50 000€.

Ces accords ne pourront toutefois être conclus qu'après habilitation du législateur, permettant aux accords passés entre l'assurance maladie et les représentants des centres de santé, de mettre en place des mesures de régulation au conventionnement dans certaines zones, à l'instar de ce qu'il a permis concernant les chirurgiens-dentistes libéraux et d'autres catégories de professionnels de santé libéraux, comme les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmières ou les sages-femmes.

Article 3.3

Permanence des soins

Article 3.3.1

Rémunération de l'astreinte

La participation du chirurgien-dentiste au dispositif de permanence des soins dentaires est formalisée par une inscription nominative sur le tableau départemental de garde et par une intervention régulée.

Sur un secteur donné, le paiement de l'astreinte s'effectue au profit du chirurgien-dentiste libéral conventionné inscrit au tableau de garde.

Pour justifier du versement de la rémunération de l'astreinte, le chirurgien-dentiste de permanence s'engage à être disponible et joignable pendant les heures d'astreinte afin de prendre en charge le patient dans les meilleurs délais.

Les chirurgiens-dentistes de permanence remplissant les engagements ci-dessus bénéficieront d'une rémunération de 75 euros par demi-journée d'astreinte les dimanches et jours fériés.

Article 3.3.2

Mise en place d'une majoration spécifique des actes réalisés dans le cadre d'une permanence des soins dentaires

Les partenaires conventionnels expriment leur volonté de valoriser par le biais d'une majoration spécifique les actes réalisés dans ce cadre, pour tenir compte de la mobilisation du plateau technique, dans un souci de qualité et d'efficacité de l'organisation des soins.

Ainsi, dès lors que le chirurgien-dentiste conventionné mentionné sur le tableau de gardes et inscrit auprès du conseil départemental de l'ordre intervient dans le cadre de la permanence des soins dentaires, il bénéficiera d'une majoration spécifique pour les actes qu'il réalise.

La nature et le montant de cette majoration sont définis à l'annexe 12 du présent texte.

SOUS-TITRE II

AMÉLIORER L'ACCÈS FINANCIER AUX SOINS

Article 4

*Dispositif de rééquilibrage de l'activité dentaire
au profit des soins conservateurs et chirurgicaux*

Afin de parvenir à une refonte progressive et significative de l'activité dentaire permettant de diminuer le recours aux soins prothétiques, au profit des soins préservant la dent et les tissus dentaires dans un objectif de pertinence des actes, et de tenir compte du nécessaire temps d'adaptation des chirurgiens-dentistes pour réaliser ce changement de pratique, les partenaires conventionnels s'accordent à mettre en place un dispositif progressif de rééquilibrage de l'activité dentaire, échelonné sur 5 ans à compter du 1^{er} avril 2019.

Ce processus de rééquilibrage progressif en 5 étapes, se déroulant jusqu'au 1^{er} janvier 2023, repose sur le principe :

- d'une part, d'une revalorisation progressive de soins bucco-dentaires fréquents, échelonnée sur 5 ans, allant jusqu'au 1^{er} janvier 2023, concentrée sur les soins conservateurs de la dent et des tissus dentaires tels que : les restaurations coronaires, les inlay-onlays, l'endodontie, les scellements de sillons et les actes chirurgicaux sur dents temporaires et définitives. Les revalorisations tarifaires progressives instaurées dans ce cadre, ainsi que les actes concernés par cette revalorisation sont précisés en annexe 3 de la présente convention.
- et, d'autre part et concomitamment, d'une définition d'honoraires limites (plafonds) de facturation progressifs pour des actes faisant l'objet d'une entente directe, applicables à une liste d'actes prothétiques ciblés, dont le champ est progressivement élargi sur toute la durée de la convention, sans que ces limitations ne couvrent in fine la totalité du champ des actes susceptibles de faire l'objet d'une entente directe.

Les honoraires limites de facturation instaurés dans ce cadre, correspondant à l'honoraire maximal facturable par le chirurgien-dentiste au patient, ainsi que les actes concernés par cette limitation progressive de l'entente directe sont précisés en annexe 4 de la présente convention.

Ce système de rééquilibrage contenant les revalorisations et les honoraires limites de facturation concomitants prévus aux annexes 3 et 4 de la présente convention, entre en vigueur à compter du 1^{er} avril 2019 et se poursuivra au 1^{er} janvier de chaque année suivante, c'est-à-dire à chacune des étapes prévues par le dispositif et ce, automatiquement.

Actes prothétiques intégralement pris en charge

Sous réserve de dispositions législatives et réglementaires, un certain nombre d'actes pour lesquels un honoraire limite de facturation est instauré dans la convention ferait l'objet d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, afin de les rendre accessibles sans reste à charge. L'annexe 5 présente la liste des actes susceptibles d'être concernés ainsi que l'équilibre global fondant la répartition des actes à entente directe entre les actes sans reste à charge, les actes pour lesquels l'entente directe serait limitée, et les actes pour lesquels l'entente directe serait libre (3 paniers).

Article 5

Principe de revoyure annuelle et modalités de déclenchement de celle-ci

L'effet des mesures de rééquilibrage de l'activité dentaire fera l'objet d'un suivi annuel dans le cadre de l'observatoire conventionnel. Ce suivi permettra d'affiner l'estimation de la fréquence et de la répartition des actes sur la base de la nomenclature modifiée.

Les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place une clause de revoyure qui se déclencherait en cas d'écart significatif de l'équilibre dans la répartition observée des actes prothétiques entre les trois paniers, tel que définis à l'annexe 5.

Quand elle est déclenchée, la clause de revoyure consiste à ouvrir la négociation d'un avenant, dans un délai de 2 mois, afin de s'accorder sur les mesures d'ajustement à mettre en œuvre pour corriger le déséquilibre.

Ce dispositif interviendrait l'année suivant l'entrée en vigueur de la réforme instaurant une prise en charge intégrale, par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, de certains actes prothétiques.

Il s'appuiera sur une répartition de référence fondée sur la fréquence des actes telle que mesurée sur la base des données observées entre le 1^{er} avril de l'année précédant l'entrée en vigueur de la réforme et le 1^{er} janvier de l'année suivante.

Il portera sur l'observation des actes réalisés sur une période d'au moins 12 mois à compter de l'entrée en vigueur du dispositif.

Les seuils de déclenchement de la clause seront différents les deux premières années d'entrée en vigueur, puis les années suivantes, soit :

- seuil pour la 1^{re} et 2^e année : si la part des actes pris en charge intégralement est supérieure de plus de 10 points ou inférieure de plus de 10 points à la part estimée pour l'année de référence ;
- seuil à partir de la 3^e année : si la part des actes pris en charge intégralement est supérieure de plus de 5 points ou inférieure de plus de 5 points à la part estimée pour l'année de référence.

La méthode de calcul de la clause de revoyure est définie en annexe 6 de la présente convention.

Article 6

Clause d'indexation des plafonds

Les partenaires conventionnels s'engagent à instaurer une clause de révision annuelle des honoraires limites de facturation des actes prothétiques, dès lors qu'ils ont atteint leur valeur cible.

Afin de s'appuyer sur des données objectives, reflétant l'évolution des charges des cabinets dentaires, ils conviennent de prendre en compte comme indicateur l'évolution des charges liées à l'activité dentaire (les frais de personnel, les achats, les loyers, et autres locations,...). Il conviendra de s'appuyer sur les données de l'administration fiscale.

Un groupe de travail issu de la CPN précisera la définition de cet indicateur et les modalités de calcul dans un délai d'un an à compter de la signature de la présente convention.

Le seuil de déclenchement de cette clause d'indexation correspond à une évolution observée des charges considérées, supérieure de plus de 1 % par rapport à l'année de référence.

L'année de référence initiale est 2018 (année précédant l'entrée en vigueur des mesures tarifaires).

Dans le cas où l'évolution des charges considérées en année N serait de plus de 1 % par rapport à l'année de référence l'évolution observée serait appliquée aux honoraires limites de facturation des actes prothétiques.

Dès que la clause d'indexation est déclenchée, l'année de référence devient alors l'année (N) qui a donné lieu à déclenchement. La révision de la valeur des honoraires limites de facturation des actes prothétiques tels qu'annexés à la présente convention serait alors modifiée par voie d'avenant.

Une CPN devra être tenue avant la fin du premier semestre de chaque année afin de tenir compte de l'évolution des charges au regard des données de l'administration fiscale et le cas échéant déterminer la nécessité d'ajuster le niveau des honoraires limites de facturation des actes prothétiques.

Article 7

Prise en charge de nouveaux actes et revalorisations des actes conservateurs des tissus dentaires, en appui du dispositif de rééquilibrage

Les partenaires conventionnels proposent de revaloriser les honoraires des actes conservateurs et chirurgicaux suivants (en moyenne) :

- restaurations coronaires à hauteur de 48,5 % ;
- actes d'endodontie à hauteur de 27 % ;
- inlay-onlays à hauteur de 150 % ;
- scellements de sillons à hauteur de 20 % ;
- actes chirurgicaux sur dents temporaires à hauteur de 49 % ;
- actes chirurgicaux sur dents définitives à hauteur de 16 % ;

Ils revalorisent également la base de remboursement des couronnes à hauteur de 9 %.

En contrepartie, afin de favoriser les techniques moins invasives, la base de remboursement des inlay-core serait diminuée de 26,5 %.

Article 7.1

Mise en place d'une différenciation des actes par matériau et par localisation

Les parties signataires conviennent qu'il est nécessaire de différencier dans la liste des actes et prestations visée à l'article L. 162-1-7 code de la sécurité sociale les types de couronnes, les inlays-cores, les bridges, les inlays-onlays, les prothèses adjointes et les réparations, afin de fixer des honoraires limites de facturation distincts selon :

- le matériau : céramique-monolithique (zircone ou hors zircone), céramo-métallique, métalliques, céramo-céramique, résine, composite et ;
- la localisation des dents (ex : prémolaire, molaire, ...).

Ainsi, et sous réserve de la modification de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par décision UNCAM, les tarifs de remboursement seraient différenciés et les honoraires limites de facturation applicables à ces actes, seraient fixés comme indiqué en annexe 4.

Les tarifs et les honoraires limites de facturation de ces actes entreraient en vigueur selon le calendrier défini à l'article 4 et conformément aux valeurs indiquées en annexe 3 et 4.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels proposent de valoriser l'acte suivant, sous réserve de la publication d'une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations telle que prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale :

- valorisation de la pose d'une couronne transitoire, dont la base de remboursement serait fixée à 10 euros, l'honoraire limite de facturation applicable étant fixé en annexe 4 pour l'ensemble des patients.

Le tarif de remboursement et le prix maximum de facturation entreraient en vigueur au 1^{er} avril 2019, sous réserve de l'inscription de ces actes au préalable à la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par décision UNCAM.

Article 7.2

Valorisation des actes conservateurs des tissus dentaires

Les partenaires conventionnels rappellent leur attachement à privilégier le recours à des soins conservateurs plus respectueux des dents et des tissus dentaires, en favorisant la qualité et la pertinence des pratiques.

Dans cette optique ils proposent de revaloriser les actes de soins conservateurs tels que les restaurations coronaires, les inlay-onlays, l'endodontie, les scellements de sillons et les actes chirurgicaux sur dents temporaires et définitives dans le cadre du dispositif de rééquilibrage présenté à l'article 4.

Afin d'accompagner ce rééquilibrage, les partenaires conventionnels prévoient également la valorisation de nouveaux actes, sous réserve de l'intervention d'une décision UNCAM modifiant la Liste des actes et prestations, mais aussi de nouvelles valorisations d'actes déjà inscrits à la Liste des actes et prestations visée à l'article L. 162-1-7 code de la sécurité sociale.

En outre, sous réserve de la modification de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale par décision UNCAM, les partenaires conventionnels conviennent de valoriser l'acte de soins conservateurs suivant :

- parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage (HBFD010) à hauteur de 60 €.

Ce tarif entrerait en vigueur au 1^{er} avril 2019, sous réserve de la publication de la décision UNCAM susvisée.

L'honoraire limite de facturation de l'acte de pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire (code LBLD017), tel que défini et inscrit à la liste des actes et prestations par décision UNCAM du 11 juillet 2016, (publiée au *Journal officiel* du 28 septembre 2016), est fixé à 280 €.

Cet honoraire limite de facturation entrera en vigueur à la date d'effet de la présente convention.

Enfin, en appui des mesures de prévention prévues dans le cadre de la présente convention, les partenaires conventionnels s'accordent à étendre la prise en charge des actes de comblement (scellement) de sillons sur molaires aux enfants jusqu'à la date du 16^{ème} anniversaire, sous réserve de la modification de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale par décision UNCAM, cette mesure entrerait en vigueur au 1^{er} avril 2019.

Par ailleurs, afin de s'assurer des dernières recommandations de bonnes pratiques conformes aux données acquises de la science, ils proposent de soumettre à l'avis de la HAS l'extension de la prise en charge de ces actes de comblement des sillons aux prémolaires et aux patients de 16 à 20 ans.

Article 7.3

Autres mesures tarifaires

Afin de permettre la rémunération du geste opératoire destiné à soulager la douleur consécutive à une infection ou une inflammation pulpaire, en cas d'urgence, les partenaires conventionnels proposent de permettre la facturation par les chirurgiens-dentistes d'une consultation d'urgence de 8h à 20h.

Par ailleurs, dans un objectif de prévention de la carie dentaire de l'enfant, les partenaires conventionnels proposent la prise en charge de l'acte de pose de vernis fluoré pour les enfants, de 6 à 9 ans, présentant un risque carieux individuel (RCI) élevé, à une fréquence biannuelle, à hauteur de 25 €.

Sous réserve de la modification de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale par décision UNCAM, ces deux mesures entreraient en vigueur au 1^{er} avril 2019.

En outre, les tarifs des actes de radiographie suivants sont ajustés au 1^{er} septembre 2018 :

- radio panoramique dentaire (HBQK002) passe à 20 euros et l'acte correspondant inscrit à la NGAP (passage à Z 15) ;
- cone beam (LAQK027) passe à 69 euros.

Article 7.4

Groupe de travail

Les partenaires conventionnels proposent de mettre en place un groupe de travail, dans le mois suivant la publication de la présente convention, afin de déterminer ce qui pourrait caractériser des exigences esthétiques et thérapeutiques particulières de patients nécessitant une charge de travail et un coût supplémentaire pour le chirurgien-dentiste.

Ce groupe de travail associera des experts désignés conjointement représentant à la fois la profession des chirurgiens-dentistes et des prothésistes.

Article 7.5

Evolution de la CCAM

Les partenaires conventionnels portent la volonté d'engager des travaux afin de faire évoluer la CCAM sur plusieurs points :

- la prise en charge de nouveaux actes (prothèses transviscées, prothèses fixes sur implants, endocouronne,...). Ces actes devront préalablement être soumis à l'avis de la HAS ;
- la prise en charge de nouveaux matériaux ;
- l'inscription des bridges cantilever et bridges collés qui ont déjà fait l'objet d'un avis HAS (tarifs et plafonds...) ;
- l'aménagement de certaines règles de facturation et d'association.

Aussi, dans le mois suivant la signature de la présente convention, les partenaires conventionnels proposent la mise en place d'un groupe de travail afin de définir les évolutions nécessaires et prioritaires, la liste précédente n'étant pas exhaustive.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels portent également la volonté de rendre la CCAM exhaustive des actes actuellement réalisés par les chirurgiens-dentistes et non pris en charge par l'assurance maladie.

Article 8

Dispositions applicables aux patients bénéficiant de la protection complémentaire en matière de santé (CMU-C) et aux patients bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une protection en matière de santé (ACS)

Les parties signataires conviennent de maintenir un accès amélioré aux soins dentaires pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

Les partenaires conventionnels proposent ainsi de réévaluer les tarifs maximum autorisés notamment des actes de réparation de prothèses amovibles et des actes de prothèses amovibles transitoires et couronne transitoire prises en charge dans le cadre de la CMU-C et de l'ACS.

Par ailleurs, les évolutions de la CCAM, telles que définies à l'article 7.5 de la présente convention, devront être prises en compte pour une mise en cohérence du panier de soins CMU-C et ACS.

Conformément aux dispositions réglementaires, la liste des actes sera précisée par arrêté ministériel.

Les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place un groupe de travail, associant les représentants du ministère et du fonds CMU, afin de préparer la négociation d'un avenant au plus tard en 2019 permettant d'adapter les montants maximaux de la CMU-C et ACS aux évolutions de la CCAM.

Dans ce cadre, certains des actes de prothèse, non inclus dans le panier de soins CMU-C, peuvent faire l'objet d'une alternative thérapeutique qui sera défini dans ce groupe de travail pour déterminer la valeur du tarif maximum autorisé.

Ils conviennent de prévoir la possibilité de revaloriser les montants maximaux, si l'évolution du total des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C et des bénéficiaires d'une aide à l'acquisition d'une protection en matière de santé (ACS) constatée lors du suivi annuel de ces effectifs évolue de plus de 15 % par rapport au 31 décembre 2017.

Dans ce cas, les partenaires conventionnels conviennent de procéder à un réajustement des montants maximaux par le biais d'un nouvel avenant.

En tout état de cause, les partenaires conventionnels s'accordent pour effectuer un suivi, annuel des montants maximaux des actes applicables aux bénéficiaires de la CMU-C à compter de l'entrée en vigueur des présentes mesures.

TITRE II

RENFORCER LA PRÉVENTION ET L'ÉDUCATION SANITAIRE

Les parties conventionnelles réaffirment leur implication dans la politique d'amélioration de la santé bucco-dentaire au travers de la prévention, un suivi bucco-dentaire régulier permettant d'éviter ou de retarder le recours aux soins prothétiques ou chirurgicaux et ainsi d'assurer à la fois un meilleur état de santé dentaire à la population.

Ils insistent sur la nécessité de renforcer les actions de prévention à différents âges de la vie afin d'identifier les risques de dégradation de l'état de santé bucco-dentaire et de les éviter.

Depuis sa création, les partenaires conventionnels ont démontré leur investissement dans ce dispositif, en l'étendant notamment progressivement à tous les enfants, relevant de catégories d'âges clé au niveau de la santé dentaire (6, 9, 12, 15, 18 ans) et plus récemment aux jeunes adultes (21 et 24 ans).

Le bilan de ce dispositif fait apparaître une réelle amélioration de la santé bucco-dentaire de la population en ayant bénéficié. Fort de ce constat, ils conviennent d'instaurer le même dispositif pour les enfants dès 3 ans.

SOUS-TITRE I^{er}

DISPOSITIF DE PRÉVENTION EN FAVEUR DES ENFANTS, ADOLESCENTS, ET JEUNES ADULTES

Article 9

Les acteurs du dispositif

Article 9.1

Les bénéficiaires

Le dispositif de prévention s'adresse :

- aux enfants, adolescents et jeunes âgés de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans ;
- ayant droit ou assurés sociaux et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie.

Article 9.2

Les professionnels concernés

Les chirurgiens-dentistes libéraux et les chirurgiens-dentistes salariés de chirurgiens-dentistes libéraux relevant des dispositions de la convention nationale participent à l'action de prévention.

Toutefois, les chirurgiens-dentistes spécialistes conventionnés, qui n'effectuent pas de soins bucco-dentaires en raison de leur spécialité, ne sont pas tenus de participer à cette action nationale de prévention.

Article 9.3

Contenu du dispositif

Les jeunes de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans bénéficient d'un examen de prévention et des soins consécutifs éventuellement préconisés lors de cet examen.

Article 9.3.1

Le contenu de l'examen de prévention

Les bénéficiaires visés à l'article 9.1 bénéficient d'un examen de prévention sans contribution financière, c'est-à-dire pris en charge à 100 %, et ce, avec dispense d'avance de frais.

Cet examen comprend obligatoirement :

- une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés (consommation de sodas, grignotage, tabac, autres addictions...) ;
- un examen bucco-dentaire (dents et parodonte afin de détecter une éventuelle gingivite) ;
- des conseils d'éducation à l'hygiène dentaire : brossage (méthode et fréquence) et recommandations en matière d'hygiène alimentaire en raison des spécificités liées à l'âge.

Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés oralement par le chirurgien-dentiste lors de la consultation de prévention, et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils. Ces informations et conseils sont adaptés à la classe d'âge

L'examen est complété, si nécessaire, par :

- des radiographies intrabuccales ;
- l'établissement d'un programme de soins.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser (1 seul code CCAM), celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

Article 9.3.2

Les soins consécutifs à l'examen de prévention

Entrent dans le champ du dispositif les seuls actes correspondant à des soins conservateurs, chirurgicaux et des actes radiographiques, conformément à la liste fixée en annexe 13 du présent texte.

Les traitements orthodontiques et prothétiques sont exclus de ce dispositif.

Article 9.3.3

Les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention

Les tarifs pratiqués dans ce cadre ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

La rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est valorisée à 30 €.

Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales, quelle que soit la technique utilisée.

Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 42 euros ;
- examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros ;
- examen avec réalisation d'une radio panoramique : 54 euros.

L'examen et les radiographies qui y sont associées le cas échéant sont facturés à tarifs opposables et en dispense d'avance de frais.

Ces dispositions n'entreront en vigueur pour les patients âgés de 3 ans qu'à compter du 1^{er} avril 2019.

SOUS-TITRE II

DISPOSITIF DE PRÉVENTION DES FEMMES ENCEINTES

Article 10

Les acteurs du dispositif

Article 10.1

Les bénéficiaires

Les femmes enceintes ayant droit ou assurées sociales et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie au jour de l'examen bénéficient du dispositif à compter du 4^e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement.

Article 10.2

Les professionnels concernés

Les chirurgiens-dentistes libéraux et salariés relevant des dispositions de la convention nationale participent à cette action de prévention.

Toutefois, les chirurgiens-dentistes spécialistes conventionnés, qui n'effectuent pas de soins bucco-dentaires en raison de leur spécialité, ne sont pas tenus de participer à cette action nationale de prévention.

Article 10.3

Le contenu de l'examen de prévention

Les bénéficiaires visées à l'article 10.1 bénéficient d'un examen de prévention sans contribution financière, c'est à dire pris en charge à 100 %, et ce, avec dispense d'avance de frais.

L'examen comprend obligatoirement :

- une anamnèse avec une recherche des facteurs de risque associés : consommation de sodas, grignotage, tabac et autres addictions ;
- un examen bucco-dentaire pour les dents et l'ensemble des tissus de soutien de la dent afin de détecter la présence de pathologie comme la gingivite ;
- des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation à la santé bucco-dentaire comprenant une éducation à l'hygiène orale : méthode de brossage et fréquence ainsi que la bonne utilisation du fil dentaire si nécessaire, l'éducation à l'hygiène alimentaire en raison des spécificités liés à l'âge, information sur l'étiologie et la prévention de la carie ;
- une information sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance : mesures d'hygiène nécessaires dès l'éruption des premières dents de l'enfant afin de sensibiliser la future mère bénéficiant du dispositif.

Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés oralement par le chirurgien-dentiste, lors de la consultation de prévention, et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils.

L'examen est complété, si nécessaire, par :

- des radiographies intrabuccales ;
- l'établissement d'un programme de soins.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser (1 seul code CCAM) celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

Article 10.4

Les tarifs d'honoraires

Les tarifs pratiqués dans ce cadre ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

La rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est valorisée à 30 €.

Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales quelle que soit la technique utilisée.

Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 42 euros ;
- examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros ;
- examen avec réalisation d'une radio panoramique : 54 euros.

L'examen et les radiographies qui y sont associées le cas échéant sont facturés à tarifs opposables et en dispense d'avance de frais.

SOUS-TITRE III

DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT À LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SITUATION SPÉCIFIQUE

Article 11

De nouvelles prises en charge pour les patients diabétiques

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité d'élargir le dépistage bucco-dentaire au profit des patients les plus à risques.

Ainsi, pour les patients diabétiques, les maladies parodontales représentent une des complications les plus importantes du diabète. En mai 2010, une revue systématique Cochrane confirme que les soins parodontaux permettent de réduire de 0,4 % le taux d'hémoglobine glyquée chez les patients diabétiques démontrant avec un niveau de preuve important, l'effet bénéfique de traitements buccaux sur une maladie chronique. Conformément aux recommandations de la HAS de 2007, une visite annuelle chez le chirurgien-dentiste est préconisée pour le suivi des patients diabétiques.

Dans le cadre de cette visite annuelle, l'incitation au dépistage et au suivi bucco-dentaire doit être renforcée.

Article 11.1

Population concernée

Patients diabétiques ayant une ALD diabète reconnue au moment de la consultation, ayant droit ou assurés sociaux et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie.

Article 11.2

Professionnels concernés

Les chirurgiens-dentistes libéraux et salariés relevant des dispositions de la convention nationale participent à cette action de prévention.

Toutefois, les spécialistes qualifiés en orthopédie dento-faciale conventionnés, qui n'effectuent pas de soins bucco-dentaires en raison de leur spécialité, ne sont pas tenus de participer à cette action nationale de prévention.

Article 11.3

Prise en charge d'un bilan parodontal et des soins liés à une pathologie parodontale

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de prévoir la prise en charge d'un bilan parodontal suivi le cas échéant de soins parodontaux au profit des patients diabétiques ayant réalisé leur visite annuelle et au cours de laquelle une pathologie parodontale a été détectée.

Ils proposent la prise en charge de ce bilan par son inscription, pour les patients diabétiques, à la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par décision UNCAM.

Ce bilan dont la description sera validée par la CHAP serait valorisé à hauteur de 50 €.

De plus, les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de prendre en charge certains soins consécutifs à ce bilan parodontal au profit des patients concernés par une pathologie parodontale détectée à cette occasion.

Ils conviennent ainsi de valoriser à ce titre l'acte d'assainissement parodontal à hauteur de 80 € par sextant, sous réserve d'une saisine préalable de la HAS.

Ces dispositions devraient entrer en vigueur au 1^{er} avril 2019, sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 12

Mesures spécifiques pour les personnes en situation de handicap sévère

Les partenaires conventionnels conviennent de la difficulté de prise en charge, vigile, de patients atteints de handicap sévère, rendant difficiles voire impossibles les soins au fauteuil en cabinet. La sédation consciente, pour certains patients, peut être une alternative à une prise en charge sous anesthésie générale.

Afin d'améliorer l'accès aux soins de ces publics particulièrement fragiles, les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité d'une part, de valoriser la prise en charge par les chirurgiens-dentistes de ville, de cette patientèle spécifique, et d'autre part, de prévoir la prise en charge, par l'assurance maladie des techniques de sédation consciente, telle que l'utilisation du MEOPA, utilisées par des chirurgiens-dentistes formés à son utilisation et en respectant l'ensemble des conditions réglementaires encadrant son usage.

Article 12.1

Patients concernés

Les patients bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH) atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Article 12.2

Valorisation de la prise en charge des patients en situation de handicap et des techniques de sédation consciente utilisées dans ce cadre

Les partenaires conventionnels souhaitent permettre la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de la technique de sédation consciente aux soins par utilisation de MEOPA, en faveur des patients en situation de handicap afin de faciliter leur prise en charge par le chirurgien-dentiste.

Cette prise en charge se matérialiserait par la valorisation d'un supplément facturable une fois par séance avec ou sans MEOPA à hauteur de 100 €.

Ces dispositions entreraient en vigueur au 1^{er} avril 2019, sous réserve de la publication préalable d'une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations telle que prévue à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place un groupe de travail issu de la CPN, afin d'élargir la population concernée par cette mesure par voie d'avenant, dans les 6 mois suivant la signature de la présente convention. Le groupe de travail pourra faire appel à des experts.

Ce groupe de travail étudiera également les modalités d'une meilleure valorisation des soins réalisés dans les établissements médico-sociaux et les conditions de mise en place de téléconsultation de dépistage auprès de personnes en situation de dépendance résidant dans ces établissements.

Article 13

Mesures spécifiques pour la prise en charge des patients sous anticoagulant

Les partenaires conventionnels s'accordent à valoriser la prise en charge, par les chirurgiens-dentistes libéraux, chirurgiens oraux et spécialistes de médecine bucco-dentaire, des patients bénéficiant d'un traitement anticoagulant, dont la pathologie rend l'administration des soins bucco-dentaires et notamment des soins chirurgicaux (actes d'avulsions), plus complexes que pour des patients ne bénéficiant pas de tels traitements.

Ils proposent ainsi de valoriser, au profit des professionnels concernés, l'application d'un supplément pour tous les soins chirurgicaux prodigués aux patients en ALD bénéficiant d'un traitement par médicament anticoagulant : anti-vitamine K (AVK) ou Anticoagulant oraux directs (AOD).

Le montant de ce supplément s'élèverait à 20 euros par acte.

Cette mesure entrerait en vigueur au 1^{er} avril 2019, sous réserve de la publication préalable d'une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations telle que prévue à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale.

Article 14

Expérimentation de prise en charge globale de prévention

Les partenaires conventionnels souhaitent favoriser une nouvelle forme de prise en charge de la prévention et à ce titre, ils proposent, dans un premier temps et en l'absence de dispositif existant, de mener une expérimentation de prise en charge globale de prévention.

La prise en charge globale prendrait la forme d'un forfait de prévention comprenant des actes (ex : évaluation du risque carieux individuel, radiographies rétrocoronaires, nettoyage prophylactique, ...) et des recommandations (éducation à la santé, évaluation des acquis, ...)

Ce forfait couvrirait la prise en charge de plusieurs séances.

Un groupe de travail issu de la CPN devra rendre ses propositions avant la fin de l'année 2018.

Article 15

Parcours de prévention incitatif

La volonté des partenaires conventionnels d'accompagner durablement la réorientation de la prise en charge dentaire dans le sens du soin et de la prévention justifie d'approfondir la réflexion sur la nécessaire mise en place d'incitations nouvelles pour que les patients s'inscrivent dans un suivi régulier de leur santé bucco-dentaire.

L'exemple des dispositifs mis en place en Allemagne constitue une référence intéressante qui pourrait être approfondie dans la perspective de la mise en place d'un nouveau cadre conventionnel sur la prise en charge des actes prothétiques. En tout état de cause, toute disposition venant conditionner le niveau d'une prise en charge d'acte prothétique à des conditions liées au respect d'un parcours ou d'un rythme de visites de bilan nécessiterait une évolution législative et réglementaire.

Les partenaires conventionnels proposent la mise en place d'un groupe de travail, dans les trois mois suivant la signature, associant les représentants du ministère de la santé et les associations de patients, sur les modalités envisageables pour mettre en place un tel dispositif. Celui-ci ne pourrait pas concerner, dans un premier temps, l'ensemble de la population, notamment en raison de l'incapacité des cabinets dentaires à faire face, à court terme, à un fort accroissement de la demande en soins. Une démarche progressive, s'appliquant par étapes, pourrait concerner prioritairement les générations de jeunes adultes après le dernier EBD prévu à 24 ans.

TITRE III

MODALITÉS D'EXERCICE CONVENTIONNEL

Article 16

Démarche du chirurgien-dentiste auprès de la caisse lors de l'installation en libéral

Les chirurgiens-dentistes qui souhaitent exercer leur activité sous forme libérale et facturer à l'assurance maladie les actes réalisés dans ce cadre effectuent les démarches nécessaires auprès de leur caisse de rattachement pour se faire enregistrer et obtenir un identifiant leur permettant d'effectuer cette facturation.

Il peut s'agir, soit d'une installation en cabinet personnel, en cabinet de groupe, ou au sein d'une société quelle que soit la forme juridique retenue. Par ailleurs, les chirurgiens-dentistes doivent faire connaître aux caisses les modifications intervenues dans leur mode d'exercice dans un délai de deux mois au maximum à compter de cette modification.

Les chirurgiens-dentistes conventionnés qui souhaitent facturer à l'assurance maladie les actes réalisés dans le cadre d'un lieu d'exercice distinct du lieu d'exercice principal effectuent les démarches nécessaires auprès de la caisse du ressort du lieu d'exercice distinct, si elle est différente de celle du lieu d'exercice principal, afin d'obtenir un identifiant leur permettant d'effectuer cette facturation.

Article 17

Démarche du chirurgien-dentiste auprès de la caisse lors de la cessation d'activité en libéral

Le chirurgien-dentiste qui cesse son activité libérale doit impérativement informer sa caisse de rattachement dans un délai de deux mois.

Lorsque la caisse constate que depuis au moins douze mois, le chirurgien-dentiste n'a facturé aucun acte à l'assurance maladie, elle l'informe qu'elle suspend l'application de l'ensemble des dispositions conventionnelles. Cette disposition n'est pas applicable lorsque le chirurgien-dentiste justifie cette cessation d'activité par un motif indépendant de sa volonté (ex : maladie, congé parental, congé de formation, etc.) dans un délai d'un mois à compter de la date de réception du courrier de la caisse. La suspension prend fin par simple déclaration de reprise d'activité par le professionnel.

Article 18

Modalités d'exercice

Les chirurgiens-dentistes placés sous le régime de la présente convention s'engagent à s'abstenir de tout moyen direct ou indirect de publicité et s'obligent à ne pas utiliser comme moyen de publicité auprès du public la prise en charge des actes bucco-dentaires par les caisses d'assurance maladie.

Les chirurgiens-dentistes salariés et leurs employeurs sont soumis, en matière de publicité, aux mêmes règles que celles applicables aux chirurgiens-dentistes libéraux.

Pour donner lieu à remboursement sur la base des tarifs conventionnels, les actes dispensés doivent être effectués, en dehors des cas de traitement à domicile, au sein de locaux distincts de tout local à finalité commerciale ou partagé avec des personnes exerçant une activité commerciale.

Article 19

Situation des chirurgiens-dentistes exerçant au sein des sociétés d'exercice

Conformément aux dispositions réglementaires, dans les cabinets regroupant plusieurs professionnels exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique (SEL, SCM, etc.), l'exercice de la profession doit rester personnel. Chaque praticien garde son indépendance professionnelle.

Au sein des sociétés d'exercice, les chirurgiens-dentistes, quel que soit leur statut, adhèrent individuellement à la convention et conservent individuellement le choix et le bénéfice des éventuelles options conventionnelles prévues par la présente convention.

L'exercice de la profession au sein de ces sociétés d'exercice y compris pour les salariés de ces sociétés est assimilé à de l'exercice libéral au sens de la présente convention sans préjudice des dispositions applicables en matière fiscale et sociale.

Article 20

Situation du remplaçant

Le chirurgien-dentiste, qui souhaite effectuer une activité de remplacement d'un chirurgien-dentiste exerçant dans le cadre de la présente convention, effectue ses démarches auprès de la caisse de rattachement de son domicile pour se faire enregistrer.

Durant la période effective de son remplacement, le chirurgien-dentiste remplacé s'interdit toute activité libérale rémunérée dans le cadre conventionnel.

Le chirurgien-dentiste remplacé vérifie que le chirurgien-dentiste remplaçant remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement dans le cadre de la présente convention. Il s'engage à porter à la connaissance de son remplaçant les dispositions de la présente convention et à l'informer des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre.

Le remplaçant prend la situation conventionnelle du remplacé à l'exception du droit permanent à dépassement (DP) et du régime de cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales. En conséquence, le chirurgien-dentiste remplaçant ne peut remplacer, dans le cadre conventionnel, un chirurgien-dentiste déconventionné.

Par ailleurs, un chirurgien-dentiste interdit d'exercice ou de donner des soins aux assurés sociaux ne peut se faire remplacer pendant la durée de la sanction.

L'activité du remplaçant est assimilée à celle du remplacé au regard de la facturation à l'assurance maladie.

A noter que le chirurgien-dentiste remplaçant peut disposer de sa propre carte de professionnel de santé (CPS) pour facturer les soins. Dans ce cas, il est identifié comme l'exécutant des soins facturés sous le numéro de facturation assurance maladie du chirurgien-dentiste remplacé.

Les parties signataires conviennent de la nécessité de mettre en œuvre les moyens permettant d'identifier et de suivre l'activité des remplaçants.

Article 21

De la qualité et du bon usage des soins

Les chirurgiens-dentistes libéraux ou salariés, placés sous le régime de la présente convention, s'engagent à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de leur profession et à maintenir leur activité dans des limites telles que les patients bénéficient de soins suivis, consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données acquises de la science.

Le chirurgien-dentiste, conformément à ses compétences inscrites au code de la santé publique et sous réserve de respecter la réglementation en vigueur et les dispositions de la Nomenclature (NGAP et CCAM), demeure libre du choix de la technique employée. Celle-ci ne peut donner lieu à un tarif supérieur au tarif conventionnel ou à un dépassement tarifaire (à l'exception des cas de dépassements tel que défini à l'article 26.3 du présent texte et des tarifs limites de facturation).

Les chirurgiens-dentistes conventionnés participent, pour ce qui relève de leur exercice professionnel sous convention, à la politique de maîtrise médicalisée et de qualité des soins.

Article 22

Respect du libre choix

Les assurés et leurs ayants droit ont le libre choix entre tous les chirurgiens-dentistes légalement autorisés à exercer en France et placés sous le régime de la présente convention.

Les caisses s'engagent à ne pas faire de discrimination entre les chirurgiens-dentistes conventionnés et les autres praticiens ou professionnels médicaux conventionnés légalement habilités à dispenser les mêmes actes.

Les caisses s'engagent à donner à leurs ressortissants toute information utile sur la situation des chirurgiens-dentistes de leur circonscription au regard de la présente convention.

Article 23

Documents ouvrant droit au remboursement des prestations

Les chirurgiens-dentistes s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents conformes aux modèles définis par la réglementation qu'ils soient transmis par voie électronique ou sur support papier.

L'assurance maladie adresse aux chirurgiens-dentistes les différents imprimés et documents nécessaires à la facturation.

Lorsque ces documents ne sont pas pré-identifiés, les chirurgiens-dentistes doivent y reporter leur identification personnelle et, le cas échéant, l'identifiant de la structure d'activité dans laquelle ils exercent. Ils doivent être correctement renseignés et comporter toutes les informations nécessaires prévues par la réglementation.

Seuls permettent un remboursement, les actes inscrits sur les listes citées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale dont les chirurgiens-dentistes attestent qu'ils ont été dispensés et honorés.

Lorsqu'il réalise des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, le chirurgien-dentiste est tenu de mentionner ces actes sur la feuille de soins ou tout autre support en tenant lieu.

L'assurance maladie s'engage à consulter les organisations syndicales nationales signataires préalablement à toute création ou modification d'imprimés nécessaires à l'application de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale.

Les chirurgiens-dentistes s'engagent à porter toutes les informations rendues nécessaires par la réglementation en vigueur sur les documents électroniques et/ou papier ouvrant droit aux prestations d'assurance maladie-maternité et accident du travail.

Lorsqu'un chirurgien-dentiste réalise sur un même patient des actes imputables à des risques différents (Maternité, Accident du travail), il inscrit les actes imputables à chaque risque sur des feuilles de soins distinctes.

Lors de chaque acte, le chirurgien-dentiste porte, ligne par ligne, sur la feuille de soins et de traitements bucco-dentaires ou le document de facturation les indications prescrites par la réglementation ainsi que, le cas échéant, le numéro de la dent traitée ou du secteur buccal concerné.

La prestation des soins doit être mentionnée au jour le jour. La signature attestant l'exécution des actes est apposée par le praticien qui les a effectués.

Article 24

Rédaction des ordonnances

L'ensemble des mentions prévues par la réglementation en vigueur doit apparaître lisiblement sur l'ordonnance.

L'ordonnance doit permettre l'identification de son auteur et contenir les informations suivantes :

- nom, adresse du prescripteur ;
- l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer ;
- l'identifiant de la structure d'activité au titre de laquelle est établie l'ordonnance ;
- le nom et le prénom du bénéficiaire ;
- la date de prescription ;
- la signature du prescripteur.

Les ordonnances sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision nécessaire.

Le chirurgien-dentiste formule sur des ordonnances distinctes les prescriptions :

- de médicaments ;
- de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ;
- d'examens de laboratoire ;
- d'examens complémentaires strictement nécessaires à sa pratique.

En application de l'article L. 162-8 du code de la sécurité sociale, lorsqu'il prescrit un dispositif médical ou un médicament non remboursable, le chirurgien-dentiste en informe son patient et porte la mention « NR » sur l'ordonnance, en face du dispositif médical ou du médicament concerné.

Article 25

Facturation des honoraires

Le patient règle directement au chirurgien-dentiste ses honoraires. Seuls donnent lieu à un remboursement par l'assurance maladie les actes pour lesquels le chirurgien-dentiste atteste qu'ils ont été dispensés et rémunérés, conformément à la réglementation en vigueur.

Lorsque les soins sont dispensés à titre gracieux, le chirurgien-dentiste peut porter sur la feuille de soins la mention « acte gratuit ».

Les chirurgiens-dentistes s'engagent à respecter les dispositions et les cotations de la Nomenclature générale des actes professionnels et de la classification commune des actes médicaux.

Article 25.1

Document de facturation

Lors de chaque acte, le chirurgien-dentiste porte sur la feuille de soins ou le document de facturation toutes les indications prévues par la réglementation en vigueur.

Lorsqu'il réalise des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, le chirurgien-dentiste est tenu de mentionner ces actes sur une feuille de soins ou tout autre support en tenant lieu.

Lorsque le chirurgien-dentiste réalise des actes ou prestations non remboursables par l'assurance maladie, actes dits « non pris en charge (NPC) », il n'établit pas de feuille de soins ni d'autre support en tenant lieu, conformément à l'article L. 162-8 du code de la sécurité sociale.

Dans les situations où le chirurgien-dentiste réalise des actes ou prestations remboursables et non remboursables au cours de la même séance, il porte les premiers sur la feuille de soins et les seconds sur un support différent (note d'honoraires reprenant les éléments indiqués dans le devis et effectivement réalisés).

Le chirurgien-dentiste est tenu d'inscrire, sur la feuille de soins ou le document de facturation, l'intégralité du montant des honoraires qu'il a perçu au titre des actes remboursables et en donne l'acquit par sa signature.

Il ne donne l'acquit que pour les actes qu'il a accomplis personnellement, et pour lesquels il a perçu l'intégralité des honoraires dus, réserve faite dans ce dernier cas des dispositions relatives à la dispense d'avance des frais.

Article 25.2

Dispositions particulières liées à la réalisation d'un acte dans un établissement de santé

Pour les actes bucco-dentaires effectués en établissement de santé visé au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans le cadre d'une hospitalisation avec ou sans hébergement, l'ensemble des actes dispensés ainsi que le montant correspondant des honoraires sont inscrits sur un support dit « bordereau de facturation » (bordereau S3404). Ce bordereau de facturation mentionne l'identifiant assurance maladie personnel du chirurgien-dentiste (numéro AM) pour permettre d'intégrer les actes réalisés au titre de l'activité libérale conventionnée.

Lorsque le chirurgien-dentiste opte pour la dispense d'avance des frais, la part garantie par la caisse peut être versée selon son choix :

- soit globalement à un praticien ou à une société de praticiens ou à un groupement de praticiens exerçant dans l'établissement, désigné par l'ensemble des dispensateurs de soins ;
- soit individuellement à chaque praticien (par défaut).

Article 25.3

Accord préalable pour les actes d'orthopédie dento-faciale

Lorsque les actes ou les traitements envisagés sont soumis à une demande d'accord préalable, le chirurgien-dentiste complète le formulaire de demande d'accord préalable sur la partie confidentielle réservée à cet effet. Il indique la nature de l'acte ou du traitement en fonction de la Nomenclature générale des actes professionnels ainsi que les motifs de sa demande.

Il certifie l'exactitude de l'ensemble de ces renseignements par l'apposition de sa signature.

Article 26

Mode de fixation des honoraires

Article 26.1

Principe

Le chirurgien-dentiste établit ses honoraires conformément aux dispositions de la présente convention et aux tarifs en vigueur au jour de la réalisation de l'acte (liste visée à l'article 162-1-7 du code de la sécurité sociale).

Les tarifs d'honoraires, frais accessoires, forfaits et les majorations correspondant aux soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés à l'annexe 1 du présent texte.

Les caisses s'engagent à rembourser les honoraires et frais de déplacement correspondant aux soins dispensés par les chirurgiens-dentistes placés sous le régime de la présente convention, dans les conditions et sur la base des tarifs de la présente convention.

Article 26.2

Entente directe et honoraires limites de facturation

Les tarifs d'honoraires des soins prothétiques et orthodontiques peuvent faire l'objet d'une entente directe (ED) avec le patient. Un devis doit alors être établi par le chirurgien-dentiste, dans les conditions prévues à l'article 26.3.

En cas d'entente directe, la caisse ne prend pas en charge le montant des honoraires supplémentaires.

Le chirurgien-dentiste porte alors la mention « ED » sur la feuille de soins et de traitements bucco-dentaires à la suite de l'indication du montant des honoraires perçus.

Le chirurgien-dentiste est tenu de respecter les honoraires limites de facturations tels que définis à l'article 4 et à l'annexe 4 et dans le cas où les actes n'ont pas de limite de facturation, le chirurgien-dentiste fixe ses honoraires avec tact et mesure.

Article 26.3

Dépassements

Le chirurgien-dentiste s'interdit tout dépassement en dehors des cas ci-après :

- circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient non liée à un motif médical (DE). Il ne peut notamment pas être utilisé pour des motifs liés à une tranche horaire définie arbitrairement par le praticien, au coût de fonctionnement du cabinet, à des raisons propres au praticien ;
- entente directe entre le praticien et l'assuré telle que définie à l'article 26.2 ;
- bénéfice du droit permanent à dépassement accordé sous le régime des précédentes convention : « DP », sous réserve des dispositions que prévoit cette dernière.

Dans ces cas, le chirurgien-dentiste fixe ses honoraires avec tact et mesure et indique sur la feuille de soins le montant perçu ainsi que le motif du dépassement (DE, ED, DP).

Le chirurgien-dentiste fournit à l'assuré toutes les informations nécessaires quant à ce supplément non remboursé par l'assurance maladie et lui en indique notamment le montant et le motif.

Le chirurgien-dentiste est tenu de respecter les tarifs limites de facturations tels que définis à l'article 4 et à l'annexe 4.

Article 26.4

Devis

Avant l'élaboration d'un traitement pouvant faire l'objet d'une entente directe sur les honoraires, le chirurgien-dentiste doit remettre à l'assuré un devis descriptif écrit, établi conformément à l'article L. 1111-3 modifié du code de la santé publique et comportant notamment :

- la description précise et détaillée du traitement envisagé et les matériaux utilisés ;
- le montant des honoraires correspondant au traitement proposé à l'assuré, que l'acte soit remboursable ou non remboursable ;
- le montant de la base de remboursement correspondant à l'annexe 3.

Ce devis doit être daté et signé par le praticien et l'assuré ou son représentant. Il peut être accepté par l'intéressé soit immédiatement, soit après la décision de la caisse pour les actes ou traitements soumis à accord préalable. Ce devis est la propriété de l'assuré qui peut donc en disposer.

Lorsqu'il s'agit de dispositifs médicaux sur mesure, une fiche de traçabilité devra être jointe à la facture ou à la note d'honoraires remise au patient, sous réserve des dispositions réglementaires applicables.

La note d'honoraires remise au patient doit reprendre l'ensemble des éléments présentés dans le devis et effectivement réalisés.

Le modèle du devis est établi en annexe 14 du présent texte.

Un groupe de travail étudiera les évolutions à intégrer au modèle de devis tenant compte des dispositions législatives et réglementaires instaurant une prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire pour un certain nombre d'actes pour lesquels un honoraire limite de facturation aura été déterminé.

L'UNOCAM a indiqué qu'elle souhaitait participer à ces travaux qui devront aboutir avant la fin de l'année 2019.

Dans l'hypothèse où le praticien proposerait au patient un acte avec un reste à charge (après l'intervention de la complémentaire), le praticien s'engage à proposer une alternative sans reste à charge ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé chaque fois qu'une alternative thérapeutique existe.

Article 27

Droit permanent à dépassement (DP)

Le droit permanent à dépassement (DP) n'est plus accordé à de nouveaux praticiens, mais ceux qui l'ont obtenu sous l'empire des anciennes conventions conservent ce droit à l'entrée en vigueur du présent accord. Ils ne peuvent réaliser de dépassement sur les actes pour lesquels un honoraire limite de facturation a été défini, sur ceux du panier de soins de la couverture maladie universelle complémentaire et ceux concernés par une prise en charge intégrale telle que définie à l'article 4 du présent texte.

Article 28

Mise en œuvre de la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux

Le législateur a fixé le cadre juridique dans lequel la dispense d'avance de frais bénéficie aux assurés, ainsi que les règles de garantie et de délais de paiement apportées au chirurgien-dentiste par les caisses d'assurance maladie, définies par l'article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale, et qui s'appliquent à l'ensemble des paiements réalisés en tiers payant, y compris dans les cas particuliers décrits ci-après.

Article 28.1

Tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS

Les chirurgiens-dentistes se conforment à la réglementation en vigueur.

Article 28.2

Tiers payant pour les patients pris en charge au titre de la maternité ou d'une affection de longue durée (ALD)

Conformément à la réglementation, la dispense d'avance des frais pour la part obligatoire est également accordée par le chirurgien-dentiste aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité.

Le chirurgien-dentiste ne peut, lorsqu'il utilise cette procédure, appliquer les dispositions de la convention concernant le dépassement (DE).

Le règlement des dossiers s'effectue directement par la Caisse au chirurgien-dentiste.

Article 28.3

Tiers payant et EBD

Dans le cadre de la prévention bucco-dentaire à destination des enfants de 3 ans et des femmes enceintes, à partir de leur 4^e mois de grossesse, les partenaires conventionnels s'entendent pour promouvoir la dispense d'avance des frais pour cette catégorie de population dont l'état de santé bucco-dentaire nécessite un suivi particulier. Ainsi, les femmes enceintes et les enfants de 3 ans, bénéficient de la dispense d'avance des frais pour l'examen de prévention bucco-dentaire tel que prévu à l'article 9 et 10 du présent texte. Il en va de même pour les soins consécutifs des enfants de 3 ans.

Article 28.4

Autres tiers payant

Le chirurgien-dentiste peut pratiquer le tiers payant au-delà des patients ne relevant pas des cas ci-dessus.

Article 29

*Chirurgiens-dentistes spécialistes
(chirurgie orale et médecine bucco-dentaire)*

Les partenaires conventionnels s'accordent à considérer que les praticiens titulaires des nouvelles spécialités (chirurgie orale et médecine bucco-dentaire), telles que créées par l'arrêté du 24 novembre 2011 relatif aux règles de qualification des chirurgiens-dentistes publié au *Journal officiel* du 2 décembre 2011 et par l'arrêté du 31 mars 2011 fixant la liste des formations qualifiantes et la réglementation des diplômes d'études spécialisées en odontologie publié au *Journal officiel* du 19 avril 2011, peuvent facturer, en sus des consultations et visites et des actes techniques correspondant à l'exercice de leur spécialité, les actes cliniques suivants :

- consultation de spécialiste CS = 23 € (à l'instar des médecins titulaires de ces mêmes spécialités) ;
- l'avis ponctuel de consultant effectué par le chirurgien-dentiste spécialiste en chirurgie orale à la demande explicite du médecin ou du chirurgien-dentiste et facturé dans les conditions définies à l'article 18 des dispositions générales de la NGAP.

Le tarif de cet avis de consultant serait facturable comme pour les médecins à 50 €.

L'entrée en vigueur de cette mesure est conditionnée à la publication de la décision UNCAM habilitant les praticiens titulaires des nouvelles spécialités de chirurgie orale et médecine bucco-dentaire à facturer ces actes.

- par ailleurs, est ouverte aux chirurgiens-dentistes spécialistes en chirurgie orale la possibilité de coter les coefficients modificateurs J et K figurant à la CCAM, à l'instar des médecins titulaires de cette même spécialité.

TITRE IV

MODERNISATION DES RELATIONS ENTRE L'ASSURANCE MALADIE
ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Article 30

*La transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement
ou à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire*

Afin de poursuivre les réflexions menées sur la simplification administrative, les parties signataires souhaitent renforcer la transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, tout en faisant évoluer les modalités de transmission.

Ils souhaitent encourager et valoriser l'effort des chirurgiens-dentistes libéraux à la modernisation et au développement de l'équipement informatique de leur cabinet.

Article 30.1

Principe de télétransmission des feuilles de soins électroniques

La facturation des actes et prestations s'effectue par principe sous format électronique dit « système SESAM-Vitale » selon les conditions définies ci-après. En cas d'impossibilité, la facturation peut s'effectuer par le biais de la facturation « SESAM dégradé » définie à l'article 31.1.2 ou de la feuille de soins sur support papier définie à l'article 31.2.

Les chirurgiens-dentistes adhérant à la présente convention utilisent le service de la télétransmission des feuilles de soins pour les assurés sociaux (système SESAM-Vitale).

La facturation à l'assurance maladie s'effectue dans les conditions prévues par les textes réglementaires et les dispositions de la présente convention ainsi que celles du cahier des charges des spécifications des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM Vitale et en utilisant une solution agréée CNDA ou homologuée GIE SESAM-Vitale.

Article 30.2

L'utilisation de la carte de professionnel de santé

La réalisation et l'émission de FSE conformément aux spécifications SESAM-Vitale nécessitent l'utilisation d'une carte de professionnel de santé (CPS).

Le coût des cartes de professionnel de santé délivrées dans ce cadre est pris en charge par les caisses, pour la durée de la présente convention. Il en va de même pour les cartes dites « de personnel d'établissement » (CPE) attribuées aux chirurgiens-dentistes salariés, dans la limite d'une CPE par chirurgien-dentiste.

Article 30.3

L'utilisation de la carte vitale

Le chirurgien-dentiste consulte des informations sur l'assuré ou ses ayants droit au vu de la carte d'assurance maladie dite « Vitale ».

Dans le cas où l'assuré n'est pas en capacité de présenter sa carte Vitale le chirurgien-dentiste peut utiliser le service ADRI (Acquisition des DROITS intégrée) pour obtenir une situation de droits à jour de son patient lors de l'établissement de la FSE, en accédant aux droits figurant dans les bases des organismes de l'assurance maladie.

L'appréciation du niveau de prise en charge par la caisse d'assurance maladie s'effectue à la date de soins.

Article 30.4

Les règles de télétransmission de la facturation

Article 30.4.1

L'équipement informatique des caisses d'assurance maladie

Les caisses s'engagent à maintenir un niveau et une qualité de service informatique afin d'assurer le règlement des FSE dans les conditions prévues par la présente convention.

Article 30.4.2

Équipement informatique du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM-Vitale ;
- pour disposer sur son poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conformes aux dispositions réglementaires en vigueur ;
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux, notamment pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques.

Article 30.4.3

Liberté de choix du réseau

Le chirurgien-dentiste a la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel il effectue la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE), sous réserve que la solution informatique soit agréée par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) de l'assurance maladie, ou homologuée par le GIE SESAM-Vitale.

La télétransmission des feuilles de soins électroniques nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant un protocole internet conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale.

Le chirurgien-dentiste a le libre choix de son fournisseur d'accès internet ou de tout service informatique dès lors qu'ils sont conformes aux spécifications du système SESAM-Vitale, et compatibles avec la configuration de son équipement. Les parties signataires mettent en œuvre les moyens nécessaires pour faire en sorte que les logiciels agréés SESAM-Vitale intègrent au minimum une interface qui les rende compatibles avec le plus grand nombre des fournisseurs d'accès internet.

Le chirurgien-dentiste peut aussi recourir à un organisme concentrateur technique (OCT), dans le respect des dispositions légales et réglementaires ayant trait à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et relatives à la confidentialité et l'intégrité des flux de FSE.

Cet organisme tiers, dont le chirurgien-dentiste a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité du chirurgien-dentiste avec lequel il conclut un contrat à cet effet.

Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, le chirurgien-dentiste doit impérativement s'assurer que les procédures mises en œuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM-Vitale et, le cas échéant, aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de feuilles de soins électroniques, pour la part régime obligatoire.

Le chirurgien-dentiste doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données notamment en matière de déclaration de fichiers.

Les dispositions de la présente convention ne font pas obstacle à des transmissions directes par le chirurgien-dentiste à des organismes complémentaires. Un éclatement de FSE vers des organismes d'assurance maladie complémentaire peut être effectué, selon des modalités prévues par le cahier des charges SESAM-Vitale, par un OCT mandaté par le chirurgien-dentiste.

Article 30.5

Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques

Article 30.5.1

Etablissement des FSE

La télétransmission des FSE s'applique à l'ensemble des chirurgiens-dentistes, et des organismes d'assurance maladie du territoire national selon les règles contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur complétées des dispositions de la présente convention.

Article 30.5.2

Délai de transmission des FSE

Le chirurgien-dentiste s'engage à adresser à la caisse d'affiliation de l'assuré les feuilles de soins par voie électronique dans les délais réglementairement fixés, que le paiement s'effectue en paiement direct ou en dispense d'avance des frais.

Article 30.5.3

Délai de paiement en cas de dispense d'avance des frais

La caisse d'assurance maladie obligatoire traite les FSE et émet l'ordre de virement du montant dû dans un délai maximal de cinq jours ouvrés, à compter du jour de la réception de l'accusé de réception logique (ARL positif). Si le délai de paiement excède sept jours, une indemnité est versée au chirurgien-dentiste dans les conditions définies réglementairement.

Article 30.5.4

Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais

Les organismes d'assurance maladie obligatoire s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement de la part obligatoire des actes facturés par la FSE, sur la base des informations relatives à la couverture maladie contenues dans la carte d'assurance maladie à la date des soins y compris lorsque les droits figurant en carte ne sont pas à jour.

Lorsque la caisse assume la responsabilité du règlement de la part relevant du régime complémentaire, elle supporte également, sur cette part, les obligations résultant de la garantie de paiement.

Pour fiabiliser la facturation, l'assurance maladie met à disposition un service intégré, service ADRI (Acquisition des Droits intégrée au logiciel SESAM Vitale). Il permet de connaître la situation à jour des droits d'un patient grâce à un accès direct aux bases des organismes d'assurance maladie.

La garantie de paiement en cas de dispense d'avance des frais ne s'applique toutefois que sur la base des droits figurant en carte au jour de la facturation.

Article 30.5.5

Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique

En cas d'échec d'émission d'une FSE, le chirurgien-dentiste fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus.

En cas de nouvel échec de la télétransmission de la FSE et selon les conditions décrites par le code de la sécurité sociale, le chirurgien-dentiste établit un duplicata sous forme papier de la FSE. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance et les références de la feuille de soins électronique non transmise (numéros de FSE et de lot).

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie sans dispense d'avance des frais à l'assuré, le chirurgien-dentiste signe le duplicata et le remet à l'assuré, ou l'adresse lui-même à la caisse d'affiliation de l'assuré en indiquant que l'assuré n'a pas pu signer la feuille de soins.

En cas de duplicata avec dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, le chirurgien-dentiste adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré le duplicata de la feuille de soins signé par lui-même et, si possible, par l'assuré ; à défaut, il indique que l'assuré n'a pas pu signer.

Dans les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique, le chirurgien-dentiste remplit une feuille de soins papier.

Article 31

Les autres procédures de facturation

Article 31.1

La feuille de soins SESAM « dégradé »

Article 31.1.1

Procédure exceptionnelle

En cas d'impossibilité de produire des FSE du fait de l'absence, de la non-présentation ou de la défectuosité de la carte d'assurance maladie, le chirurgien-dentiste réalise une feuille de soins SESAM « dégradé ».

Les parties s'engagent à en limiter l'utilisation au profit de la seule transmission de FSE et à en suivre l'évolution du volume dans le cadre des commissions paritaires départementales.

Article 31.1.2

Transmission des feuilles de soins SESAM « dégradé »

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé », y compris hors département, le chirurgien-dentiste réalise parallèlement aux flux une feuille de soins papier.

Le chirurgien-dentiste adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives de la transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé » (feuille de soins sous forme papier). Les feuilles de soins SESAM

« dégradé » n'ouvrent pas droit à la garantie de paiement prévue à l'article 30.5.4 et ne rentrent pas dans le calcul du taux de télétransmission défini à l'article 32.

En cas de dispense d'avance des frais, la caisse règle directement au chirurgien-dentiste les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie. Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

Article 31.2

La facturation via la feuille de soins sur support papier

En cas d'impossibilité de produire des feuilles de soins électroniques ou SESAM« dégradé », la facturation est effectuée via la feuille de soins papier.

En cas de dispense d'avance des frais, le chirurgien-dentiste facture directement la part obligatoire des actes et prestations à la caisse d'affiliation de l'assuré.

Il se charge de l'envoi à cette même caisse des documents nécessaires à la prise en charge dans les délais qui lui sont impartis par la réglementation.

En cas de paiement direct, l'envoi des feuilles de soins papier est effectué sous la responsabilité de l'assuré.

En cas de dispense d'avance des frais, la caisse règle directement au chirurgien-dentiste les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie. Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

Article 31.3

Le déploiement de la norme NOEMIE 580

Equipé d'un logiciel de facturation agréé « suivi des factures sur la base de la norme NOEMIE 580 », le chirurgien-dentiste bénéficie d'un retour d'information amélioré permettant :

- un meilleur suivi des paiements, rejets et régularisations de factures :
 - identification de la facture de façon unique (indication du numéro et type de facture, date de facturation et lieu d'exécution) ;
 - information au niveau de la facture : payée, rejetée ou différée, avec le détail de la part obligatoire et de la part complémentaire pour chaque facture ;
 - motifs des rejets clairement identifiés avec l'indication :
 - de la part concernée par le rejet (part obligatoire ou part complémentaire) ;
 - du niveau de rejet (facture, prestation, code affiné) ;
 - de la nature de la prestation ;
 - du libellé de rejet ;
- un rapprochement facilité entre les factures et les virements bancaires, avec l'indication de la référence du virement bancaire et des factures concernées par ce dernier ;
- les retours d'information sur les factures sont regroupés par date comptable et référence de virement, ce qui permet de lister simplement les factures correspondant à un virement donné ;
- une meilleure lisibilité des mouvements financiers avec une distinction des types de retours :
 - liquidation de factures ;
 - régularisation de factures ;
 - paiements ponctuels ou forfaitaires ;
 - retenues ponctuelles après accord formel du chirurgien-dentiste.

Article 31.4

La mise en place d'un centre de services inter-régimes (CESI)

L'assurance maladie obligatoire s'engage à mettre à disposition des chirurgiens-dentistes un point de contact unique, commun à l'ensemble des régimes obligatoires et dénommé CESI (centre de services inter régimes) aux professionnels qui souhaitent bénéficier d'une assistance lorsqu'ils rencontrent une difficulté pour pratiquer le tiers-payant.

Il est constitué sous la forme d'un support multicanal : il est dans un premier temps accessible par courriel ou par téléphone.

Des sollicitations par « chat », à partir d'Espace Pro ou par une application smartphone sont progressivement proposées.

L'équipe administrative dédiée répond à toutes les questions et à toutes les réclamations liées à la facturation en tiers-payant, quel que soit le régime d'affiliation du patient et sa caisse de rattachement :

- information générale sur la réglementation et les conventions applicables dans le cadre du tiers payant ;
- assistance à la facturation ;
- information sur les paiements et sur les rejets.

Lorsque la réponse ne peut être immédiatement apportée, un engagement de réponse en trois jours est pris. Cette réponse peut être assurée directement par la caisse de rattachement du patient, quel que soit son régime.

Le conseiller informatique service (CIS) ainsi que l'ensemble des interlocuteurs habituels en caisse restent à la disposition du chirurgien-dentiste.

Article 31.5

Mise à disposition de téléservices par l'assurance maladie obligatoire

L'assurance maladie obligatoire souhaite mettre à disposition des chirurgiens-dentistes un ensemble de services simplifiant leurs tâches administratives et facilitant la prise en charge de leurs patients.

Ces services seront accessibles au travers des logiciels utilisés dans leur pratique quotidienne.

Les téléservices suivants sont d'ores et déjà disponibles :

- services en support des tâches et démarches administratives

Plusieurs services disponibles sur le portail Espace pro permettent au chirurgien-dentiste d'accéder à des informations administratives concernant son activité : les informations concernant les paiements effectués par l'assurance maladie, leur activité (RIAP), les droits des patients en temps réel, la commande de formulaires divers...

- la prescription d'arrêt de travail en ligne

Ce service permet de faire parvenir sans délai un avis d'arrêt de travail dématérialisé aux services concernés de l'assurance maladie et de produire le volet destiné à l'assuré.

- la déclaration d'un certificat médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle en ligne

Ce service permet de rédiger avec une aide intégrée, un certificat médical d'accident de travail ou de maladie professionnelle avec l'arrêt de travail afférent transmis en temps réel aux services de l'assurance maladie.

L'assurance maladie s'engage à développer cette offre de téléservices afin de continuer à faciliter les échanges entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens. Ces nouveaux téléservices devront être proposés et conçus avec la participation active des chirurgiens-dentistes.

Article 32

Valorisation de la modernisation du cabinet dentaire : création d'un forfait de modernisation et d'informatisation du cabinet dentaire

Afin d'accompagner les professionnels qui s'engagent dans des investissements permettant de moderniser et informatiser leur cabinet dentaire, l'assurance maladie s'engage à refondre les aides initialement versées (aide à la télétransmission, à la maintenance...) en instaurant une aide forfaitaire dénommée : « *forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet dentaire* » versée annuellement, sous respect d'un certain nombre de critères vérifiés par l'assurance maladie en année N+1.

Ces critères sont les suivants :

- être équipé d'un logiciel métier compatible DMP pour faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée, et compatible avec le recours aux téléservices tels que la prescription d'arrêt de travail en ligne (AAT) ;
- être doté d'une version du cahier des charges SESAM-Vitale intégrant les derniers avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération ;
- atteindre un taux de télétransmission supérieur ou égal à 70 %, la télétransmission des données fiabilisant la facture et permettant de garantir des délais de paiement très courts ;
- disposer d'une adresse de messagerie sécurisée de santé ;
- afficher ses horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé sous réserve de sa faisabilité technique.

Dès lors que l'ensemble des critères sont respectés, le chirurgien-dentiste bénéficie d'une aide forfaitaire de 490 €.

Le chirurgien-dentiste impliqué dans la prise en charge coordonnée des patients peut également bénéficier d'une aide complémentaire de 100 € (soit un total de 590 €/an) notamment pour l'aide à l'équipement informatique, si celui-ci participe à une équipe de soins primaires ou maison de santé pluri-professionnelle partageant un projet de santé commun ou à une communauté professionnelle territoriale de santé.

Ce forfait entrerait en vigueur en 2020 au titre de l'année 2019.

TITRE V

DISPOSITIONS SOCIALES

Article 33

Participation de l'assurance maladie au régime des prestations complémentaires vieillesse

Afin de pérenniser le régime de prestations complémentaires vieillesse, mis en place par la réforme de 2007 et instaurant une cotisation d'ajustement sur l'ensemble du revenu du chirurgien-dentiste, les partenaires conventionnels s'accordent à mettre en place des mesures complémentaires de nature à en assurer l'équilibre sur le long terme.

L'assurance maladie confirme son engagement dans le cadre du régime complémentaire vieillesse des chirurgiens-dentistes dans le respect du contrat conventionnel établi, avec un maintien de son taux de participation au financement des cotisations de ce régime.

Article 34

Avantages complémentaires de vieillesse

Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse, la participation des caisses au financement de la cotisation annuelle obligatoire, prévue à l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale et due par les chirurgiens-dentistes conventionnés, est fixée au 2/3 du montant de ladite cotisation, tel que fixé par le décret n° 2007-458 du 25 mars 2007 relatif au régime des prestations complémentaires de vieillesse des chirurgiens-dentistes prévu à l'article L. 645-1 du code de la sécurité sociale.

Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse, la participation des caisses au financement de la cotisation d'ajustement, prévue à l'article L. 645-3 du code de la sécurité sociale et due par les chirurgiens-dentistes conventionnés est fixée à 50 % du montant de ladite cotisation, tel que fixé par le décret n° 2017-993 du 10 mai 2017 modifiant le décret n° 2007-458 du 25 mars 2007 relatif au régime des prestations complémentaires de vieillesse des chirurgiens-dentistes prévu à l'article L. 645-1 du code de la sécurité sociale.

Article 35

Assurance maladie maternité décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, les chirurgiens-dentistes conventionnés doivent une cotisation prévue à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale.

Afin de déterminer l'assiette de la participation des caisses à cette cotisation, les parties signataires définissent les termes suivants :

- le taux de dépassement (hors forfait CMU-C) du praticien est le taux URSSAF = (dépassements – montants remboursés forfaits CMU) / (montants remboursables actes + montants remboursés forfaits CMU)

Cette dernière formule permet d'intégrer les dépassements plafonnés du périmètre CMU-C dans l'assiette de participation des caisses.

- Le taux de participation du praticien (TP) est défini comme suit :

$$TP = \text{taux URSSAF} / (1 + \text{taux URSSAF})$$

- Le taux de participation des caisses (TC) est défini comme suit :

$$TC = (1 - TP)$$

La participation des caisses est assise sur la totalité du revenu lié à l'activité conventionnée du chirurgien-dentiste multiplié par le taux de participation des caisses (TC).

Cette participation de l'assurance maladie est déterminée de manière à ce que le taux de cotisation restant à la charge des chirurgiens-dentistes libéraux s'élève à 0,10 %.

La participation des caisses est calculée selon la formule suivante :

$$\text{Participation ASM des caisses} = \text{revenu} \times TC \times \text{taux de cotisation en vigueur} - 0,10 \%$$

Les partenaires conventionnels conviennent de réfléchir à une éventuelle évolution des modalités de cette participation ASM en vue de l'adapter aux évolutions législatives et réglementaires.

L'ensemble des mesures nécessaires à l'amélioration de la protection sociale notamment dans les domaines suivants : couverture maternité, protection en cas d'incapacité de travail et couverture du risque accident du travail, maladies professionnelles suppose une évolution du cadre législatif et réglementaire afin de fixer la nature et le niveau des prestations ouvertes, ainsi que les contributions sociales afférentes.

Une fois ces modifications intervenues les partenaires conventionnels examineront les modalités de participation de l'assurance maladie au financement des éventuelles mesures retenues.

TITRE VI

VIE CONVENTIONNELLE

Article 36

Durée et conditions d'application de la convention

Article 36.1

La durée de la convention

Conformément à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, la présente convention est conclue pour une durée de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur de son arrêté d'approbation. La convention est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée sauf dénonciation six mois au moins avant sa date d'échéance par les parties signataires dans les conditions définies dans le code de la sécurité sociale.

Article 36.2

Les modalités de notification et d'adhésion

Le chirurgien-dentiste est tenu, lors de son installation ou à la demande des caisses, de faire connaître notamment son numéro d'inscription au tableau de l'ordre comportant entre autre son numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé) ainsi que l'adresse de son cabinet professionnel principal et, le cas échéant, les différentes structures d'activité et les coordonnées de celle-ci, la date de début d'activité, la notification de déclaration d'installation radiologique.

a) Notification :

Les caisses d'assurance maladie s'engagent à porter à la connaissance des professionnels les modifications législatives, réglementaires et conventionnelles par tout moyen d'information dont elles disposent.

b) Modalités d'adhésion :

Conformément aux dispositions de l'article R.162-54-9 du code de la sécurité sociale :

- les chirurgiens-dentistes précédemment placés sous le régime du règlement arbitral publié au *Journal officiel* le 31 mars 2017, applicable aux chirurgiens-dentistes libéraux à la date d'entrée en vigueur de la convention, sont considérés tacitement comme y adhérant.
- les chirurgiens-dentistes exerçant hors du régime du règlement arbitral publié au *Journal officiel* le 31 mars 2017, à la date d'entrée en vigueur de la présente convention et les praticiens s'installant en exercice libéral au cours de la vie conventionnelle, qui souhaitent adhérer à la présente convention en font la demande par courrier recommandé avec avis de réception adressé à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent. Leur adhésion à la convention est effective à la date à laquelle la caisse accuse réception de leur demande.

c) Modalités de rupture d'adhésion :

Conformément aux dispositions de l'article R.162-54-9 du code de la sécurité sociale, le chirurgien-dentiste qui ne souhaite plus être placé sous le régime de la présente convention adresse un courrier recommandé avec accusé de réception à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce. Cette décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse primaire d'assurance maladie. Le chirurgien-dentiste reste autorisé à formuler à tout moment une nouvelle demande d'adhésion.

Article 36.3

La résiliation de la convention

La présente convention peut être résiliée par les partenaires conventionnels, soit par décision de l'UNCAM, soit par décision conjointe d'au moins deux organisations syndicales représentatives des chirurgiens-dentistes libéraux signataires de la convention représentant la majorité des suffrages exprimés aux dernières élections des unions régionales des professionnels de santé, dans les cas suivants :

- non-respect grave et répété des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes libéraux.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception adressée à tous les signataires de la convention et prend effet à l'échéance d'un délai de six mois. Durant ce délai, l'UNCAM ouvre des négociations en vue de la conclusion d'une nouvelle convention dans les conditions prévues par la réglementation.

Article 37

Instances conventionnelles

Les Parties signataires réaffirment leur profond attachement à une gestion paritaire de la vie conventionnelle et mettent en place à cet effet les instances suivantes :

- une commission paritaire nationale ;
- des commissions paritaires régionales ;
- des commissions paritaires départementales ;
- un comité technique paritaire permanent national ;
- un observatoire conventionnel national.

Article 37.1

La commission paritaire nationale (CPN)

Il est institué, entre les Parties Signataires, une Commission Paritaire Nationale composée paritairement.

Article 37.1.1

Composition

La CPN est composée pour moitié :

- de représentants de l'UNCAM, qui constituent la section sociale ;
- de représentants de la ou des organisations syndicales représentatives des chirurgiens-dentistes libéraux signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle ;
- et d'un représentant de l'UNOCAM (en formation plénière).

Chaque section désigne son président.

a. Composition en formation plénière :*Section professionnelle*

La section professionnelle comprend 6 sièges et 2 sièges supplémentaires par syndicat au-delà de deux syndicats signataires, à répartir au sein de la section.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Les représentants des syndicats dentaires signataires sont désignés parmi leurs adhérents placés sous le régime de la présente convention. Seuls les chirurgiens-dentistes adhérant à la présente convention, en exercice et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance.

Section sociale

La section sociale est composée de 6 représentants titulaires de l'assurance maladie :

- régime général : 4 représentants ;
- régime agricole : 2 représentants.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Au-delà de deux syndicats signataires, les sièges supplémentaires de la section sociale sont attribués au régime général.

Siège également dans cette formation, avec voix délibérative, 1 représentant de l'UNOCAM.

Pour les délibérations de la CPN composée en formation plénière et pour lesquelles l'UNOCAM participe aux votes, le président de la section professionnelle dispose de 2 voix.

b. Composition en formation restreinte :*Section professionnelle*

La section professionnelle comprend 6 sièges et 2 sièges supplémentaires par syndicat au-delà de deux syndicats signataires, à répartir au sein de la section.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Les représentants des syndicats dentaires signataires sont désignés parmi leurs adhérents placés sous le régime de la présente convention. Seuls les chirurgiens-dentistes adhérant à la présente convention, en exercice et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance.

Section sociale

La section sociale est composée de 6 représentants titulaires de l'assurance maladie :

- régime général : 4 représentants ;
- régime agricole : 2 représentants.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Au-delà de deux syndicats signataires, les sièges supplémentaires de la section sociale sont attribués au régime général.

c) **Composition en « formation chirurgiens-dentistes » :**

En « formation chirurgiens-dentistes », la CPN est composée :

- de la section professionnelle telle que décrite supra ;
- des praticiens de la section sociale de la formation restreinte de la CPN. Afin d'assurer la parité, les praticiens de la section sociale se répartissent le même nombre de voix que les praticiens de la section professionnelle.

Article 37.1.2

Missions

La CPN peut se réunir en formation plénière ou en formation restreinte. Elle se réunit au moins deux fois par an.

Elle a une mission générale de suivi, d'orientation, et de coordination des actions à mener afin d'assurer la réussite de la politique et de la vie conventionnelle.

La CPN réunie en formation plénière est chargée de suivre la mise en œuvre des mesures conventionnelles et de préparer des propositions d'évolutions conventionnelles nécessaires à l'application de la convention. Elle est donc chargée notamment :

- du suivi et de l'évaluation des mesures démographiques ;
- du suivi et de l'évaluation des mesures de prévention ;
- de l'élaboration des avenants et annexes nécessaires à l'application de la convention nationale ;
- du suivi de la clause d'indexation.

La CPN réunie en formation restreinte traite de tous les sujets n'intéressant que les relations entre UNCAM et chirurgiens-dentistes. Elle est notamment chargée des missions suivantes :

- veiller au respect des dispositions conventionnelles par les chirurgiens-dentistes et les caisses au niveau régional et départemental, notamment statuer sur les cas de manquements individuels ;
- prendre toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances locales ; gérer et régler les carences des instances départementales et régionales ;
- installer et suivre les travaux du comité technique paritaire permanent national (CTPPN).

Pour remplir ses missions, la CPN peut faire appel à des experts ou constituer tous les groupes de travail qu'elle jugera nécessaires.

Article 37.2

Commission paritaire régionale (CPR)

Il est institué une commission paritaire dans chaque région, qui se réunit en tant que de besoin et au minimum une fois par an.

Celle-ci est composée pour moitié :

- de représentants des caisses d'assurance maladie, qui constituent la section sociale ;
- de représentants des organisations régionales des syndicats signataires de la convention, qui constituent la section professionnelle.

Article 37.2.1

Composition

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 6 sièges et 2 sièges supplémentaires par syndicat au-delà de deux syndicats signataires, à répartir au sein de la section.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Chaque organisation régionale de syndicat national signataire et/ou chaque syndicat régional appartenant à une organisation nationale signataire désigne ses représentants chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés exerçant à titre principal dans la région.

Section sociale

La section sociale est composée de 6 représentants titulaires de l'assurance maladie :

- régime général : 4 représentants ;
- régime agricole : 2 représentants.

La qualité de membre d'une profession de santé libérale en exercice libéral est incompatible avec celle de représentant d'un organisme d'assurance maladie.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Au-delà de deux syndicats signataires, les sièges supplémentaires de la section sociale sont attribués au régime général.

Composition en « formation chirurgiens-dentistes »

En « formation chirurgiens-dentistes », la CPR est composée :

- de la section professionnelle telle que décrite supra ;
- des praticiens de la section sociale. Afin d'assurer la parité, les praticiens de la section sociale se répartissent le même nombre de voix que les praticiens de la section professionnelle.

Article 37.2.2*Missions*

La commission paritaire régionale est chargée notamment des missions suivantes :

- elle facilite l'application de la convention par une concertation permanente sur le plan régional entre les caisses et les représentants des chirurgiens-dentistes. En cas de désaccord entre les parties, l'une ou l'autre peut soumettre le dossier à la commission paritaire nationale ;
- elle suit et évalue au niveau régional l'impact des mesures d'incitation à l'installation et au maintien de l'activité, notamment dans les zones « très sous-dotées ». Au regard des résultats régionaux et des éventuelles difficultés rencontrées dans l'application des mesures de rééquilibrage de l'offre en chirurgien-dentiste libéral, la commission peut proposer des adaptations ;
- elle mène, en lien avec les ARS, les études relatives à la démographie des chirurgiens-dentistes ;
- elle étudie les documents statistiques et économiques permettant de mieux identifier dans la région les besoins de santé de la population, l'activité des chirurgiens-dentistes, d'évaluer le coût des soins, la répartition de l'offre de soins en chirurgiens-dentistes ;
- elle suit l'évolution régionale des dépenses de santé en rapport avec les actes dentaires et analyse ces dépenses au regard des besoins de santé de la population ;
- elle met en place des actions d'information et/ou de sensibilisation des professionnels, actions qui seront relayées par les caisses ;
- elle informe régulièrement de ses travaux la CPN, qui fait le lien avec l'observatoire national sur ces sujets.

La CPR adresse à la CPN au cours du dernier trimestre de chaque année un rapport sur ses activités de l'année en cours.

Article 37.3*Commission paritaire départementale (CPD)*

Il est institué une commission paritaire dans chaque département, qui se réunit en tant que de besoin et au minimum une fois par an.

Celle-ci est composée pour moitié :

- de représentants des caisses d'assurance maladie, qui constituent la section sociale ;
- de représentants des organisations départementales des syndicats signataires de la convention, qui constituent la section professionnelle.

Article 37.3.1*Composition*Section professionnelle

La section professionnelle comprend 6 sièges et 2 sièges supplémentaires par syndicat au-delà de deux syndicats signataires, à répartir au sein de la section.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Chaque organisation départementale de syndicat national signataire et/ou chaque syndicat départemental appartenant à une organisation nationale signataire désigne ses représentants chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés exerçant à titre principal dans le département.

Section sociale

La section sociale est composée de 6 représentants titulaires de l'assurance maladie :

- régime général : 4 représentants ;
- régime agricole : 2 représentants

La qualité de membre d'une profession de sante libérale en exercice libéral est incompatible avec celle de représentant d'un organisme d'assurance maladie.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Au-delà de deux syndicats signataires, les sièges supplémentaires de la section sociale sont attribués au régime général.

Composition en « formation chirurgiens-dentistes »

En « formation chirurgiens-dentistes », la CPD est composée :

- de la section professionnelle telle que décrite supra ;
- des praticiens de la section sociale. Afin d'assurer la parité, les praticiens de la section sociale se répartissent le même nombre de voix que les praticiens de la section professionnelle.

Article 37.3.2*Missions*

La commission paritaire départementale est chargée notamment des missions suivantes :

- elle facilite, dans toute la mesure du possible, l'application de la convention par une coopération permanente des caisses d'assurance maladie et des représentants de chirurgiens-dentistes appartenant à une organisation syndicale signataire de la présente convention ;
- elle s'efforce de régler les problèmes en conciliant les points de vue. Si, exceptionnellement, elle n'y parvient pas, l'une ou l'autre des parties peut soumettre le dossier à la Commission paritaire nationale ;
- elle conduit toute analyse concernant l'évolution de la consommation des soins bucco-dentaires dans la circonscription et les conditions d'accès aux soins dentaires ;
- elle examine les conditions d'application du dispositif de prévention bucco-dentaire ;
- elle donne un avis sur les dossiers qui lui sont soumis dans le cadre des procédures conventionnelles prévues à l'article 38 relatif au non-respect des dispositions conventionnelles ;
- elle informe régulièrement la CPN de ses travaux et lui établit annuellement un rapport d'activité, et notamment un bilan d'application du dispositif bucco-dentaire ;
- elle est informée des dossiers relatifs à l'exercice illégal dans le cadre de l'article L. 4161-5 du code de la santé publique et des actions engagées dans le cadre des articles L. 377-2 et suivants du code de la sécurité sociale.

Article 37.4*Dispositions communes à la commission paritaire nationale,
aux commissions paritaires régionales et départementales*

Les instances sont mises en place dans un délai de deux mois suivant la date d'entrée en vigueur de la convention.

Les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales signataires. A défaut d'accord, chaque organisation nationale signataire ou chaque organisation départementale et/ou syndicat départemental appartenant à une organisation nationale signataire dispose d'un siège et la répartition des sièges restants se fait au vu de l'enquête de représentativité prévue à l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre total de syndiqués attribués par ladite enquête aux organisations signataires divisé par le nombre de sièges à pourvoir, la répartition des restes s'effectuant au plus fort reste.

Chaque instance peut se réunir en « formation chirurgiens-dentistes », c'est-à-dire en sous-commission paritaire composée de représentants de la section professionnelle et de représentants des services du contrôle médical, notamment lorsqu'il s'avère nécessaire d'entendre un chirurgien-dentiste sur sa pratique ou d'examiner des documents comportant des informations à caractère médical concernant des assurés.

Elles adoptent un règlement intérieur reprenant *a minima* le règlement type défini en annexe 15, qui précise notamment les règles de convocations aux réunions de fixation de l'ordre du jour, de quorum et les procédures de vote. Dans le cas où un règlement intérieur ne serait pas adopté par la commission, le ou les règlements types en annexe de la convention doivent s'appliquer tels quels.

Les directeurs des caisses ou leurs représentants, si ces derniers ne sont pas membres délibératifs, sont membres consultatifs de plein droit des instances départementales.

Chaque organisation signataire tant au niveau départemental, régional que national peut faire appel à un expert lorsqu'elle le juge utile. Les experts, convoqués par décision de l'instance, n'interviennent que sur le point de l'ordre du jour pour lequel leur compétence a été requise.

Les présidents de chacune des sections assument par alternance annuelle la présidence et la vice-présidence de l'instance conventionnelle. La présidence de plusieurs instances conventionnelles ne peut être assurée simultanément par la même personne.

Les sections sociale et professionnelle s'engagent à être toujours représentées dans des conditions permettant le fonctionnement de l'instance conventionnelle.

Chaque instance conventionnelle met en place les groupes de travail qu'elle juge nécessaire.

Les représentants des syndicats signataires, membres de la section professionnelle, perçoivent une indemnité sur la base de 12 C par réunion et une indemnité de déplacement.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux chirurgiens-dentistes qui participent aux groupes de travail créés par les instances conventionnelles.

Article 37.5

Comité technique paritaire permanent national (CTPPN)

Un comité technique paritaire permanent national est instauré près la CPN.

Les attributions de ce comité sont spécifiques aux chirurgiens-dentistes dans le cadre de leurs engagements conventionnels de télétransmission SESAM-Vitale. Les échanges des données dématérialisées entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes conventionnés font partie de ses attributions.

Il est saisi de tout dysfonctionnement du système et examine les réponses appropriées à apporter dans les meilleurs délais afin de garantir la continuité du service de télétransmission des feuilles de soins électroniques.

Il peut formuler des avis sur le cahier des charges SESAM-Vitale ainsi que des propositions tendant à l'amélioration du dispositif.

Dans ce domaine, la mission du comité technique paritaire comprendra notamment le suivi des procédures informatiques de gestion de la dispense d'avance de frais, que celle-ci soit relative à la CMU ou à tout autre dispositif issu de la réglementation.

Article 37.6

Observatoire conventionnel national

Les partenaires conventionnels s'accordent pour confier à l'observatoire conventionnel national le suivi :

- de la démographie des chirurgiens-dentistes et l'évaluation de la portée du dispositif d'amélioration de l'offre de soins et des conditions d'exercice des chirurgiens-dentistes exerçant dans ces zones ;
- de l'évolution des dépenses dentaires ;
- de l'évaluation des mesures conventionnelles innovantes, dans leurs aspects médico-économiques, juridiques ou financiers ;
- du dispositif de rééquilibrage de l'activité dentaire introduit par l'article 4 de la présente convention.

Il mène des études en fonction des données disponibles et des possibilités offertes par les systèmes d'information.

Il se réunit au moins une fois par an et au plus tard avant le 1^{er} mai de chaque année.

Article 38

Non-respect des dispositions conventionnelles

Le respect des engagements conventionnels des parties est un des éléments essentiels de l'équilibre conventionnel.

Ainsi, les partenaires conventionnels sont convenus de définir dans le présent titre les situations au cours desquelles un professionnel, qui, dans son exercice, ne respecte pas ses engagements, est susceptible de faire l'objet d'un examen de sa situation par les instances paritaires.

Soucieux de préserver les droits des parties, et notamment ceux de la défense, et de moduler les sanctions en fonction de la gravité des faits constatés, les partenaires se sont accordés pour mettre en place le dispositif défini ci-après.

Article 38.1

De l'examen des cas de manquement

En cas de non-respect par un chirurgien-dentiste des règles organisant ses rapports avec l'assurance maladie et notamment les dispositions conventionnelles, une procédure conventionnelle d'examen des manquements conventionnels ou réglementaires est engagée par les parties conventionnelles sur initiative d'une caisse.

Le non-respect des dispositions conventionnelles peut notamment porter sur :

- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables en dehors des cas autorisés ;
- non-utilisation ou mauvaise utilisation, de façon répétée, des documents auxquels sont subordonnées la constatation des soins et leur prise en charge par l'assurance maladie ;
- non inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens de la présente convention et de la réglementation ;
- l'utilisation abusive du DE ;
- la facturation d'actes non réalisés ;
- le manquement à l'obligation de fournir un devis préalable conforme à l'annexe 14 de la présente convention lorsqu'il est obligatoire ;
- le non-respect de manière répétée de l'obligation de télétransmission à l'assurance maladie, posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations ;
- le non-respect de façon répétée des honoraires limites de facturation définis par la présente convention ;
- le non-respect de façon répétée de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;

- le non-respect de façon répétée du tact et de la mesure dans la fixation des honoraires perçus ;
- le non-respect de façon répétée des dispositions conventionnelles arrêtées en matière de prévention bucco-dentaire.

La caisse d'assurance maladie peut être saisie par un organisme complémentaire d'assurance maladie lorsqu'il constate un manquement.

Article 38.2

Procédure de sanction

Article 38.2.1

Procédure préalable d'avertissement

Le directeur de la CPAM de rattachement du chirurgien-dentiste adresse, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception, un courrier d'avertissement comportant les éléments permettant de caractériser le non-respect des dispositions de la présente convention. Cet avertissement doit comporter l'ensemble des anomalies reprochées au professionnel.

Le chirurgien-dentiste dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception de cet avertissement pour modifier sa pratique. Dans le cas du non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, le praticien dispose d'un délai de trois mois à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique.

L'ensemble de la procédure se déroulera en respect des principes énoncés dans la charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'assurance maladie.

Article 38.2.2

Relevé de constatation et période de présentation de ses observations par le chirurgien-dentiste

Si, à l'issue d'un délai d'au moins deux mois ou trois mois en cas de non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation, à compter de la réception du courrier d'avertissement, il est constaté que le chirurgien-dentiste n'a pas modifié sa pratique, le directeur de la CPAM de rattachement du chirurgien-dentiste, pour le compte de l'ensemble des régimes, communique le relevé de constatations au chirurgien-dentiste concerné par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception, avec copie aux présidents des deux sections de la CPD.

Par exception, le délai est porté à huit mois pour les traitements d'orthopédie dento-faciale. Dans ce cas, la pratique est observée uniquement sur les semestres de traitements initiés après la réception du courrier d'avertissement.

La CPAM procédera à ce même envoi et la procédure d'avertissement sera réputée effectuée si, dans un délai de trois ans maximum suivant la réception du courrier d'avertissement, le chirurgien-dentiste a renouvelé les mêmes faits reprochés.

Le relevé détaille les manquements reprochés au chirurgien-dentiste, expose les sanctions encourues et précise les délais de réponse et la possibilité d'entretien et de transmission d'observations écrites prévus aux alinéas suivants.

Le chirurgien-dentiste dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception du relevé de constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles par lettre recommandée avec accusé de réception et/ou être entendu à sa demande par le directeur de la CPAM de rattachement ou son représentant. A cette occasion, le chirurgien-dentiste peut se faire assister par un avocat et/ou un confrère de son choix.

La caisse dresse un compte-rendu d'entretien signé par le directeur et le chirurgien-dentiste à l'issue de l'entretien. L'absence de signature du chirurgien-dentiste ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure.

A l'issue du délai d'un mois à compter de la réception du relevé de constatations ou de l'entretien du chirurgien-dentiste si celui-ci intervient postérieurement à l'expiration de ce délai, la caisse peut décider :

1° Soit de mettre fin à la procédure engagée à l'encontre du chirurgien-dentiste ; dans ce cas, elle doit nécessairement en aviser le chirurgien-dentiste et la CPD ;

2° Soit de poursuivre la procédure engagée à l'encontre du chirurgien-dentiste ; dans ce cas, la caisse demande au président de la commission paritaire départementale de réunir celle-ci.

Article 38.2.3

Examen par la commission paritaire départementale

La CPD doit se tenir dans un délai maximal de deux mois à compter de l'expiration du délai visé à l'article 38.2.2, prévu pour permettre au chirurgien-dentiste de présenter ses observations écrites et/ou orales. Ce délai est augmenté d'un mois lorsque la CPD juge nécessaire de recueillir, auprès du praticien concerné, des éléments d'information relatifs à sa pratique médicale et de rendre son avis en formation « chirurgiens-dentistes ».

Le courrier d'avertissement, relevé de constatations, les observations écrites du chirurgien-dentiste, le compte rendu d'entretien le cas échéant, et tout document utile sont joints à l'ordre du jour. L'ensemble de ces documents doivent être transmis aux membres de la CPD au moins quinze jours avant la réunion. Le chirurgien-dentiste est informé de la date de la réunion de la commission.

La commission se prononce en principe sur pièces. Toutefois, le chirurgien-dentiste peut demander à être entendu par la commission pour fournir les explications qu'il juge utiles. Il peut se faire assister, s'il le souhaite, d'une personne de son choix, et notamment d'un confrère et/ou d'un avocat. Il peut envoyer au secrétariat de la commission un mémoire en défense au plus tard trois jours avant la date de la réunion.

Lorsque la CPD juge nécessaire de recueillir, auprès du praticien concerné, des éléments d'information relatifs à sa pratique médicale, les éléments du dossier sont transmis à la formation « chirurgiens-dentistes » de la CPD. Dans un délai minimal de quinze jours précédant la réunion de la formation « chirurgiens-dentistes » de la CPD, le chirurgien-dentiste est invité à être entendu par la commission et à fournir les explications qu'il juge utiles. A cette occasion, il peut se faire assister par un confrère et/ou un avocat de son choix. Il peut envoyer des observations écrites à la commission en formation « chirurgiens-dentistes » au plus tard trois jours avant la date de la réunion.

La CPD dans la formation retenue (plénière ou « chirurgiens-dentistes ») émet en séance un avis sur la décision à prendre.

L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les quinze jours suivant la réunion de la CPD dans la formation retenue (plénière ou « chirurgiens-dentistes ») au président et au vice-président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les sept jours suivant sa réception. A l'issue de ces délais l'avis de la CPD dans la formation retenue (plénière ou « chirurgiens-dentistes ») est réputé rendu.

L'avis rendu par la CPD est transmis au chirurgien-dentiste.

Article 38.3

Les mesures encourues

Lorsqu'un chirurgien-dentiste ne respecte pas les dispositions de la présente convention, il peut, après mise en œuvre des procédures prévues au présent titre, encourir une ou plusieurs des mesures suivantes :

- suspension du droit à des dépassements autorisés (DE, DP) en cas d'abus répétés dûment constatés. La suspension est de trois, six, neuf ou douze mois, suivant l'importance des griefs ;
- suspension de la ou des participations des caisses à la prise en charge des avantages sociaux des chirurgiens-dentistes en bénéficiant. La suspension de la ou des participations des caisses est de un, trois, six, neuf ou douze mois dans le respect du code de la sécurité sociale ;
- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel.

Cette suspension peut être temporaire ou prononcée pour la durée d'application de la convention, selon l'importance des griefs.

La mise hors convention de trois mois ou plus entraîne la suppression de la participation des caisses aux avantages sociaux pour une durée égale à celle de la mise hors convention.

Article 38.4

Les condamnations par l'ordre ou les tribunaux

Lorsque le conseil régional ou national ou la chambre régionale ou nationale de l'ordre des chirurgiens-dentistes, ou une autre juridiction, a prononcé à l'égard d'un professionnel une sanction devenue définitive non assortie de sursis :

- d'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux ;
- d'interdiction d'exercer,

le professionnel se trouve placé de fait et simultanément hors convention, à partir de la date d'application de la sanction ordinale ou judiciaire et pour une durée équivalente.

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire constituent en outre une infraction au regard des règles et/ou des pratiques conventionnelles, les caisses peuvent envisager à l'encontre du professionnel l'une des procédures prévue à l'article 38.2.

Article 38.5

Les dispositions communes

Le directeur de CPAM, agissant pour le compte de l'ensemble des régimes, notifie la décision au professionnel par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception ou de dépôt de cette notification. La notification est motivée, précise les voies et délais de recours dont dispose le chirurgien-dentiste pour contester la décision, ainsi que sa date d'effet qui ne peut intervenir qu'après l'écoulement d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de la notification de la décision.

Une copie de la notification est adressée à la CPR et à la CPD. En cas de déconventionnement, la décision est également notifiée à l'UNOCAM.

Article 38.6

Procédure exceptionnelle de déconventionnement

En cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels justifiant le dépôt d'une plainte pénale par l'organisme de sécurité sociale en application du 4^e alinéa de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale et entraînant un préjudice financier dépassant huit plafonds mensuels de la sécurité sociale, le directeur de la Caisse du lieu d'exercice du chirurgien-dentiste peut décider de suspendre les effets de la convention, après accord du directeur de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet.

Cette suspension provisoire ne peut excéder trois mois.

Préalablement au prononcé de la suspension, le directeur de la caisse notifie au professionnel, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, les faits reprochés et la suspension envisagée.

Le professionnel dispose d'un délai de quinze jours à compter de la réception de la notification pour demander à être entendu, assisté le cas échéant de la personne de son choix, pour présenter ses observations.

Après réception des observations écrites ou après l'audition du praticien ou à l'issue du délai de quinze jours, le directeur de la caisse dispose d'un délai de quinze jours pour notifier la suspension au professionnel par une décision motivée. A défaut, la procédure est réputée abandonnée.

Simultanément, le directeur de la caisse engage la procédure de déconventionnement dans les conditions définies à l'article 38.2.

Le préalable de l'avertissement décrit à l'article 38.2.1 ne s'applique pas à cette procédure.

Le professionnel dont le conventionnement a été suspendu peut exercer un recours en référé contre la décision du directeur de caisse devant le tribunal administratif.

Article 38.7

Continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur de la convention

Les procédures conventionnelles en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention sont examinées au regard des dispositions de la présente convention.

Les sanctions conventionnelles en cours d'exécution au moment de l'entrée en vigueur de la présente convention s'appliquent jusqu'à leur terme.

Fait à Paris, le jeudi 21 juin 2018.

Pour l'Union nationale des caisses d'assurance maladie :

N. REVEL,

directeur général

Et :

Pour l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie :

M. RONAT,

président

Et :

Pour la Confédération nationale des syndicats dentaires :

T. SOULIE,

président

Et :

Pour l'Union dentaire :

P. DENOYELLE,

président

ANNEXE I

TARIFS

Les tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés comme suit :

Tarifs en euros	Départements métropolitains	Antilles	Réunion, Guyane, Mayotte
Consultation du chirurgien-dentiste omnipraticien et spécialiste	23,00	25,30	27,60
Visite du chirurgien-dentiste omnipraticien et spécialiste	23,00	25,30	27,60
TO (Traitement d'Orthodontie)	2,15	2,15	2,15
Z	1,33	1,33	1,33

Tarifs en euros	Départements métropolitains	Antilles	Réunion, Guyane, Mayotte
Majoration du dimanche ou jour férié (**)	19,06	19,06	19,06
Majoration de nuit	25,15	25,15	25,15
Indemnité forfaitaire de déplacement	2,74	2,74	2,74
Valeur de l'indemnité kilométrique			
Plaine	0,61	0,65	0,69 (*)
Montagne	0,91	0,97	1,02 (*)
A pied-à ski	4,57	4,88	4,88

(*) **Guyane** : IK Plaine : 0,65 Montagne : 0,97 A pied-ski : 4,88.

(**) Hors majorations spécifiques pour la permanence des soins dentaires.

Tarifs en euros	Départements métropolitains	Antilles	Réunion, Guyane, Mayotte
Avis ponctuel de consultant <i>(sous réserve de la publication préalable d'une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations prévue à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale)</i>	50,00	60,00	60,00

ANNEXE II

COEFFICIENTS DE MAJORATION POUR LES ANTILLES, LA GUYANE, LA REUNION ET MAYOTTE APPLICABLES AUX TARIFS DE REMBOURSEMENT « METROPOLE » DES ACTES SUIVANTS

Codes	Coefficients de majoration	Codes	Coefficients de majoration	Codes	Coefficients de majoration
GBBA002	1,077	HBGD047	1,077	HBGD497	1,077
HBLD053	1,079	HBGD210	1,077	HBGD106	1,077
HBLD051	1,079	HBGD018	1,077	HBGD076	1,077
LBGD001	1,077	HBGD004	1,077	HBGD422	1,077
HBED001	1,079	HBGD025	1,077	HBGD420	1,077
HBED003	1,079	HBGD021	1,077	HBGD064	1,077
HBED021	1,079	HBGD038	1,077	HBGD356	1,077
HBED022	1,077	HBGD044	1,077	HBGD146	1,077
HBLD004	1,079	HBGD003	1,077	HBGD382	1,077
HBBD005	1,079	HBGD016	1,077	HBGD247	1,077
HBBD006	1,079	HBGD017	1,077	HBGD197	1,077
HBBD007	1,079	HBGD040	1,077	HBGD333	1,077
HBBD004	1,079	HBMD019	1,077	HBGD261	1,077
HBBD039	1,079	HBGB005	1,077	HBGD499	1,077
HBBD404	1,079	HBGB003	1,077	HBGD461	1,077
HBBD098	1,079	HBGB002	1,077	HBGD278	1,077
HBBD427	1,079	HBGB004	1,077	HBGD258	1,077
HBJD001	1,079	HBFA007	1,077	HBGD311	1,077
HBFD010	1,079	HBED023	1,077	HBGD235	1,077
HBLD227	1,079	HBED024	1,077	HBGD374	1,077
HBLD425	1,079	HBBA003	1,077	HBGD475	1,077
HBMD058	1,079	HBBA002	1,077	HBGD285	1,077
HBMD050	1,079	HBBA004	1,077	HBGD338	1,077

Codes	Coefficients de majoration	Codes	Coefficients de majoration	Codes	Coefficients de majoration
HBMD054	1,079	HBJB001	1,077	HBGD193	1,077
HBMD044	1,079	HBMA001	1,077	HBGD345	1,077
HBMD047	1,079	LBLD075	1,077	HBGD414	1,077
HBMD053	1,079	LBLD066	1,077	HBGD245	1,077
HBMD049	1,079	LBLD281	1,077	HBGD283	1,077
HBMD038	1,079	LBLD117	1,077	LBLD270	1,077
HBMD042	1,079	LBLD015	1,077	LBLD143	1,077
HBFD006	1,079	LBLD010	1,077	LBLD235	1,077
HBFD017	1,079	LBLD013	1,077	LBLD311	1,077
HBFD019	1,079	LBLD004	1,077	LBLD214	1,077
HBFD033	1,079	LBLD020	1,077	LBLD034	1,077
HBFD021	1,079	LBLD025	1,077	LBLD057	1,077
HBFD035	1,079	LBLD026	1,077	LAPB451	1,077
HBFD008	1,079	LBLD038	1,077	LAPB311	1,077
HBFD015	1,079	LBLD200	1,077	LAPB459	1,077
HBFD474	1,079	LBLD294	1,077	LAPB408	1,077
HBFD458	1,079	LBLD019	1,077	LAPB002	1,077
HBFD395	1,079	LBLD073	1,077	LAPB004	1,077
HBFD326	1,079	LBLD086	1,077	LAPB003	1,077
HBFD150	1,079	LBLD193	1,077	LAPB001	1,077
HBFD001	1,079	LBLD447	1,077	LAPB005	1,077
HBFD297	1,079	HBGD462	1,077	LAPB006	1,077
HBFD003	1,079	HBGD464	1,077	LAPB007	1,077
HBFD024	1,079	HBGD263	1,077	LAPB047	1,077
HBBD003	1,079	HBGD280	1,077	LAPB030	1,077
HBBD234	1,079	HBGD093	1,077	LAPB122	1,077
HBBD001	1,079	HBGD362	1,077	LBGA280	1,077
HBBD002	1,079	HBGD054	1,077	LBGA441	1,077
HBPD002	1,077	HBGD111	1,077	LBGA354	1,077
HBPA001	1,077	HBGD174	1,077	LBGA049	1,077
HBGD022	1,077	HBGD057	1,077	LBGA004	1,077
HBGD034	1,077	HBGD133	1,077	LBGA003	1,077
HBGD287	1,077	HBGD123	1,077	LBGA002	1,077
HBGD031	1,077	HBGD468	1,077	LBGA006	1,077
HBGD032	1,077	HBGD282	1,077	LBGA007	1,077
HBGD039	1,077	HBGD201	1,077	LBGA008	1,077
HBGD002	1,077	HBGD042	1,077	LBGA009	1,077
HBGD028	1,077	HBGD026	1,077	LBGA139	1,077

Codes	Coefficients de majoration	Codes	Coefficients de majoration	Codes	Coefficients de majoration
HBGD014	1,077	HBGD036	1,077	LBGA052	1,077
HBGD015	1,077	HBGD043	1,077	LBGA168	1,077
HBGD459	1,077	HBGD319	1,077		
HBGD386	1,077	HBGD489	1,077		

ANNEXE III
TARIFS (EN EUROS) DES ACTES BUCCO-DENTAIRES FIGURANT A LA CCAM

Codes	Libellés	Activité	Phase	Tarifs applica- bles jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs appli- cables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs appli- cables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applica- bles du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs appli- cables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs appli- cables a compter du 1.01.2023
				(a)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
GBBA002	Comblement préimplantaire sousmuqueux du sinus maxillaire	1	0	240,35	240,35	240,35	240,35	240,35	240,35
GBBA002	Comblement préimplantaire sousmuqueux du sinus maxillaire	4	0	109,34	109,34	109,34	109,34	109,34	109,34
HBQK389	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües	1	0	7,98	7,98	7,98	7,98	7,98	7,98
HBQK191	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 2 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	15,96	15,96	15,96	15,96	15,96	15,96
HBQK331	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 3 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	23,94	23,94	23,94	23,94	23,94	23,94
HBQK443	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 4 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	31,92	31,92	31,92	31,92	31,92	31,92
HBQK428	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 5 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	39,90	39,90	39,90	39,90	39,90	39,90
HBQK480	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 6 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	47,88	47,88	47,88	47,88	47,88	47,88
HBQK430	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 7 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	55,86	55,86	55,86	55,86	55,86	55,86
HBQK142	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 8 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	63,84	63,84	63,84	63,84	63,84	63,84
HBQK046	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 9 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	71,82	71,82	71,82	71,82	71,82	71,82
HBQK065	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 10 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	79,80	79,80	79,80	79,80	79,80	79,80
HBQK424	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 11 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	87,78	87,78	87,78	87,78	87,78	87,78
HBQK476	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 12 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	95,76	95,76	95,76	95,76	95,76	95,76
HBQK093	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 13 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	103,74	103,74	103,74	103,74	103,74	103,74

Codes	Libellés	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
				(a)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBQK041	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 14 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës	1	0	111,72	111,72	111,72	111,72	111,72	111,72
HBQK002(a)	Radiographie panoramique dentomaxillaire	1	0	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
HBQK001	Radiographie pelvibuccale [occlusale]	1	0	7,98	7,98	7,98	7,98	7,98	7,98
LBQP001	Enregistrement des rapports maxillomandibulaires en vue de la programmation d'un articulateur	1	0	32,64	32,64	32,64	32,64	32,64	32,64
LBMP001	Simulation des objectifs thérapeutiques sur moulages des arcades dentaires et/ou sur logiciel	1	0	97,92	97,92	97,92	97,92	97,92	97,92
HBQD001 (*)	Bilan parodontal	1	0	Non pris en charge	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00
HBLD053	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire par attelle métallique coulée et collée, sur 1 à 6 dents	1	0	96,40	96,40	96,40	96,40	96,40	96,40
HBLD051	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire par attelle métallique coulée et collée, sur 7 dents ou plus	1	0	96,40	96,40	96,40	96,40	96,40	96,40
LBGD001	Ablation de moyen de contention maxillaire et/ou mandibulaire intrabuccal	1	0	41,80	41,80	41,80	41,80	41,80	41,80
HBED001	Réimplantation d'1 dent permanente expulsée	1	0	96,40	96,40	96,40	96,40	96,40	96,40
HBED003	Réimplantation de 2 dents permanentes expulsées	1	0	192,80	192,80	192,80	192,80	192,80	192,80

Codes	Libellés	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	(1)	(2)	(3)	(4)	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
HBED021	Réimplantation de 3 dents permanentes expulsées, ou plus	1	0	289,20	289,20	289,20	289,20	289,20	289,20	289,20
HBED022	Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement	1	0	209,00	209,00	209,00	209,00	209,00	209,00	209,00
HBLD004 (**)	Séance d'application topique intrabuccale de fluorures <i>Indication : acte de prévention en cas de risque carieux élevé Facturation : la prise en charge est limitée aux enfants de 6 à 9 ans présentant un risque carieux individuel (RCI) élevé, 2 fois par an maximum</i>	1	0	Non pris en charge	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent	1	0	21,69	21,69	21,69	21,69	21,69	21,69	26,03
HBBD006	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents	1	0	43,38	43,38	43,38	43,38	43,38	43,38	52,06
HBBD007	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents	1	0	65,07	65,07	65,07	65,07	65,07	65,07	78,08
HBBD004	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents	1	0	86,76	86,76	86,76	86,76	86,76	86,76	104,11
HBBD039	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents	1	0	108,45	108,45	108,45	108,45	108,45	108,45	119,30
HBBD404	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents	1	0	130,14	130,14	130,14	130,14	130,14	130,14	143,15
HBBD098	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents	1	0	151,83	151,83	151,83	151,83	151,83	151,83	167,01
HBBD427	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents	1	0	173,52	173,52	173,52	173,52	173,52	173,52	190,87
HBID001	Détartrage et polissage des dents	1	0	28,92	28,92	28,92	28,92	28,92	28,92	28,92
HBFD010 (**)	Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage	1	0	Non pris en charge	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00
HBMD043	Restauration d'une dent sur 1 face par matériau incrusté [inlay-onlay]	1	0	1928	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBMD046	Restauration d'une dent sur 2 faces par matériau incrusté [inlay-onlay]	1	0	33,74	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBMD055	Restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay]	1	0	40,97	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBLD227 (**)	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté composite ou métallique [inlay-onlay]	1	0		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
HBLD425 (**)	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté céramique [inlay-onlay]	1	0		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivo-canin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	1	0	19,28	25,06	25,06	26,97	27,60	29,30	29,30
HBMD050	Restauration d'une dent d'un secteur incisivo-canin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	1	0	33,74	42,00	42,00	45,38	46,50	50,00	50,00

Codes	Libellés	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros					Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
				(a)	(1)	(2)	(3)	(4)				
HBMD054	Restauration d'une dent d'un secteur incisivo-canin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	1	0	40,97	53,00	60,95	63,60	65,50	65,50			65,50
HBMD044	Restauration d'une dent d'un secteur incisivo-canin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	1	0	43,00	53,00	60,95	63,60	65,50	65,50			65,50
HBMD047	Restauration d'une dent d'un secteur incisivo-canin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	1	0	86,00	86,00	92,45	94,60	94,60	94,60			94,60
HBMD053	Restauration d'une dent d'un secteur prémololaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	1	0	19,28	25,06	26,97	27,60	29,30	29,30			29,30
HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémololaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	1	0	33,74	42,00	45,38	46,50	50,00	50,00			50,00
HBMD038	Restauration d'une dent d'un secteur prémololaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	1	0	40,97	53,00	60,95	63,60	65,50	65,50			65,50
HBMD042	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire	1	0	79,53	92,00	98,00	100,00	100,00	100,00			100,00
HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire	1	0	16,87	23,00	23,00	23,00	23,00	23,00			23,00
HBFD017	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire	1	0	33,74	33,74	33,74	40,00	40,00	40,00			40,00
HBFD019	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire	1	0	81,94	81,94	81,94	100,00	100,00	100,00			100,00
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente	1	0	33,74	33,74	33,74	40,00	40,00	40,00			40,00
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire	1	0	48,20	48,20	48,20	61,00	61,00	61,00			61,00
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire	1	0	48,20	48,20	48,20	61,00	61,00	61,00			61,00
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente	1	0	81,94	81,94	81,94	100,00	100,00	100,00			100,00
HBFD015	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire	1	0	33,74	33,74	33,74	47,00	47,00	47,00			47,00
HBFD474	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire	1	0	81,94	81,94	81,94	110,00	110,00	110,00			110,00
HBFD458	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature	1	0	33,74	33,74	33,74	47,00	47,00	47,00			47,00
HBFD395	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature	1	0	48,20	48,20	48,20	68,00	68,00	68,00			68,00
HBFD326	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire	1	0	48,20	48,20	48,20	68,00	68,00	68,00			68,00
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature	1	0	81,94	81,94	81,94	110,00	110,00	110,00			110,00

Codes	Libellés	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.01.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
				(a)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBFD001	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente	1	0	33,74	33,74	33,74	47,00	47,00	47,00
HBFD297	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire	1	0	48,20	48,20	48,20	68,00	68,00	68,00
HBFD003	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire	1	0	48,20	48,20	48,20	68,00	68,00	68,00
HBFD024	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente	1	0	81,94	81,94	81,94	110,00	110,00	110,00
HBBD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification	1	0	33,74	33,74	33,74	47,00	47,00	47,00
HBBD234	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification	1	0	48,20	48,20	48,20	68,00	68,00	68,00
HBBD001	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification	1	0	48,20	48,20	48,20	68,00	68,00	68,00
HBBD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification	1	0	81,94	81,94	81,94	105,00	105,00	105,00
HBFD002	Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal	1	0	104,50	104,50	104,50	104,50	104,50	104,50
HBPA001	Dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau	1	0	146,30	146,30	146,30	146,30	146,30	146,30
HBFD001	Dégagement de plusieurs dents retenues ou incluses avec pose de dispositif de traction orthodontique	1	0	156,75	156,75	156,75	156,75	156,75	156,75
HBGD035	Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade	1	0	16,72	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00
HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade	1	0	25,08	30,00	30,00	30,00	30,00	37,00
HBGD309	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade	1	0	33,44	33,44	33,44	33,44	33,44	49,00
HBGD284	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade	1	0	41,80	41,80	41,80	41,80	41,80	61,00
HBGD065	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade	1	0	50,16	50,16	50,16	50,16	50,16	73,00
HBGD462	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade	1	0	58,52	58,52	58,52	58,52	58,52	85,00
HBGD464	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade	1	0	66,88	66,88	66,88	66,88	66,88	95,00
HBGD263	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade	1	0	75,24	75,24	75,24	75,24	75,24	105,00
HBGD280	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60	115,00
HBGD093	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade	1	0	91,96	91,96	91,96	91,96	91,96	125,00

Codes	Libellés	Activité	Phase	Tarifs applica- bles jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs appli- cables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs appli- cables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applica- bles du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs appli- cables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs appli- cables a compter du 1.01.2023
				(a)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBGD382	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	234,08	234,08	234,08	234,08	234,08	228,00
HBGD247	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	250,80	250,80	250,80	250,80	250,80	243,00
HBGD197	Avulsion de 15 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie	1	0	267,52	267,52	267,52	267,52	267,52	258,00
HBGD333	Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie	1	0	284,24	284,24	284,24	284,24	284,24	273,00
HBGD261	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	300,96	300,96	300,96	300,96	300,96	288,00
HBGD499	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	317,68	317,68	317,68	317,68	317,68	303,00
HBGD461	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	334,40	334,40	334,40	334,40	334,40	318,00
HBGD278	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	351,12	351,12	351,12	351,12	351,12	333,00
HBGD258	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	367,84	367,84	367,84	367,84	367,84	348,00
HBGD311	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	384,56	384,56	384,56	384,56	384,56	363,00
HBGD235	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	401,28	401,28	401,28	401,28	401,28	378,00
HBGD374	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	418,00	418,00	418,00	418,00	418,00	393,00
HBGD475	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	434,72	434,72	434,72	434,72	434,72	408,00
HBGD285	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	451,44	451,44	451,44	451,44	451,44	423,00
HBGD338	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	468,16	468,16	468,16	468,16	468,16	438,00
HBGD193	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	484,88	484,88	484,88	484,88	484,88	453,00
HBGD345	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	501,60	501,60	501,60	501,60	501,60	468,00
HBGD414	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	518,32	518,32	518,32	518,32	518,32	483,00
HBGD245	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	535,04	535,04	535,04	535,04	535,04	498,00
HBGD283	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	551,76	551,76	551,76	551,76	551,76	513,00
HBGD022	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie	1	0	33,44	33,44	33,44	33,44	33,44	43,00
HBGD034	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0	50,16	50,16	50,16	50,16	50,16	61,00
HBGD287	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0	66,88	66,88	66,88	66,88	66,88	79,00
HBGD031	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines	1	0	33,44	33,44	33,44	33,44	33,44	43,00

Codes	Libellés	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
				(a)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBGD032	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines	1	0	50,16	50,16	50,16	50,16	50,16	61,00
HBGD039	Avulsion d'1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines	1	0	33,44	33,44	33,44	33,44	33,44	43,00
HBGD002	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines	1	0	50,16	50,16	50,16	50,16	50,16	61,00
HBGD028	Avulsion d'une incisive permanente retenue ou à l'état de germe	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60
HBGD014	Avulsion d'une canine permanente retenue ou à l'état de germe	1	0	104,50	104,50	104,50	104,50	104,50	104,50
HBGD015	Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0	156,75	156,75	156,75	156,75	156,75	156,75
HBGD469	Avulsion d'une prémolaire retenue ou à l'état de germe	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60
HBGD386	Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe	1	0	125,40	125,40	125,40	125,40	125,40	125,40
HBGD047	Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60	96,14
HBGD018	Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60	96,14
HBGD004	Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60	96,14
HBGD025	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	1	0	125,40	125,40	125,40	125,40	125,40	144,21
HBGD021	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	1	0	167,20	167,20	167,20	167,20	167,20	192,28
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	1	0	209,00	209,00	209,00	209,00	209,00	240,35
HBGD044	Avulsion d'une dent à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse	1	0	41,80	41,80	41,80	41,80	41,80	41,80
HBGD003	Avulsion d'un odontoième inclus ou d'une dent surnuméraire à l'état de germe	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60
HBGD016	Avulsion d'une racine incluse	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60
HBGD017	Avulsion d'une dent ectopique	1	0	167,20	167,20	167,20	167,20	167,20	167,20
HBGD040	Avulsion de plusieurs dents surnuméraires à l'état de germe ou de plusieurs odontoièmes			125,40	125,40	125,40	125,40	125,40	125,40
HBLD018	Pose d'un plan de libération occlusale	1	0	172,80	172,80	172,80	172,80	172,80	172,80
HBLD007	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire sans clavette sur une dent [Inlay core]	1	0	122,55	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBLD261	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire avec clavette sur une dent [Inlay core à clavette]	1	0	144,05	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé

Codes	Libellés	Activité	Phase	Tarifs applica- bles jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs appli- cables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs appli- cables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applica- bles du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs appli- cables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs appli- cables à compter du 1.01.2023
				(a)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBLD090 (**)	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire avec ou sans clavette sur une dent [Inlay core] Facturation pour : – couronnes métalliques toutes localisations (HBLD038) ; – couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et 1 ^{res} prémolaires (HBLD634) ; – couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350) ; – couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) incisives, canines et prémolaires ¹ (HBLD680) ; – piliers de bridge de base tout métallique (HBLD033) ; – piliers de bridge de base céramométallique pour remplacement d'une incisive (HBLD785)	1	0		90,00	90,00	90,00	90,00	90,00
HBLD745 (**)	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire avec ou sans clavette sur une dent [Inlay core] Facturation pour : – couronnes céramo-métalliques sur 2° prémolaires (HBLD491) ; – couronnes céramiques-monolithiques (zircone) sur molaires (HBLD073) ; – couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) sur 2° prémolaires et molaires (HBLD158) ; – piliers de bridge de base (HBLD040, HBLD043, HBDM351)	1	0		90,00	90,00	90,00	90,00	90,00
HBLD245 (**)	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire avec ou sans clavette sur une dent [Inlay core] Facturation pour : – couronnes céramo-métalliques sur molaires (HBLD734) ; – couronnes céramo-céramiques (HBLD403) ; – piliers de bridge de base tout céramique (HBDM046) ; – adjonction de piliers d'ancrage à un bridge de base (HBMD081, HBMD087)	1	0		90,00	90,00	90,00	90,00	90,00
HBLD037	Pose d'une couronne dentaire transitoire	1	0	non pris en charge	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBLD490 (**)	Pose d'une couronne dentaire transitoire Facturation pour : – couronnes métalliques toutes localisations (HBLD038) ; – couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et 1 ^{res} prémolaires (HBLD634) ; – couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350) ; – couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) incisives, canines et prémolaires ¹ (HBLD680) Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané en	1	0		10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
HBLD724 (**)	Pose d'une couronne dentaire transitoire Facturation pour : – couronnes céramo-métalliques sur 2° prémolaires (HBLD491) ; – couronnes céramiques-monolithiques (zircone) sur molaires (HBLD073) ; – couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) sur 2° prémolaires et molaires (HBLD158) Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané	1	0		10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
HBLD486 (**)	Pose d'une couronne dentaire transitoire Facturation pour : – couronnes céramo-métalliques sur molaires (HBLD734) ; – couronnes céramo-céramiques (HBLD403) Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané	1	0		10,00	10,00	10,00	10,00	10,00

Codes	Libellés	Activité	Phase	Tarifs applica- bles jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs appli- cables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs appli- cables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applica- bles du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs appli- cables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs appli- cables à compter du 1.01.2023
				(a)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents	1	0	225,75	225,75	225,75	225,75	225,75	225,75
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents	1	0	236,50	236,50	236,50	236,50	236,50	236,50
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents	1	0	247,25	247,25	247,25	247,25	247,25	247,25
HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents	1	0	258,00	258,00	258,00	258,00	258,00	258,00
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents	1	0	268,75	268,75	268,75	268,75	268,75	268,75
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents	1	0	290,25	290,25	290,25	290,25	290,25	290,25
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents	1	0	301,00	301,00	301,00	301,00	301,00	301,00
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	1	0	311,75	311,75	311,75	311,75	311,75	311,75
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	1	0	623,50	623,50	623,50	623,50	623,50	623,50
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	1	0	494,50	494,50	494,50	494,50	494,50	494,50
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et 1 élément intermédiaire métallique	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD023	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux	1	0	279,50	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBLD785 (**)	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBDM351 (**)	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une dent autre qu'une incisive	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBDM046 (**)	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramo-céramiques et 1 élément intermédiaire céramo-céramiques	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50

Codes	Libellés	Activité	Phase	Tarifs applica- bles jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs appli- cables du 1.01.2019 au 31.12.2019	Tarifs appli- cables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applica- bles du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs appli- cables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs appli- cables à compter du 1.01.2023
				(a)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBLD030	Pose d'une prothèse dentaire complète transvisée implantoportée	1	0	182,75	182,75	182,75	182,75	182,75	182,75
HBMD017	Adjonction ou changement d'1 élément d'une prothèse dentaire amovible	1	0	21,50	21,50	21,50	21,50	21,50	21,50
HBMD114	Adjonction ou changement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	32,25	32,25	32,25	32,25	32,25	32,25
HBMD322	Adjonction ou changement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	43,00	43,00	43,00	43,00	43,00	43,00
HBMD404	Adjonction ou changement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	53,75	53,75	53,75	53,75	53,75	53,75
HBMD245	Adjonction ou changement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50
HBMD198	Adjonction ou changement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	75,25	75,25	75,25	75,25	75,25	75,25
HBMD373	Adjonction ou changement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	86,00	86,00	86,00	86,00	86,00	86,00
HBMD228	Adjonction ou changement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	96,75	96,75	96,75	96,75	96,75	96,75
HBMD286	Adjonction ou changement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50
HBMD329	Adjonction ou changement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	118,25	118,25	118,25	118,25	118,25	118,25
HBMD226	Adjonction ou changement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00
HBMD387	Adjonction ou changement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	139,75	139,75	139,75	139,75	139,75	139,75
HBMD134	Adjonction ou changement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	150,50	150,50	150,50	150,50	150,50	150,50
HBMD174	Adjonction ou changement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	161,25	161,25	161,25	161,25	161,25	161,25
HBKD396	Changement d'1 facette d'une prothèse dentaire amovible	1	0	17,20	17,20	17,20	17,20	17,20	17,20
HBKD431	Changement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	34,40	34,40	34,40	34,40	34,40	34,40
HBKD300	Changement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	51,60	51,60	51,60	51,60	51,60	51,60
HBKD212	Changement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	68,80	68,80	68,80	68,80	68,80	68,80
HBKD462	Changement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	86,00	86,00	86,00	86,00	86,00	86,00
HBKD213	Changement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	103,20	103,20	103,20	103,20	103,20	103,20
HBKD140	Changement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	120,40	120,40	120,40	120,40	120,40	120,40
HBKD244	Changement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	137,60	137,60	137,60	137,60	137,60	137,60

Codes	Libellés	Activité	Phase	Tarifs applica- bles jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs appli- cables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs appli- cables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applica- bles du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs appli- cables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs appli- cables à compter du 1.01.2023
				(a)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'1 élément	1	0	38,70	38,70	38,70	38,70	38,70	38,70
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments	1	0	45,15	45,15	45,15	45,15	45,15	45,15
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments	1	0	51,60	51,60	51,60	51,60	51,60	51,60
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	1	0	58,05	58,05	58,05	58,05	58,05	58,05
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	1	0	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	1	0	70,95	70,95	70,95	70,95	70,95	70,95
HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	1	0	77,40	77,40	77,40	77,40	77,40	77,40
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments	1	0	83,85	83,85	83,85	83,85	83,85	83,85
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	1	0	90,30	90,30	90,30	90,30	90,30	90,30
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments	1	0	96,75	96,75	96,75	96,75	96,75	96,75
HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments	1	0	103,20	103,20	103,20	103,20	103,20	103,20
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	1	0	109,65	109,65	109,65	109,65	109,65	109,65
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	1	0	116,10	116,10	116,10	116,10	116,10	116,10
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	1	0	122,55	122,55	122,55	122,55	122,55	122,55
HBMD019	Revision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire	1	0	18,81	18,81	18,81	18,81	18,81	18,81
HBGD011	Ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radiculaire scellé	1	0	38,70	38,70	38,70	38,70	38,70	38,70
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire	1	0	38,70	38,70	38,70	38,70	38,70	38,70

Codes	Libellés	Activité	Phase	Tarifs applica- bles jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs appli- cables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs appli- cables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applica- bles du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs appli- cables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs appli- cables à compter du 1.01.2023
				(a)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LAPB451	Dégagement et activation d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'enfant	1	0	94,05	94,05	94,05	94,05	94,05	94,05
LAPB311	Dégagement et activation de 2 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'enfant	1	0	163,02	163,02	163,02	163,02	163,02	163,02
LAPB459	Dégagement et activation de 3 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'enfant	1	0	231,99	231,99	231,99	231,99	231,99	231,99
LAPB408	Dégagement et activation de 4 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'enfant	1	0	300,96	300,96	300,96	300,96	300,96	300,96
LAPB002	Dégagement et activation d'1 implant intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	87,78	87,78	87,78	87,78	87,78	87,78
LAPB004	Dégagement et activation de 2 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	154,66	154,66	154,66	154,66	154,66	154,66
LAPB003	Dégagement et activation de 3 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	221,54	221,54	221,54	221,54	221,54	221,54
LAPB001	Dégagement et activation de 4 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	288,42	288,42	288,42	288,42	288,42	288,42
LAPB005	Dégagement et activation de 5 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	355,30	355,30	355,30	355,30	355,30	355,30
LAPB006	Dégagement et activation de 6 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	422,18	422,18	422,18	422,18	422,18	422,18
LAPB007	Dégagement et activation de 7 implants intraosseux intra buccaux, chez l'adulte	1	0	489,06	489,06	489,06	489,06	489,06	489,06
LAPB047	Dégagement et activation de 8 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	555,94	555,94	555,94	555,94	555,94	555,94
LAPB030	Dégagement et activation de 9 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	622,82	622,82	622,82	622,82	622,82	622,82
LAPB122	Dégagement et activation de 10 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	689,70	689,70	689,70	689,70	689,70	689,70
LGBA280	Ablation d'1 implant intraosseux intrabuccal avec résection osseuse, chez l'enfant	1	0	87,78	87,78	87,78	87,78	87,78	87,78
LGBA441	Ablation de 2 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'enfant	1	0	106,59	106,59	106,59	106,59	106,59	106,59
LGBA354	Ablation de 3 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'enfant	1	0	125,40	125,40	125,40	125,40	125,40	125,40
LGBA049	Ablation de 4 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'enfant	1	0	144,21	144,21	144,21	144,21	144,21	144,21
LGBA004	Ablation d'1 implant intraosseux intrabuccal avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	71,06	71,06	71,06	71,06	71,06	71,06
LGBA003	Ablation de 2 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	85,69	85,69	85,69	85,69	85,69	85,69
LGBA002	Ablation de 3 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	100,32	100,32	100,32	100,32	100,32	100,32
LGBA002	Ablation de 3 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
LGBA006	Ablation de 4 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	114,95	114,95	114,95	114,95	114,95	114,95
BGBA006	Ablation de 4 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51

Codes	Libellés	Activité	Phase	Tarifs applica- bles jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs appli- cables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs appli- cables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applica- bles du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs appli- cables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs appli- cables à compter du 1.01.2023
				(a)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
YYYY426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	1	0	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50
YYYY389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	1	0	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	32,25	32,25	32,25	32,25	32,25	32,25
YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	96,75	96,75	96,75	96,75	96,75	96,75
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	161,25	161,25	161,25	161,25	161,25	161,25
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	193,50	193,50	193,50	193,50	193,50	193,50
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	225,75	225,75	225,75	225,75	225,75	225,75
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	258,00	258,00	258,00	258,00	258,00	258,00
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	290,25	290,25	290,25	290,25	290,25	290,25
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	322,50	322,50	322,50	322,50	322,50	322,50
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	354,75	354,75	354,75	354,75	354,75	354,75
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	387,00	387,00	387,00	387,00	387,00	387,00
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	419,25	419,25	419,25	419,25	419,25	419,25
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	451,50	451,50	451,50	451,50	451,50	451,50

Codes	Libellés	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
				(a)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
YYY465	Supplément pour examen spécifique préalable et postérieur à l'acte de pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire dans le traitement du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil	1	0	70,00	70,00	70,00	70,00	70,00	70,00
YYYxxx (**)	Sédation consciente avec ou sans Meopa Indications : patients bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH) atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant Facturation : une seule fois par séance	1	0		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
YYYzzz (**)	Supplément prise en charge des soins chirurgicaux pour les patients sous anti-coagulants ou anti-vitamine K	1	0		20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
YYYzzz (**)	Supplément prise en charge des soins chirurgicaux pour les patients sous anti-coagulants ou anti-vitamine K	1	0		20,00	20,00	20,00	20,00	20,00

Modificateur	Majoration pour réalisation d'un acte de restauration des tissus durs de la dent et/ou d'endodontie sur des dents permanentes chez un enfant de moins de 13 ans								
N			15,7%	15,7%	15,7%	15,7%	15,7%	15,7%	15,7%

- (a) Les tarifs des actes HBQK002 et LAQK027 sont applicables au 1^{er} septembre 2018.
- (*) Pour les patients diabétiques en ALD, sous réserves de son inscription préalable à la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par décision UNCAM.
- (**) Sous réserves de son inscription préalable à la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par décision UNCAM (Libellés non définitifs : à valider en groupe de travail). Libellés non définitifs : à valider en groupe de travail, y compris l'intégration du métal précieux (tarif libre) et du métal non précieux (RACO) dans les libellés.
- (***) Sous réserves de l'avis de la HAS et de son inscription préalable à la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par décision UNCAM. Libellé non définitif à définir après avis HAS.
- (1) Tarifs applicables du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020.
- (2) Tarifs applicables du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020.
- (3) Tarifs applicables du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021.
- (4) Tarifs applicables du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022.
- (5) Tarifs applicables à compter du 1^{er} janvier 2023.

ANNEXE IV

HONORAIRES LIMITES DE FACTURATION DES ACTES
POUVANT FAIRE L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE

Code CCAM	Libellé CCAM	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} avril 2019	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} janvier 2020	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} janvier 2021	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} janvier 2022	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} janvier 2023
HBLD680 (*)	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (hors zircone) Facturation : sur incisives, canines et 1 ^{res} prémolaires	530	500	500	500	500
HBLD634 (*)	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur incisives, canines et 1 ^{res} prémolaires	530	500	500	500	500
HBLD350 (*)	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (zircone) hors molaires	480	440	440	440	440
HBLD158 (*)	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (hors zircone) Facturation : 2 ^e prémolaires et molaires	sans	550	550	550	550
HBLD491 (*)	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur 2 ^e prémolaires	sans	550	550	550	550
HBLD073 (*)	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (zircone) sur molaires	sans	440	440	440	440
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée métallique	320	290	290	290	290
HBLD090 (*)	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire avec ou sans clavette sur une dent [Inlay core] Facturation pour : - couronnes métalliques toutes localisations (HBLD038) ; - couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et 1 ^{res} prémolaires (HBLD634) ; - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350) ; - couronnes céramiques monolithiques (hors zircone) sur les incisives, canines et 1 ^{res} prémolaires (HBLD680) ; - piliers de bridge de base tout métallique (HBLD033) ; - piliers de bridge de base céramométallique pour remplacement d'une incisive (HBLD785)	230	175	175	175	175
HBLD745 (*)	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire avec ou sans clavette sur une dent [Inlay core] pour : - couronnes céramo-métalliques sur 2 ^e prémolaires (HBLD491) ; - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) sur molaires (HBLD073) ; - couronnes céramiques monolithiques (hors zircone) sur 2 ^e prémolaires et molaires (HBLD158) ; - piliers de bridge de base (HBLD040, HBLD043, HBDM351)	230	175	175	175	175
HBLD490	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour : - couronnes métalliques toutes localisations (HBLD038) ; - couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et 1 ^{res} prémolaires (HBLD634) ; - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350) ; - couronnes céramiques monolithiques (hors zircone) sur les incisives, canines et 1 ^{res} prémolaires (HBLD680) Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané	60	60	60	60	60

Code CCAM	Libellé CCAM	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} avril 2019	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} janvier 2020	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} janvier 2021	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} janvier 2022	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} janvier 2023
HBLD724 (**)	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour : - couronnes céramo-métalliques sur 2 ^e prémolaires (HBLD491) ; - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) sur molaires (HBLD073) ; - couronnes céramiques monolithiques (hors zircone) sur 2 ^e prémolaires et molaires (HBLD158) Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané	60	60	60	60	60
HBLD785 (**)	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive	1465	1465	1465	1465	1465
HBDM351 (**)	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une dent autre qu'une incisive	sans	sans	1635	1635	1635
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	870	870	870	870	870
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et 1 élément intermédiaire métallique	sans	sans	1170	1170	1170
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux	sans	sans	1635	1635	1635
HBLD227 (**)	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté composite ou métallique [inlay-onlay]	sans	sans	350	350	350
HBKD005	Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra implantaire	sans	sans	35	35	35
HBKD140	Changement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	201,25	201,25	201,25
HBKD212	Changement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	130	130	130
HBKD213	Changement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	190	190	190
HBKD244	Changement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	250	250	250
HBKD300	Changement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	100	100	100
HBKD396	Changement d'1 facette d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	50	50	50
HBKD431	Changement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	80	80	80
HBKD462	Changement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	220	220	220
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	sans	sans	1100	1100	1100
HBLD032	Pose d'une prothèse amovible de transition complète unimaxillaire à plaque base résine	sans	sans	520	520	520

Code CCAM	Libellé CCAM	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} avril 2019	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} janvier 2020	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} janvier 2021	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} janvier 2022	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} janvier 2023
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	sans	sans	2300	2300	2300
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	sans	sans	sans	3600	3600
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	sans	sans	sans	1600	1600
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	sans	sans	sans	2800	2800
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents	sans	sans	sans	1315	1315
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents	sans	sans	sans	1430	1430
HBLD083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents	sans	sans	765	765	765
HBLD101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents	sans	sans	680	680	680
HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents	sans	sans	sans	1500	1500
HBLD123	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents	sans	sans	450	450	450
HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents	sans	sans	sans	1100	1100
HBLD138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents	sans	sans	720	720	720
HBLD148	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 9 dents	sans	sans	450	450	450
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents	sans	sans	sans	1450	1450
HBLD215	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 11 dents	sans	sans	490	490	490
HBLD224	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 5 dents	sans	sans	368	368	368
HBLD231	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 10 dents	sans	sans	450	450	450
HBLD232	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 13 dents	sans	sans	500	500	500
HBLD262	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 12 dents	sans	sans	500	500	500
HBLD270	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 8 dents	sans	sans	460	460	460
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents	sans	sans	sans	1520	1520
HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents	sans	sans	sans	1200	1200
HBLD349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents	sans	sans	850	850	850
HBLD364	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents	sans	sans	275	275	275
HBLD370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents	sans	sans	800	800	800

Code CCAM	Libellé CCAM	Honoraires limites de fac- turation au 1 ^{er} avril 2019	Honoraires limites de fac- turation au 1 ^{er} janvier 2020	Honoraires limites de fac- turation au 1 ^{er} jan- vier 2021	Honoraires limites de fac- turation au 1 ^{er} janvier 2022	Honoraires limites de fac- turation au 1 ^{er} janvier 2023
HBLD371	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 6 dents	sans	sans	400	400	400
HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents	sans	sans	sans	1400	1400
HBLD452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents	sans	sans	sans	1240	1240
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents	sans	sans	sans	1365	1365
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents	sans	sans	sans	1281	1281
HBLD476	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 4 dents	sans	sans	310	310	310
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'1 élément	sans	sans	sans	145	145
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments	sans	sans	sans	120,81	120,81
HBMD017	Adjonction ou changement d'1 élément d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	85	85	85
HBMD020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine, fêlée ou fracturée	sans	sans	80	80	80
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	sans	sans	sans	250	250
HBMD114	Adjonction ou changement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	120	120	120
HBMD134	Adjonction ou changement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	520	520	520
HBMD174	Adjonction ou changement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	560	560	560
HBMD174	Adjonction ou changement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	560	560	560
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	290	290
HBMD198	Adjonction ou changement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	251	251	251
HBMD200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	1197	1197
HBMD226	Adjonction ou changement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	440	440	440
HBMD228	Adjonction ou changement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	324	324	324
HBMD245	Adjonction ou changement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	215	215	215
HBMD249	Adjonction ou changement d'1 élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	150	150
HBMD281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	1300	1300

Code CCAM	Libellé CCAM	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} avril 2019	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} janvier 2020	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} janvier 2021	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} janvier 2022	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} janvier 2023
HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	417	417
HBMD286	Adjonction ou changement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	360	360	360
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	sans	sans	sans	240	240
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	210	210
HBMD298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	875	875
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	sans	sans	sans	250	250
HBMD322	Adjonction ou changement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	150	150	150
HBMD329	Adjonction ou changement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	400	400	400
HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	sans	sans	sans	350	350
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	sans	sans	sans	280	280
HBMD373	Adjonction ou changement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	287	287	287
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	sans	sans	sans	300	300
HBMD387	Adjonction ou changement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	480	480	480
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	sans	sans	sans	450	450
HBMD404	Adjonction ou changement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	sans	sans	185	185	185
HBMD410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	680	680
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	500	500
HBMD429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	870	870
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	350	350
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	sans	sans	sans	375	375
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	456,4	456,4

Code CCAM	Libellé CCAM	Honoraires limites de fac- turation au 1 ^{er} avril 2019	Honoraires limites de fac- turation au 1 ^{er} janvier 2020	Honoraires limites de fac- turation au 1 ^{er} jan- vier 2021	Honoraires limites de fac- turation au 1 ^{er} janvier 2022	Honoraires limites de fac- turation au 1 ^{er} janvier 2023
HBMD444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	550	550
HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remon- tage de 11 éléments	sans	sans	sans	420	420
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remon- tage de 8 éléments	sans	sans	sans	350	350
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remon- tage de 3 éléments	sans	sans	sans	225	225
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remon- tage de 10 éléments	sans	sans	sans	220	220
HBMD485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	760	760
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remon- tage de 2 éléments	sans	sans	sans	184	184
LBLD017	Pose d'un appareillage en propulsion mandibu- laire	280	280	280	280	280
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contrepla- quées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	810	810
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contrepla- quées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	635	635
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contrepla- quées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	702	702
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	100	100
YYYY176	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	sans	sans	60	60	60
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contrepla- quées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	900	900
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contrepla- quées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	840	840
YYYY246	Supplément pour pose de 3 dents contrepla- quées sur une prothèse amovible à plaque base résine	sans	sans	142,8	142,8	142,8
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contrepla- quées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	300	300
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contrepla- quées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	392	392
YYYY275	Supplément pour pose de 2 dents contrepla- quées sur une prothèse amovible à plaque base résine	sans	sans	100	100	100
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contrepla- quées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	500	500

Code CCAM	Libellé CCAM	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} avril 2019	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} janvier 2020	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} janvier 2021	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} janvier 2022	Honoraires limites de facturation au 1 ^{er} janvier 2023
YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	200	200
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	715	715
YYYY389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	sans	sans	210	210	210
YYYY426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	sans	sans	193,8	193,8	193,8
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	470	470
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	540	540
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	sans	sans	sans	750	750
YYYY478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	sans	sans	140	140	140

ANNEXE V

RÉPARTITION DES ACTES À ENTENTE DIRECTE ENTRE LES ACTES SANS RESTE À CHARGE, LES ACTES POUR LESQUELS L'ENTENTE DIRECTE SERAIT LIMITEE ET LES ACTES POUR LESQUELS L'ENTENTE DIRECTE RESTE LIBRE

Liste des actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge

Code CCAM	Libellé CCAM
HBLD680 (*)	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (hors zircone) sur incisives, canines et 1 ^{res} prémolaires
HBLD634 (*)	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur incisives, canines et 1 ^{res} prémolaires
HBLD350 (*)	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (zircone) hors molaires
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée métallique
HBLD090 (*)	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire avec ou sans clavette sur une dent [Inlay core] pour : - couronnes métalliques toutes localisations (HBLD038) ; - couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et 1 ^{res} prémolaires (HBLD634) ; - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350) ; - couronnes céramiques monolithiques (hors zircone) sur les incisives, canines et 1 ^{res} prémolaires (HBLD680) ; - piliers de bridge de base tout métallique (HBLD033) ; - piliers de bridge de base céramométallique pour remplacement d'une incisive (HBLD785)
HBLD490	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour : - couronnes métalliques toutes localisations (HBLD038) ; - couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et 1 ^{res} prémolaires (HBLD634) ; - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350) ; - couronnes céramiques monolithiques (hors zircone) sur les incisives, canines et 1 ^{res} prémolaires (HBLD680) Non facturable pour une couronne réalisée en extemporané
HBLD785 (**)	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique
HBKD140	Changement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible
HBKD212	Changement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible

Code CCAM	Libellé CCAM
HBKD213	Changement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible
HBKD244	Changement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible
HBKD300	Changement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible
HBKD396	Changement d'1 facette d'une prothèse dentaire amovible
HBKD431	Changement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible
HBKD462	Changement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine
HBLD032	Pose d'une prothèse amovible de transition complète unimaxillaire à plaque base résine
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine
HBLD083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents
HBLD101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents
HBLD123	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents
HBLD138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents
HBLD148	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 9 dents
HBLD215	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 11 dents
HBLD224	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 5 dents
HBLD231	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 10 dents
HBLD232	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 13 dents
HBLD262	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 12 dents
HBLD270	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 8 dents
HBLD349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents
HBLD364	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents
HBLD370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents
HBLD371	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 6 dents
HBLD476	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 4 dents
HBMD017	Adjonction ou changement d'1 élément d'une prothèse dentaire amovible
HBMD020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine, fêlée ou fracturée
HBMD114	Adjonction ou changement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD134	Adjonction ou changement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD174	Adjonction ou changement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD198	Adjonction ou changement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD226	Adjonction ou changement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD228	Adjonction ou changement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD245	Adjonction ou changement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD286	Adjonction ou changement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD322	Adjonction ou changement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD329	Adjonction ou changement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD387	Adjonction ou changement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible

Code CCAM	Libellé CCAM
HBMD373	Adjonction ou changement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD404	Adjonction ou changement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible
YYYY176	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine
YYYY246	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine
YYYY275	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine
YYYY389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine
YYYY426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine
YYYY478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine

(*) Sous réserve de la publication préalable d'une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Liste des actes pour lesquels l'entente directe est limitée

Code CCAM	Libellé CCAM
HBLD158 (*)	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (hors zircone) sur 2° prémolaires et molaires
HBLD491 (*)	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur 2° prémolaires
HBLD073 (*)	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (zircone) sur molaires
HBLD745 (*)	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire avec ou sans clavette sur une dent [Inlay core] pour : – couronnes céramo-métalliques sur 2° prémolaires (HBLD491) ; – couronnes céramiques-monolithiques (zircone) sur molaires (HBLD073) ; – couronnes céramiques monolithiques (hors zircone) sur 2° prémolaires et molaires (HBLD158) ; – piliers de bridge de base (HBLD040, HBLD043, HBDM351)
HBLD724 (**)	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour : – couronnes céramo-métalliques sur 2° prémolaires (HBLD491) ; – couronnes céramiques-monolithiques (zircone) sur molaires (HBLD073) ; – couronnes céramiques monolithiques (hors zircone) sur 2° prémolaires et molaires (HBLD158) ; Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané
HBDM351 (**)	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une dent autre qu'une incisive
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et 1 élément intermédiaire métallique
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux
HBLD227 (**)	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté composite ou métallique [inlay-onlay]

Code CCAM	Libellé CCAM
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents
HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents
HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents
HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents
HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents
HBLD452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'1 élément
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD249	Adjonction ou changement d'1 élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments
HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments
HBMD410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments

Code CCAM	Libellé CCAM
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments
HBMD485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments
LBLD017	Pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique

(*) Sous réserve de la publication préalable d'une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Liste des actes pour lesquels l'entente directe reste libre

Code CCAM	Libellé CCAM
HBKD005	Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra implantaire
HBLD403 (**)	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramocéramique
HBLD734	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur molaires
HBLD245 (**)	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire avec ou sans clavette sur une dent [Inlay core] Facturation pour : - couronnes céramo-métalliques sur molaires (HBLD734) ; - couronnes céramo-céramiques (HBLD403) ; - piliers de bridge de base tout céramique (HBDM046) ; - adjonction de piliers d'ancrage à un bridge de base (HBMD081, HBMD087)
HBLD486 (**)	Pose d'une couronne dentaire transitoire Facturation pour : - couronnes céramo-métalliques sur molaires (HBLD734) ; - couronnes céramo-céramiques (HBLD403) Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané
HBDM046 (**)	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramo-céramiques et 1 élément intermédiaire céramo-céramiques
HBMD072	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux supplémentaire, au-delà du 3 ^e
HBMD081	Adjonction d'un pilier d'ancrage métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]

Code CCAM	Libellé CCAM
HBMD082	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire métallique supplémentaire, au-delà du 3 ^e
HBMD087	Adjonction d'un pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]
HBMD342	Adjonction d'un 2 ^e élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale [3 ^e élément métallique intermédiaire de bridge]
HBMD433	Adjonction d'un 2 ^e élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [3 ^e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]
HBMD479	Adjonction d'un 1 ^{er} élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [2 ^e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]
HBMD490	Adjonction d'un 1 ^{er} élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [2 ^e élément métallique intermédiaire de bridge]
HBLD425 (**)	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté céramique [inlay-onlay]
HBLD030	Pose d'une prothèse dentaire complète transvissée implantoportée
HBLD118	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à plaque base résine
HBLD132	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque résine comportant moins de 9 dents
HBLD171	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à chassis métallique
HBLD199	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à plaque base résine
HBLD217	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à chassis métallique
HBLD236	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à chassis métallique comportant de 9 à 13 dents
HBLD240	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à chassis métallique comportant moins de 9 dents
HBLD492	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque base résine, comportant de 9 à 13 dents
HBLD056	Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire, pour 1 arcade
HBLD084	Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire pour 2 arcades
HBLD418	Pose d'une couronne dentaire implantoportée
HBGD011	Ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radiculaire scellé
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire
HBMD019	Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire
HBMP001	Transformation d'un guide radiologique préimplantaire en guide chirurgical
LBLD004	Pose de 4 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte

Code CCAM	Libellé CCAM
LBLD010	Pose de 2 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LBLD013	Pose de 3 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LBLD015	Pose d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'adulte
LBLD019	Pose de moyen de liaison sur 1 implant préprothétique intraosseux intrabuccal
LBLD020	Pose de 5 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LBLD025	Pose de 6 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LBLD026	Pose de 7 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LBLD034	Pose de barre de jonction entre 2 implants intrabuccaux
LBLD038	Pose de 8 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LBLD057	Pose de barre de jonction entre 3 implants intrabuccaux ou plus
LBLD073	Pose de moyen de liaison sur 2 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux
LBLD075	Pose d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'enfant
LBLD086	Pose de moyen de liaison sur 3 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux
LBLD117	Pose de 4 implants intraosseux intrabuccaux chez l'enfant
LBLD143	Pose de moyen de liaison sur 7 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux
LBLD193	Pose de moyen de liaison sur 4 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux
LBLD214	Pose de moyen de liaison sur 10 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux
LBLD235	Pose de moyen de liaison sur 8 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux
LBLD270	Pose de moyen de liaison sur 6 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux
LBLD294	Pose de 10 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LBLD311	Pose de moyen de liaison sur 9 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux
LBLD447	Pose de moyen de liaison sur 5 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux

ANNEXE VI

CLAUDE DE REVOYURE

La présente annexe définit la méthodologie de calcul de la clause de revoyure définie à l'article 5 de la présente convention.

Champ observé	Tous les actes prothétiques remboursables (incluant les nouveaux actes pris en charge)
Source	SNIRAM, tous régimes, dates de liquidation, France entière, chirurgiens-dentistes libéraux
Patients	Tous régimes, hors CMUC et ACS
Montants estimés et observés annuels	Quantités d'actes (détail par acte CCAM, par type d'acte, etc.) Part de chacun des 3 paniers en volume
Période de référence	N= année de mise en œuvre de la réforme devant instaurer une prise en charge intégrale année de référence = Du 1 ^{er} avril de l'année précédant la réforme au 1 ^{er} janvier de l'année suivante
Période observée	En juin de chaque année, on observe les résultats de l'année précédente

Champ observé	Tous les actes prothétiques remboursables (incluant les nouveaux actes pris en charge)
Indicateurs	<p>Indicateur observé = écart en + ou en - de la part des actes pour lesquels une prise en charge intégrale serait prévue (fréquences) dont les actes suivants : couronnes dento-portées et inlay-core associés, bridges, prothèses adjointes et réparations</p> <p>- seuil pour la 1^{re} et 2^e année : si écart de plus de 10 points ou de moins 10 points pour l'indicateur pour la part des actes pris en charge intégralement, négociation d'un avenant</p> <p>- à partir de la 3^e année : si écart de plus de 5 points ou de moins 5 points pour la part des actes pris en charge intégralement, négociation d'un avenant</p>

ANNEXE VII

**CONTRAT TYPE D'AIDE À L'INSTALLATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES
DANS LES ZONES TRÈS SOUS DOTÉES EN OFFRE DE SOINS DENTAIRE (CAICD)**

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;

Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de la convention nationale des chirurgiens-dentistes ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes en zone « très sous-dotée » pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 3.1.1.1 et à l'annexe VII de la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de santé publique)]

Il est conclu entre, d'une part la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

L'Agence régionale de santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

Et, d'autre part, le chirurgien-dentiste :

Nom, prénom

inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :

numéro RPPS :

numéro AM :

Adresse professionnelle :

un contrat d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes dans les zones identifiées en zone « très sous-dotée ».

Article 1^{er}*Champ du contrat d'aide à l'installation*

Article 1.1

Objet du contrat d'aide à l'installation

Ce contrat vise à favoriser l'installation des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans les *dans les zones définies comme étant* « très sous dotées » par le biais d'une aide forfaitaire, versée à l'occasion de l'installation du chirurgien-dentiste dans les zones précitées. Cette aide vise à accompagner le professionnel dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral (locaux, équipements, charges diverses, etc.).

Article 1.2

Bénéficiaires du contrat d'aide à l'installation

Le présent contrat est proposé aux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés qui s'installent en exercice libéral dans une zone *définies par l'agence régionale de santé comme étant* « très sous dotées ».

Sont concernés par ce contrat, les chirurgiens-dentistes libéraux qui exercent à titre principal (cabinet principal) dans les zones susvisées :

- soit à titre individuel ;
- soit en groupe.

L'exercice en groupe s'entend comme le regroupement d'au moins deux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans les mêmes locaux, installés dans ces zones et liés entre eux par :

- un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ou de société civile de moyens (SCM) ;
- ou par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'Ordre.

Dans ces deux modes d'exercices, seuls les chirurgiens-dentistes titulaires libéraux conventionnés peuvent adhérer à ce contrat, les collaborateurs non titulaires étant exclus.

Cependant, les chirurgiens-dentistes ayant exercé auparavant en tant que collaborateurs non titulaires dans ces zones, peuvent adhérer à ce contrat dès lors qu'ils s'installent nouvellement en cabinet libéral en tant que titulaire dans les zones susvisées.

Le chirurgien-dentiste ne peut être signataire et bénéficier qu'une seule fois de ce contrat, celui-ci étant conclu intuitu personae. Il est incessible

Il peut néanmoins conclure et bénéficier au-delà du présent contrat (CAICD), un contrat de maintien de l'activité (CAMCD) en zone « très sous-dotée ».

Article 2

Engagements des parties dans le contrat d'aide à l'installation

Article 2.1

Engagements du chirurgien-dentiste signataire

Le chirurgien-dentiste s'engage à :

- remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévu à la Convention nationale des chirurgiens-dentistes ;
- venir exercer à titre principal et poursuivre son activité libérale conventionnée dans les zones « très sous dotées » pour toute la durée du contrat, soit 5 ans sauf cas de force majeure (décès, invalidité...) ;
- informer la caisse du ressort de son cabinet principal sans délai de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'issue du contrat.

Article 2.2

Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence régionale de santé

En contrepartie des engagements du chirurgien-dentiste signataire définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au chirurgien-dentiste une aide forfaitaire au titre de l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels d'un montant de 25 000 euros.

Cette aide est versée à compter de la signature du contrat par l'ensemble des parties.

Modulation régionale par l'Agence régionale de santé du montant de l'aide à l'installation dans certaines zones identifiées comme particulièrement fragile.

L'Agence régionale de santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire, pour les chirurgiens-dentistes adhérant au présent contrat, exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en chirurgiens-dentistes soit en zone « très sous dotée ».

Cette majoration ne peut excéder 20 % du montant de l'aide forfaitaire prévue au présent article. Cette majoration de l'aide forfaitaire bénéficie au maximum à 20 % des zones éligibles dans la région au sens de l'article 1.2.

Article 3

Durée du contrat d'aide à l'installation

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature par l'ensemble des parties, sans possibilité de renouvellement.

Article 4

Résiliation du contrat d'aide à l'installation

Article 4.1

Rupture d'adhésion à l'initiative du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'Agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le chirurgien-dentiste (sauf cas de force majeure comme le décès ou une invalidité).

Article 4.2

*Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie
et de l'Agence régionale de santé*

Dans le cas où le chirurgien-dentiste ne respecte pas ses engagements contractuels (départ de la zone ou chirurgien-dentiste ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat), la caisse du ressort du cabinet principal du professionnel l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après. La caisse d'assurance maladie informera en parallèle l'Agence régionale de santé de cette décision.

Le chirurgien-dentiste dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au chirurgien-dentiste la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans ce cas, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation notifiée par la caisse.

Article 5

*Conséquences d'une modification des zones caractérisées
par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins*

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice du chirurgien-dentiste adhérent de la liste des zones précitées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le chirurgien-dentiste.

Le chirurgien-dentiste

Nom, prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom, prénom

L'Agence régionale de santé

Nom, prénom

ANNEXE VIII

**CONTRAT TYPE D'AIDE AU MAINTIEN D'ACTIVITÉ DES CHIRURGIENS-DENTISTES
DANS LES ZONES DÉFICITAIRES EN OFFRE DE SOINS DENTAIRES (CAMCD)**

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;

Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de la convention nationale des chirurgiens-dentistes ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes en zone « très sous dotée » pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 3.1.1.2 et à l'annexe VIII de la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique)]

Il est conclu entre, d'une part la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :
l'Agence régionale de santé (dénommée ci-après l'ARS) de :
Région :
Adresse :
représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :
Et, d'autre part, le chirurgien-dentiste :
Nom, prénom
inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :
numéro RPPS :
numéro AM :
Adresse professionnelle :
un contrat d'aide au maintien d'activité des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés (CAMCD) installés dans les zones identifiées en zone « très sous dotée ».

Article 1^{er}

Champ du contrat d'aide au maintien d'activité

Article 1.1

Objet du contrat d'aide au maintien d'activité

Ce contrat vise à favoriser le maintien des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans les *zones définies comme étant « très sous dotées »* par la mise en place d'une aide forfaitaire, afin de limiter les contraintes financières pesant sur les chirurgiens-dentistes et de leur permettre de réaliser des investissements, de se former et de contribuer ainsi à améliorer la qualité des soins dentaires.

Article 1.2

Bénéficiaires du contrat d'aide au maintien d'activité

Le présent contrat est proposé aux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés déjà installés dans une zone définie comme étant « très sous dotée » définie par l'Agence régionale de santé.

Sont concernés par ce contrat, les chirurgiens-dentistes qui exercent à titre principal :

- soit à titre individuel ;
- soit en groupe.

L'exercice en groupe s'entend comme le regroupement d'au moins deux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans les mêmes locaux, installés dans ces zones et liés entre eux par :

- un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ou de société civile de moyens (SCM) ;
- ou par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'Ordre.

Les chirurgiens-dentistes titulaires et collaborateurs exerçant dans les zones définies précédemment peuvent adhérer à ce contrat.

Ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à l'installation (CAICD).

Article 2

Engagements des parties dans le contrat d'aide au maintien d'activité

Article 2.1

Engagements du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste s'engage à :

- remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévu au présent texte ;
- venir exercer et/ou poursuivre son activité libérale conventionnée dans les *zones « très sous dotées »* consécutivement pour toute la durée du contrat, soit 3 ans ;
- informer la caisse du ressort de son cabinet principal sans délai de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'issue du contrat.

Article 2.2

Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence régionale de santé

En contrepartie des engagements du chirurgien-dentiste définis à l'article 2.1, il bénéficie d'une aide forfaitaire de 3 000 euros par an au titre de l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels.

Elle est versée au titre de chaque année avant le 30 avril de l'année civile suivante.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Modulation régionale par l'Agence régionale de santé des conditions d'engagement au contrat dans certaines zones identifiées comme particulièrement fragiles.

L'Agence régionale de santé peut décider de moduler les conditions d'octroi de l'aide pour les chirurgiens-dentistes adhérant au présent contrat, exerçant dans des zones identifiées comme « très sous dotée ».

Cette modulation pourra porter sur la condition de participation du professionnel à la permanence des soins dentaires. Cette modulation ne doit concerner au maximum que 20 % des zones éligibles dans la région au sens de l'article 1.2.

Article 3

Durée du contrat d'aide au maintien d'activité

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans consécutifs, renouvelable, à compter de sa signature par l'ensemble des parties.

Article 4

Résiliation du contrat d'aide au maintien d'activité

Article 4.1

Rupture d'adhésion à l'initiative du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, le professionnel ne pourra pas bénéficier de l'aide prévue pour l'année où il résilie le contrat.

Article 4.2

Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'Agence régionale de santé

Dans le cas où le chirurgien-dentiste ne respecte pas ses engagements contractuels (départ de la zone ou chirurgien-dentiste ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat), la caisse du ressort du cabinet principal du professionnel l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le chirurgien-dentiste dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au chirurgien-dentiste la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans ce cas, le professionnel ne pourra pas bénéficier de l'aide prévue pour l'année où il résilie le contrat.

Article 5

Conséquences d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice du chirurgien-dentiste adhérant de la liste des zones précitées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le chirurgien-dentiste.

Le chirurgien-dentiste

Nom, prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom, prénom

L'agence régionale de santé

Nom, prénom

ANNEXE IX

« CONTRAT INCITATIF CHIRURGIEN-DENTISTE »

Option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés en zones « très sous-dotées »

(Dispositions transitoires)

Conformément aux dispositions de l'article 3.1.2 du présent texte, les contrats incitatifs chirurgiens-dentistes issus de la précédente convention, en cours à la date d'entrée en vigueur du présent texte s'appliquent selon les dispositions figurant à la présente annexe jusqu'à l'adoption par le directeur général de l'agence régionale de santé des contrats types régionaux définis à l'article 3.1.1.

A compter de la date d'entrée en vigueur des contrats types régionaux, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs chirurgiens-dentistes issus de la précédente convention et définis à la présente annexe. Il est proposé aux chirurgiens-dentistes de souscrire un nouveau contrat incitatif défini aux annexes VII et VIII du présent texte.

Les contrats incitatifs chirurgiens-dentistes en cours, issus de la précédente convention nationale et repris dans la présente annexe, perdurent jusqu'à leur arrivée à échéance.

Les parties signataires à la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux considèrent nécessaire, par des mesures structurantes, de favoriser l'implantation des chirurgiens-dentistes libéraux dans les zones « très sous-dotées », et le maintien de l'activité des chirurgiens-dentistes qui y sont d'ores et déjà installés.

A cette fin, elles créent une option conventionnelle à adhésion individuelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des chirurgiens-dentistes libéraux en zone « très sous-dotées », dans le cadre de laquelle une participation à l'installation en lien direct avec l'exercice professionnel est allouée.

1) Objet de l'option

Cette option conventionnelle, signée entre les caisses primaires d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés, pour une durée de trois ou cinq ans, est destinée à favoriser l'installation et le maintien en zone « très sous-dotée ».

Cette option vise à inciter les chirurgiens-dentistes libéraux à s'installer ou exercer en zone « très sous-dotées ».

2) Champ de l'option

Cette option est proposée aux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés s'installant ou installés dans une zone « très sous-dotées » telle que définie en application de l'article L.1434-7 du code de la santé publique.

3) Conditions générales d'adhésion

Tout chirurgien-dentiste désirant s'installer, ainsi que ceux déjà installés dans la zone « très sous-dotée » sont éligibles à l'option sous réserve qu'il soit conventionné.

Un chirurgien-dentiste ne peut adhérer à l'option que s'il justifie d'une activité libérale conventionnelle, à titre principal, auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotée ».

Les difficultés rencontrées dans la mise en place de cette disposition pourront faire l'objet d'un examen dans le cadre de l'observatoire conventionnel national qui pourra proposer des adaptations le cas échéant.

Différents modes d'exercice sont possibles :

- l'exercice en groupe qui s'entend comme :
 - le regroupement d'au moins deux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans les mêmes locaux, installés dans une zone « très sous-dotées » et liés entre eux par :
 - un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ou de société civile de moyens (SCM) ;
 - ou par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'Ordre ;
- l'exercice individuel.

Cet exercice lui permet de recourir à un chirurgien-dentiste remplaçant, pour assurer la continuité des soins.

4) Avantages conférés par l'adhésion à l'option

Le chirurgien-dentiste adhérent à l'option bénéficie :

- d'une participation forfaitaire de 3 000 € par an au titre de l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (ex : voiture...). Elle vaut pour la période de 3 ans correspondant à la durée du contrat pour les professionnels installés dans la zone.
- pour inciter les professionnels à s'installer dans la zone concernée, d'une participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (équipement, fauteuil...) de 15 000 euros, versés à compter de la signature du contrat et couvrant la participation de l'Assurance maladie à l'installation du professionnel sur la période de 5 ans correspondant à la durée du contrat pour les professionnels souhaitant être nouvellement conventionnés pour exercer dans cette zone.

5) **Engagements du chirurgien-dentiste**

En contrepartie de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet, le chirurgien-dentiste contractant s'engage à :

- avoir un taux de télétransmission en SESAM-Vitale supérieur ou égal à 70 % ;
- justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à titre principal auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotée » pendant toute la durée du contrat quel que soit le cas de figure (3 ou 5 ans).

6) **Adhésion à l'option**

6.1) **Modalités d'adhésion**

L'adhésion à l'option est individuelle. Par conséquent, chaque chirurgien-dentiste d'un cabinet de groupe doit accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

Le chirurgien-dentiste formalise, auprès de sa CPAM de rattachement, son adhésion suivant un modèle formalisé à l'annexe X ou XI du présent texte.

Dans le cas d'un exercice en groupe, il joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe tel que défini dans les conditions générales d'adhésion visées au paragraphe 3 du présent texte.

6.2) **Durée de l'adhésion**

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement de l'acte d'adhésion par la caisse et jusqu'au terme du contrat, soit pour une durée de 5 ans, non renouvelable, pour les chirurgiens-dentistes nouvellement installés, et pour une durée de 3 ans renouvelable pour ceux déjà installés, dès lors que le professionnel remplit les conditions requises et que la zone est classée comme « très sous-dotée ».

6.3) **Suivi des engagements et effets de l'adhésion**

Le versement des aides est conditionné au respect des conditions d'exécution de l'option par le chirurgien-dentiste adhérent.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

6.4) **Rupture de l'option**

En cas de non-respect par le chirurgien-dentiste de tout ou partie de ses engagements, le directeur de la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

Le chirurgien-dentiste dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au chirurgien-dentiste qu'il ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet ainsi que pour exiger le remboursement des sommes qui auraient indûment été perçues.

Le chirurgien-dentiste peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Il en informe la caisse par courrier. La décision du chirurgien-dentiste prend effet dès réception par la caisse du courrier. Il ne pourra pas bénéficier des aides prévues pour l'année où il résilie l'option.

ANNEXE X

MODÈLE DE FORMULAIRE D'ADHÉSION AU « CONTRAT INCITATIF CHIRURGIEN-DENTISTE » - OPTION 1 : AIDE À L'INSTALLATION EN ZONE « TRES SOUS-DOTÉE »

Acte d'adhésion au « Contrat incitatif chirurgien-dentiste » (1)

Identification du chirurgien-dentiste :

Je, soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification :

Adresse du lieu d'exercice principal :

Déclare exercer :

☐ En individuel

Déclare exercer en groupe formalisé selon le mode suivant (copie du/des contrats à annexer à l'acte d'adhésion) :

☐ SCP

☐ SEL

Autres contrats de société

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions de l'option conventionnelle telles qu'indiquées à l'annexe 9 du présent texte ;

2° Adhérer à l'option destinée à favoriser l'installation des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés en zone « très sous-dotée », telle que définie par l'ARS, et m'engager à en respecter les dispositions, pour une durée de 5 ans non renouvelables.

Cachet du chirurgien-dentiste

Fait à

Le

Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée (2)

Adhésion non enregistrée et motif du rejet :

Cachet de la caisse

Date

(1) Document à remplir par le chirurgien-dentiste, en double exemplaire, et à envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de son exercice principal. Un exemplaire signé par la caisse est ensuite renvoyé au professionnel signataire.

(2) Rayer les mentions inutiles.

ANNEXE XI

MODÈLE DE FORMULAIRE D'ADHÉSION AU « CONTRAT INCITATIF CHIRURGIEN-DENTISTE » - OPTION 2 : AIDE AU MAINTIEN EN ZONE « TRES SOUS-DOTÉE »

Acte d'adhésion au « Contrat incitatif chirurgien-dentiste » (3)

Identification du chirurgien-dentiste :

Je, soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification :

Adresse du lieu d'exercice principal :

Déclare exercer :

☐ En individuel

Déclare exercer en groupe formalisé selon le mode suivant (copie du/des contrats à annexer à l'acte d'adhésion) :

☐ SCP

☐ SEL

☐ Autres contrats de société

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions de l'option conventionnelle telles qu'indiquées à l'annexe 9 du présent texte ;

2° Adhérer à l'option destinée à favoriser le maintien en activité des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés en zone « très sous-dotée », telle que définie par l'ARS, et m'engager à en respecter les dispositions, pour 3 ans renouvelables.

Cachet du chirurgien-dentiste

Fait à

Le

Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée (4)

Adhésion non enregistrée et motif du rejet :

Cachet de la caisse

Date

(3) Document à remplir par le chirurgien-dentiste, en double exemplaire, et à envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de son exercice principal. Un exemplaire signé par la caisse est ensuite renvoyé au professionnel signataire.

(4) Rayer les mentions inutiles.

ANNEXE XII

Majorations spécifiques dans le cadre de la permanence des soins dentaires

Lorsque le chirurgien-dentiste inscrit sur le tableau de garde et inscrit auprès du conseil départemental de l'Ordre intervient dans le cadre de la permanence des soins dentaires, celui-ci bénéficie pour les actes cliniques et techniques pratiqués dans le cadre de la permanence des soins dentaires, d'une majoration spécifique dénommée « MCD ».

Celle-ci est valorisée comme suit :

	Tarif
Majoration spécifique de permanence des soins pour les actes cliniques et techniques effectués par un chirurgien-dentiste (MCD)	30 €

Cette majoration spécifique est également applicable par le chirurgien-dentiste conventionné non inscrit au tableau de garde, qui intervient sur appel du régulateur en remplacement du chirurgien-dentiste de permanence indisponible.

Les majorations de nuit, de dimanche et jours fériés, définies dans l'annexe tarifaire de la convention nationale, ne sont pas cumulables avec la majoration MCD.

Les interventions réalisées en dehors de ce cadre par les chirurgiens-dentistes libéraux donnent lieu à l'application et à la prise en charge par l'assurance maladie des majorations en vigueur, aux conditions habituelles.

ANNEXE XIII

LISTE DES SOINS CONSÉCUTIFS PRIS EN CHARGE AU TITRE DU DISPOSITIF D'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE DES JEUNES VISÉ À L'ARTICLE 9 DE LA CONVENTION NATIONALE

(Applicable sous réserve des dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale)

Chapitre et Codes	Libellés
07.01.04.01	Radiographie de la bouche
HBQK389	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües
HBQK191	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 2 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK331	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 3 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK443	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 4 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK428	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 5 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK480	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 6 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK430	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 7 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK142	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 8 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK046	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 9 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK065	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 10 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK424	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 11 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK476	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 12 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK093	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 13 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK041	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 14 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK002	Radiographie panoramique dentomaxillaire
HBQK001	Radiographie pelvibuccale [occlusale]
07.02.02.03	Réimplantation de dent et autogreffe de germe
HBED022	Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement
07.02.02.04	Prophylaxie buccodentaire
HBLD004	Séance d'application topique intrabuccale de fluorures
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent
HBBD006	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents
HBBD007	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents
HBBD004	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents
HBBD039	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents
HBBD404	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents

Chapitre et Codes	Libellés
HBBD098	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents
HBBD427	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents
HBBD001	Détartrage et polissage des dents
HBFD010	Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage
07.02.02.05	Restauration des tissus durs de la dent
HBBD227	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté composite ou métallique [inlay-onlay]
HBBD425	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté céramique [inlay-onlay]
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD050	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD054	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD044	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD047	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD053	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD038	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD042	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire
07.02.02.06	Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent
HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire
HBFD017	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD019	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente
HBFD015	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD474	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire
HBFD458	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature
HBFD395	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature
HBFD326	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature
HBFD001	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD297	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire
HBFD003	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD024	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente
07.02.02.08	Autres actes thérapeutiques sur la racine de la dent
HBBD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification
HBBD234	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD001	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification

Chapitre et Codes	Libellés
07.02.02.10	Avulsion de dents temporaires
HBGD035	Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade
HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade
HBGD309	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade
HBGD284	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade
HBGD065	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade
HBGD462	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade
HBGD464	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade
HBGD263	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade
HBGD280	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade
HBGD093	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade
HBGD362	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade
HBGD054	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade
HBGD111	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade
HBGD174	Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade
HBGD057	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade
HBGD133	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade
HBGD123	Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade
HBGD468	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade
HBGD282	Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade
HBGD201	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade
HBGD042	Avulsion d'1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse
HBGD026	Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses
07.02.02.11	Avulsion de dents permanentes
HBGD036	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD043	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD319	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD489	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD497	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD106	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD076	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD422	Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD420	Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD064	Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD356	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD146	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD382	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD247	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD197	Avulsion de 15 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD333	Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD261	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD499	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD461	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD278	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD258	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD311	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD235	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD374	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD475	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD285	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD338	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD193	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD345	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD414	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD245	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD283	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD022	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie
HBGD034	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD287	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD031	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines
HBGD032	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
07.02.02.12	Autres avulsions de dents ou racines
HBGD039	Avulsion d'1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD002	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD028	Avulsion d'une incisive permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD014	Avulsion d'une canine permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD015	Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD459	Avulsion d'une prémolaire retenue ou à l'état de germe
HBGD386	Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD047	Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD018	Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe
HBGD004	Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe
HBGD025	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD021	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD044	Avulsion d'une dent à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD003	Avulsion d'un odontoïde inclus ou d'une dent surnuméraire à l'état de germe
HBGD016	Avulsion d'une racine incluse

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD017	Avulsion d'une dent ectopique
HBGD040	Avulsion de plusieurs dents surnuméraires à l'état de germe ou de plusieurs odontoïdes
07.02.05.01	Curetage périapical dentaire
HBGB005	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée
HBGB003	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine
HBGB002	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire
HBGB004	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire
07.02.05.02	Actes thérapeutiques sur le parodonte par soustraction
HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents
18.02.07.01	Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif
HBQK040	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK303	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK061	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües, perinterventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique

ANNEXE XIV : DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE

Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité.

Identification du chirurgien-dentiste traitant
Identifiant RPPS :
Identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) :
n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) :

Identification du patient
Nom et prénom :
Date de naissance : - / - / - -
N° de Sécurité sociale de l'assuré :

Date du devis :
Durée de validité :

A remplir par l'assuré si celui-ci envoie ce devis à son organisme complémentaire :
Adresse de l'assuré :
Tél. : Adresse e-mail :
Nom de l'Organisme complémentaire : N° de contrat ou d'adhésion :
Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

A remplir par le chirurgien-dentiste. Description du traitement proposé :
Dispositions particulières : oui ☐ non ☐ Si oui, lesquelles ?

Lieu de fabrication du dispositif médical : ☐ en France ☐ au sein de l'UE, EEE, Suisse ☐ hors UE (Pays) :
☐ sans sous-traitance du fabricant ☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée : ☐ en France ☐ au sein de l'Union Européenne ☐ hors Union Européenne (Pays) :
A l'issue du traitement, il vous sera remis une déclaration de conformité* du dispositif médical (*document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

Description précise et détaillée des actes :										
N° dent ou Localisation	Libellé de l'acte ou libellé Orthodontique	Matériaux utilisés	Code CCAM ou pour l'orthodontie cotation NGAP	(A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure *	(B1) Montant des prestations de soins	(B2) Charges de structure	(C=A+B1+B2) Montant des honoraires	(D) Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire ou NR	(E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire	Réservé à l'organisme complémentaire
TOTAL €										

Matériaux et normes :	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 3/2007	2	Alliage semi précieux NF EN ISO 22674 3/2007	3	Alliage non précieux CoCr - NF EN ISO 22674 3/2007	4	Alliage non précieux NiCr - NF EN ISO 22674 3/2007
	5	Résine Base NF EN ISO 1567 2000	6	Résine Dent NF EN ISO 22112 2005	7	Céramo-métallique NF EN ISO 9693 2000	8	Céramo dentaire NF EN ISO 6872 1999

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement

Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux)

Total des honoraires

Signature du chirurgien-dentiste

*Coût d'élaboration du dispositif médical

Notice explicative pour le patient figurant au dos du devis

Ce devis s'applique à tout traitement, pour lequel un dispositif médical sur mesure est nécessaire (prothèse dentaire essentiellement). Le chirurgien-dentiste vous précisera la durée de validité de ce devis.

Votre chirurgien-dentiste vous informera des différentes possibilités de traitement qui vous sont offertes.

Si vous désirez transmettre ce devis à votre organisme complémentaire, vous pouvez renseigner le pavé correspondant.

Dans ce devis, le chirurgien-dentiste décrit le traitement qu'il vous propose ainsi que les différents matériaux utilisés. Il vous précise la nature de l'acte conformément à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) ou pour les actes d'orthodontie, à la Nomenclature générale des actes et prestations (NGAP). Lorsqu'un acte est non remboursable par l'Assurance maladie obligatoire, le chirurgien-dentiste indique dans la colonne D, réservée à la base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire la mention « NR » (Non remboursable).

Le chirurgien-dentiste doit indiquer le lieu de fabrication du dispositif médical (exemple : couronne), qui peut être :

- en France ;
- au sein de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen (EEE), en Suisse ;
- hors de l'Union européenne, le pays sera alors précisé.

En cas de sous-traitance de la fabrication du dispositif par le fournisseur, le chirurgien-dentiste en précisera le lieu.

Une déclaration de conformité du dispositif médical, garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, vous sera remise en fin de traitement.

Ce devis vous informe du coût des traitements proposés par votre chirurgien-dentiste. Il précise notamment le prix de vente du dispositif médical sur mesure proposé, correspondant au coût d'élaboration du dispositif médical incluant certaines charges du cabinet (A), le montant des prestations de soins assurées par le praticien lors du traitement (B1) ainsi que le montant des autres charges de structure du cabinet (B2). Les honoraires ($C = A + B1 + B2$) correspondent à la somme de ces trois montants. En outre, le devis précise le montant restant à votre charge avant remboursement par votre organisme complémentaire, si vous en avez un (E).

ANNEXE XV

RÈGLEMENT INTÉRIEUR TYPE DES INSTANCES CONVENTIONNELLES

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables à la commission paritaire nationale et aux commissions paritaires régionales et départementales visées aux articles 37 et suivants du présent texte.

Article 1^{er}

Organisation des commissions paritaires conventionnelles

Article 1.1

Secrétariat de la commission

Le secrétariat et les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par l'UNCAM pour la CPN, par le représentant régional auprès du régime général (coordonnateur) ou par une caisse de la région pour la CPR, et par l'une des caisses membres de la commission pour la CPD.

Le secrétariat assure les tâches administratives de l'instance.

Article 1.2

Organisation des réunions des commissions

La commission se réunit autant que de besoin et au minimum deux fois par an pour la CPN, et au minimum une fois par an pour les CPR et CPD.

Les convocations sont adressées, par mail, par le secrétariat aux membres de la commission au moins quinze jours avant la date de la réunion, sauf urgence acceptée par le président et le vice-président.

Elles sont accompagnées de l'ordre du jour établi après accord de ces derniers ainsi que des documents utiles, le cas échéant, à l'examen des sujets qui y sont inscrits.

Chaque caisse ou organisation syndicale peut convier en séance des conseillers techniques.

Chaque caisse ou organisation syndicale peut convier en séance des experts. Les membres de la commission sont informés, au moins sept jours avant la date de la séance, de la qualité des personnes concernées et des sujets de l'ordre du jour sur lesquels leur compétence est requise. En séance, ces experts n'interviennent que sur ces sujets.

Lorsque la commission se réunit pour instruire une procédure de sanction conventionnelle à l'encontre d'un chirurgien-dentiste, les conseillers techniques et les experts ne sont pas habilités à assister aux délibérations de la commission.

Lorsque la commission se réunit pour une procédure conventionnelle à l'encontre de l'un des membres de la section professionnelle, celui-ci ne peut siéger lors de l'examen de son dossier.

A titre exceptionnel, pour tenir compte des difficultés d'organisation rencontrées (éloignement des représentants de la section professionnelle du lieu d'implantation de l'instance paritaire), les membres de la commission peuvent décider, après accord du président et du vice-président, de se réunir par visio-conférence ou de solliciter l'avis de la commission par courriel.

Article 1.3

Commissions électroniques

La Commission peut se réunir et délibérer par voie électronique, avec l'accord de son Président et de son Vice-Président, sous réserve de la conservation des échanges et des décisions prises.

Il est également possible de valider, par voie électronique, le compte-rendu des réunions et d'arrêter par ce biais l'ordre du jour des réunions d'instances paritaires conventionnelles, sous réserve de la conservation des échanges.

Le secrétariat de l'instance conventionnelle envoie un message pour indiquer la tenue de cette délibération par voie électronique, de la date et de l'heure de son début ainsi que de la date et de l'heure à laquelle interviendra au plus tôt sa clôture, au moins 15 jours à l'avance.

La commission est ouverte par un message du secrétariat de l'instance à l'ensemble des membres, qui rappelle la date et l'heure limite pour la présentation des contributions et prend fin par un message de ce même secrétariat.

La commission électronique et les décisions prises dans ce cadre sont valides à la condition que l'ensemble des participants dispose des moyens techniques permettant leur participation effective pendant la durée de la délibération.

Article 1.4

Présidence des sections et des commissions

Lors de la première réunion de la commission, la section professionnelle de la commission désigne son président.

La section sociale de chacune des instances désigne son président parmi les conseillers membres de cette instance.

La présidence de la commission sera assurée la première année du présent texte par le président de la section professionnelle. Le président de la section professionnelle et le président de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'une année, la présidence et la vice-présidence de la commission.

Pour ce faire, à la date anniversaire de la publication au *Journal officiel* du présent texte, il est procédé automatiquement à l'alternance de la présidence, sans qu'il soit nécessaire que l'instance se réunisse au préalable.

La présidence de plusieurs commissions ne peut être assurée simultanément par la même personne.

Article 2

Délibérations

Article 2.1

Vérification des règles de quorum et de parité

La commission ne peut valablement délibérer que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée.

Le quorum correspond à un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié du nombre des membres composant chacune des sections.

La parité nécessite un nombre égal de membres présents ou représentés dans la section professionnelle et dans la section sociale.

En cas d'impossibilité de siéger, les membres de la commission se font représenter par leurs suppléants ou donnent délégation de vote à un autre membre de la même section. Aucun membre ne peut recevoir plus de deux délégations.

En l'absence de quorum, un constat de carence est établi pour prendre acte de l'absence de quorum et une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours.

La commission de nouveau réunie délibère alors valablement sur tous les sujets, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés, sous réserve que la parité soit respectée. Dans le cas où la parité n'est pas respectée, un constat de carence est établi et les dispositions de l'article 3 du présent règlement intérieur sont applicables.

Article 2.2

Règles de vote

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées, sauf dans les cas prévus par la convention nationale où les décisions sont prises à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des abstentions.

En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. Le vote s'établit alors à bulletin secret. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs, nuls ou des abstentions.

En cas de partage des voix lors d'un second tour de vote portant sur un avis requis en matière de sanction conventionnelle, l'absence d'accord qui vaut avis de la commission est actée dans le procès-verbal.

Le secrétariat de la commission est chargé de transmettre au président de chaque section un relevé de décision de chaque réunion de la commission, par mail, dans les quarante-cinq jours suivant la date de réunion de celle-ci. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section dans un délai de quinze jours à compter de sa date de transmission. Il est ensuite adressé à chaque membre de la commission.

Ces délais ne sont pas applicables lorsque sont mises en œuvre les procédures conventionnelles.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations dans les conditions prévues par le code pénal.

Article 3

Situation de carence de la commission

Les partenaires conventionnels reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

- défaut de constitution de l'une ou de l'autre des sections dans le délai imparti ;
- défaut de parité au sein de la commission ;
- impossibilité pour le président et le vice-président de la commission soit de fixer une date, soit d'arrêter un ordre du jour en commun malgré deux tentatives successives ;
- refus par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour malgré deux tentatives successives.

Dans le premier cas, la section constituée constate la carence et assure seule les missions de la commission.

Dans les trois autres cas, un constat de carence est dressé. La section à l'origine de la situation de carence, est invitée par le président ou le vice-président de la commission à prendre toute disposition pour remédier à la situation.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat de carence, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce qu'il soit remédié à cette situation.

Article 4

Groupe de travail

La commission met en place les groupes de travail paritaires qu'elle juge nécessaire.

Article 5

Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission

Les membres de la section professionnelle de la commission perçoivent une indemnité de vacation de 12C par séance et une indemnité de déplacement, pour leur participation aux réunions de la commission.

L'indemnité de déplacement et de séjour est fixée, lors de la première réunion de la commission, conformément aux modalités prévues pour les conseillers des caisses.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux chirurgiens-dentistes qui participent aux sous-commissions et aux groupes de travail créés par la commission ainsi qu'à la commission chargée de déterminer les règles de hiérarchisation des actes et prestations.

Les chirurgiens-dentistes perçoivent également l'indemnité de vacation de 12C en cas de réunion « dématérialisée ».

Les indemnisations des chirurgiens-dentistes pour leur participation aux instances conventionnelles sont assimilées à des honoraires d'actes conventionnés.

ANNEXES XVI

LA COMMISSION DES CHIRURGIENS-DENTISTES CHARGÉE DE DÉTERMINER LES RÈGLES DE HIÉRARCHISATION DES ACTES DENTAIRE (CHAP)

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, une commission de hiérarchisation des actes et prestations est mise en place.

Article 1^{er}*Missions*

Cette commission a pour objet de définir les règles de hiérarchisation des prestations et des actes pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie et de valider la hiérarchisation qui en résulte.

Elle peut faire appel, en tant que de besoin, à des experts des sociétés savantes ou des experts économistes.

Article 2

Composition

La commission est composée de représentants des syndicats représentatifs et de représentants de l'UNCAM. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.

Sont membres avec voix délibérative :

Deux collèges comprenant autant de membres chacun :

- le collège professionnel, composé de deux représentants pour chaque syndicat représentatif des chirurgiens-dentistes, avec pour chacun d'entre eux un titulaire et un suppléant ;
- le collège de l'UNCAM comprenant autant de membres (titulaires et suppléants) que le collège professionnel ;
- un président désigné d'un commun accord par les membres de la commission.

Peuvent assister aux travaux :

- un représentant de l'Etat (et son suppléant) ;
- un représentant de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ou de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DGOS) ;
- un représentant de la Haute Autorité de santé (HAS) ;
- un représentant de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM).

Le secrétariat de cette commission est assuré par l'UNCAM.

Article 3

Indemnisation des membres de la commission

Le président et les membres titulaires du collège professionnel de la commission, ou, en leur absence, les membres suppléants, perçoivent une indemnité pour perte de ressources dont le montant est établi selon les règles d'indemnisation définies par la convention nationale des chirurgiens-dentistes pour la commission paritaire nationale.

Les frais de déplacement du président, des membres titulaires du collège professionnel de la commission (ou, en leur absence, des membres suppléants) et des personnalités ou experts désignés par le président après avis de la commission, sont pris en charge par la Cnam dans les conditions applicables aux agents de direction de la Cnam.

Des honoraires peuvent être versés aux personnalités ou experts désignés par le président après avis de la commission. Le montant de ces honoraires est fixé au cas par cas par le président, en fonction de l'importance des travaux demandés.

Article 4

Règlement intérieur

La commission élabore et adopte un règlement intérieur, qui précise notamment les règles de convocation aux réunions, de fixation de l'ordre du jour, de quorum et de vote.