



**CHIRURGIENS-DENTISTES**

**VOUS ACCOMPAGNER : LA RÉGLEMENTATION MÉDICO-SOCIALE**

OCTOBRE 2018



SECURITE SOCIALE



**L'Assurance  
Maladie**

Service Médical  
Ile-de-France





## Bienvenue,

Vous avez choisi d'exercer votre activité professionnelle dans notre département. Afin de vous accompagner dans vos relations avec l'Assurance Maladie, nous mettons à votre disposition ce livret d'accueil.

Les organismes d'Assurance Maladie disposent en effet de services dédiés à l'accueil des professionnels de santé. Leurs missions ? Faciliter vos relations avec les services administratifs et médicaux, clarifier les obligations de chacun durant la vie conventionnelle, simplifier votre exercice au quotidien.

## Sommaire

|  |    |
|--|----|
| <b>Présentation du Service médical de l'Assurance Maladie</b> .....  | 5  |
| <b>La prévention</b> .....   | 7  |
| <b>La convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie</b> .....                             | 9  |
| <b>La prise en charge des soins</b>  |    |
| - CCAM et Codage : généralités, notes d'utilisation et de facturation, actes qualifiés de remboursables sous conditions (RC), règles d'association ..... | 14 |
| - NGAP - Résiduelle.....   | 30 |
| - Orthophonie .....  | 32 |
| - La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) .....  | 34 |
| - L'aide médicale de l'état universelle (AME) .....  | 42 |
| - L'aide à la complémentaire santé (ACS) .....   | 44 |
| - Les affections de longue durée (ALD) .....   | 46 |
| - Les agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare .....   | 48 |
| - L' accident du travail .....   | 50 |
| - Les honoraires .....   | 52 |
| - La permanence des soins dentaires .....  | 54 |
| <b>La prescription</b>   |    |
| - Médicaments .....  | 56 |
| - Arrêts de travail.....   | 58 |
| <b>Ameli.fr et d'autres sites utiles</b> .....   | 60 |





## PRESENTATION DU SERVICE MÉDICAL DE L'ASSURANCE MALADIE

Le Service médical de l'Assurance Maladie exerce une mission de service public. Les praticiens-conseils (médecins-conseils, chirurgiens dentistes-conseils, pharmaciens-conseils) et leurs équipes veillent à la juste attribution des prestations et contribuent à garantir l'accès de tous à des soins de qualité au meilleur coût.

### Pourquoi et quand contacter le Service médical ?

**Vous pouvez contacter le Service médical pour :**

- être informé des évolutions réglementaires ;
- évoquer le cas d'un de vos patients ;
- obtenir des précisions sur la cotation, le codage et/ou la facturation d'un acte ;
- mieux connaître les recommandations de pratique clinique ;
- discuter de votre pratique au regard de ces recommandations ;
- être informé des résultats d'une étude de santé publique ;
- bénéficier de l'intervention d'un praticien-conseil lors d'une formation médicale continue.



Pour trouver les coordonnées du Service médical de votre département, vous pouvez consulter le site internet du Service médical de l'Assurance Maladie en Île-de-France : [www.drsm-idf.fr](http://www.drsm-idf.fr) (rubrique « Nous contacter ») ou [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

### Dans quel cadre le Service médical de l'Assurance Maladie peut-il vous contacter ?

• **Dans le cadre des traitements des dossiers de vos patients**

Le Service médical vous adresse une demande d'informations ou de pièces justificatives.

• **Dans le cadre d'échanges confraternels individuels sur des thèmes promouvant des recommandations de bonne pratique.**

• **Dans le cadre du contrôle de votre activité**

Après vous avoir informé du déclenchement de l'analyse de votre activité, le Service médical vous transmet dans un premier temps les conclusions de cette analyse.

Dans un deuxième temps et si nécessaire, le directeur de la caisse d'Assurance Maladie vous notifie par lettre (AR) les griefs relevés et vous propose un entretien contradictoire avec un praticien-conseil.

Si des suites contentieuses sont envisagées, elles vous seront notifiées dans les trois mois.

Vous pouvez consulter la « charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'Assurance Maladie » sur le site [ameli.fr](http://www.ameli.fr).





## LA PRÉVENTION

# La prévention bucco-dentaire

## À destination des jeunes

La convention signée le 21 juin 2018 organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie instaure un dispositif de prévention en faveur des enfants, adolescents, et jeunes adultes. Par rapport au Programme National de Prévention Bucco-Dentaire « M'T Dents » initié en 2007 pour les jeunes (6,9,12,15 et 18 ans), les catégories d'âge ont fait l'objet d'une extension aux jeunes adultes de 21 et 24 ans (à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018) et aux enfants de 3 ans (à compter du 1<sup>er</sup> avril 2019). Le dispositif comprend un examen de prévention et des soins consécutifs éventuellement préconisés lors de cet examen.

### Un dispositif en 2 temps

- **Un examen bucco-dentaire (EBD) et des conseils d'éducation sanitaire**

L'EBD doit être réalisé dans les 6 mois suivant la date anniversaire de l'enfant. Cependant, la prise en charge pourra être effective tout au long de l'année qui suit la date anniversaire, dans la mesure où l'un des objectifs majeurs est d'inciter les jeunes qui ne vont jamais chez le chirurgien-dentiste à réaliser cet examen de prévention.

**Pour tous :** anamnèse, examen bucco-dentaire, action de prévention et éducation sanitaire adaptée à l'âge.

**Au cas par cas :** radiographies intrabuccales, établissement d'un programme de soins.

Les renseignements correspondant à la partie basse de l'imprimé pré-identifié de prise en charge, présenté par le patient, doivent être conservés dans le dossier du patient. À l'issue de l'examen, pour les enfants de 6 et 12 ans, les renseignements doivent aussi être portés sur le carnet de santé de l'enfant.

- **Des soins consécutifs éventuels**

Si un programme de soins doit être établi, ils doivent débiter dans les 3 mois qui suivent l'EBD et s'achever dans les 6 mois suivant la date de début des soins.

**Selon le risque carieux :** scellement des sillons, séance d'application topique intrabuccale de fluorures.

**Selon le besoin :** soins conservateurs/soins chirurgicaux  
Les soins prothétiques et orthodontiques sont exclus de ce protocole. Les actes de soins conservateurs, chirurgicaux et des actes radiographiques entrant dans le champ du dispositif figurent à l'annexe 13 de la convention nationale du 21 juin 2018.

### Un formulaire simplifié

Le formulaire de prise en charge a été adapté au nouvel examen bucco-dentaire. Outre le schéma dentaire, il comprend désormais une indication de l'état parodontal du patient, le programme de soins à réaliser ainsi qu'un point sur l'éducation sanitaire.

### Une prise en charge à 100%

- **L'EBD**

L'EBD est rémunéré 30€ (42 euros s'il est complété par une ou deux radiographies intra-buccales, 54 euros s'il est complété par 3 ou 4 radiographies intrabuccales). L'assuré n'a pas à faire l'avance des frais.

- **Les soins consécutifs**

L'assuré n'a pas à faire l'avance des frais, les soins consécutifs sont facturés conformément à la CCAM et ne peuvent faire l'objet de dépassement d'honoraires.

Il est possible de télétransmettre l'examen de prévention ainsi que les soins consécutifs. Le remboursement et le paiement s'effectuent alors sous 4 à 5 jours.

### FOCUS SUR LES ACTIONS LOCALES DE PRÉVENTION

Depuis 2007, le dispositif national comporte chaque année des mesures d'accompagnement personnalisé et ciblé pour les enfants de CP en zones d'éducation les plus défavorisées (anciennement ZEP). Si votre cabinet se situe à proximité des écoles concernées, vous êtes donc susceptible d'être sollicité pour recevoir, dans votre cabinet, des enfants participant à ces opérations locales. Toutes les communes ne sont pas concernées par les actions locales.



## LA PRÉVENTION

# À destination des femmes enceintes

La convention signée le 21 juin 2018 organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie instaure un dispositif de prévention des femmes enceintes reprenant le dispositif mis en place en 2014 par l'avenant 3 de l'ancienne convention de 2006.

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

- **Les bénéficiaires**

Le dispositif de prévention s'adresse aux femmes enceintes, ayants-droit ou assurées sociales, remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'Assurance Maladie et maternité.

- **Contenu du dispositif**

Les femmes enceintes, bénéficient d'un examen de prévention pris en charge à 100 % avec dispense d'avance de frais, à compter du quatrième mois de grossesse jusqu'à douze jours après l'accouchement.

L'examen de prévention comprend une anamnèse, un examen bucco-dentaire, des éléments d'éducation sanitaire, une information sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance.

A compter de la réception de la déclaration de grossesse de l'assurée ou de l'ayant-droit, la caisse d'Assurance Maladie dont elle relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré-identifié accompagné d'une invitation à participer à cet examen de prévention. Elle présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge pré-identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

La facture de l'examen doit être télétransmise. En cas d'impossibilité, le chirurgien-dentiste complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à l'organisme d'affiliation de l'assurée pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure « renseignements médicaux » est à conserver par le chirurgien-dentiste dans le dossier de la patiente.

## Modalités de prise en charge des soins consécutifs

Les soins consécutifs à l'examen de prévention femme enceinte, réalisés entre le 4<sup>ème</sup> et le 6<sup>ème</sup> mois de grossesse sont pris en charge à 70 % et sans dispense d'avance de frais.

Par contre, à compter du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse, tout soin consécutif à un EBD sera pris en charge à 100% sur le risque maternité. Et depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017 le tiers payant est devenu un droit pour les soins pris en charge au titre de la maternité.





## LA CONVENTION NATIONALE

# La convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie

La convention organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie signée le 21 juin 2018 par l'UNCAM, la CNSD, l'UD, l'UNOCAM a été publiée au JO le 25 août 2018 (arrêté du 20 août 2018). La convention qui met un terme à l'application du règlement arbitral de mars 2017, procède à la revalorisation des soins conservateurs, tout en plafonnant une partie des soins prothétiques.

Le champ des actes prothétiques plafonnés sera progressivement étendu, au fur et à mesure de l'application des revalorisations opérées sur les soins conservateurs.

## DISPOSITIF DE RÉÉQUILIBRAGE

**L'article 4** « dispositif de rééquilibrage de l'activité dentaire au profit des soins dentaires et chirurgicaux » de la convention de 2018 décrit le dispositif échelonné sur 5 ans à compter du 1<sup>er</sup> avril 2019 :

- Revalorisation progressive des soins dentaires fréquents, échelonnés sur 5 ans, allant jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2023 (conférer convention 2018 annexe III tarifs des actes bucco-dentaires figurant à la CCAM).
- Définition d'honoraires limites (plafonds) de facturation progressifs pour des actes faisant l'objet d'une entente directe, applicable à une liste d'actes prothétiques ciblés, dont le champ est progressivement élargi sur toute la durée de la convention (conférer convention 2018 annexe IV honoraires limites de facturation des actes pouvant faire l'objet d'une entente directe)
- Rééquilibrage à compter du 1<sup>er</sup> avril 2019 et se poursuivant au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année suivante.

Les premiers plafonds prothétiques se mettront en place au 1<sup>er</sup> avril 2019. Puis à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020, les actes prothétiques remboursables se répartiront en 3 catégories distinctes selon l'entente directe et l'importance du reste à charge pour le patient (*conférer 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 »*).

Cette répartition en trois paniers d'actes prothétiques remboursés par l'Assurance Maladie obligatoire et l'Assurance Maladie complémentaire comportera :

- Un panier « sans reste à charge » composé d'actes prothétiques avec un honoraire limite de facturation instauré par la convention et une prise en charge intégrale (par l'Assurance Maladie obligatoire et l'Assurance Maladie complémentaire) les rendant accessibles pour le patient sans reste à charge .
- Un panier « tarifs maîtrisés » composé d'actes prothétiques avec un honoraire limite de facturation, une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire mais sans obligation pour l'Assurance Maladie complémentaire d'une prise en charge intégrale. Il en résulte pour le patient un reste à charge maîtrisé.
- Un panier « tarif libre » composés d'actes prothétiques sans honoraire limite de facturation, avec un remboursement par l'Assurance Maladie obligatoire et par l'Assurance Maladie complémentaire. Il en résulte pour le patient un reste à charge.

## PRINCIPE DE REVOYURE ANNUELLE

**L'article 5** « Principe de revoynure annuelle et modalités de déclenchement de celle-ci » prévoit que l'effet des mesures de rééquilibrage fera l'objet d'un suivi annuel qui permettra d'affiner l'estimation de la fréquence et de la répartition des actes sur la base de la nomenclature modifiée.

Cette clause de revoynure se déclencherait en cas d'écart significatif de l'équilibre dans la répartition observée des actes prothétiques entre les trois paniers tels que définis à l'annexe 5.



## LA CONVENTION NATIONALE

### CLAUSE D'INDEXATION DES PLAFONDS

L'article 6 « clause d'indexation des plafonds » prévoit une clause de révision annuelle des honoraires limites de facturation des actes prothétiques, dès lors qu'ils ont atteints leur valeur cible.

### PRINCIPALES MODIFICATIONS APPORTÉES AUX MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES ACTES PROTHÉTIQUES (NOUVEAUX CODES CCAM, NOUVEAUX TARIFS DES ACTES, CRÉATION DE PLAFONDS)

#### Inlay-onlay

- **Suppression au 01/04/19 des 3 actes HBMD043, HBMD046, HBMD055** pour « Restauration d'une dent sur 1 face / 2 faces / 3 faces ou plus par matériau incrusté (inlay-onlay) »
- **Création au 01/04/19 de 2 actes HBLD227, HBLD425** pour « Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté composite (inlay-onlay)/céramique (inlay-onlay) »
  - **HBLD227** « restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté composite ou métallique (inlay-onlay) »  
Tarif de l'acte : 100 euros au 01/04/19  
Plafond de l'acte : 350 euros à partir du 01/01/21
  - **HBLD425** « restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté céramique (inlay-onlay) »  
Tarif de l'acte : 100 euros au 01/04/19.  
Pas de plafond pour cet acte

#### Couronne dentaire

- **HBLD038** « Pose d'une couronne dentaire dentoportée métallique »  
Tarif de l'acte : 107,50 euros puis 120 euros au 01/01/20  
Plafond de l'acte : 320 euros au 01/04/19 puis 290 euros au 01/01/20

- **HBLD418** « Pose d'une couronne dentaire implantoportée ».

Tarif de l'acte : 107,50 euros

Plafond de l'acte : pas de plafond

- **Suppression au 01/04/19 de l'acte HBLD036** « Pose d'une couronne dentoportée céramométallique ou en équivalents minéraux ».
- **Création au 01/04/19 de 8 nouveaux actes pour couronne dentoportée « céramique » en fonction du matériau et de la localisation : HBLD634, HBLD491, HBLD734, HBLD350, HBLD073, HBLD680, HBLD158, HBLD403.**

**4 types de couronnes dentoportées « céramique » :** céramométallique, céramique-monolithique (zircone), céramique-monolithique (hors zircone), céramocéramique.

pour les couronnes céramométalliques et céramiques-monolithiques (zircone et hors zircone) distinction dans le libellé de l'acte de la localisation sur l'arcade :

- « incisives, canines, 1° prémolaires », « 2° prémolaires », « molaires » pour les couronnes céramométalliques
- « hors molaires » et « molaires » pour les couronnes céramiques monolithiques (zircone)
- « incisives, canines, 1° prémolaires », « 2° prémolaires et molaires » pour les couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone)

#### Couronne céramométallique

- **HBLD634** « Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur incisives, canines et 1° prémolaires »

Tarif de l'acte : 107,50 euros puis 120 euros au 01/01/20

Plafond de l'acte : 530 euros au 01/04/19 puis 500 euros au 01/01/20

- **HBLD491** « Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur 2° prémolaires »

Tarif de l'acte : 107,50 euros puis 120 euros au 01/01/20

Plafond de l'acte : pas de plafond au 01/04/19 puis 550 euros au 01/01/20

- **HBLD734** « Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur molaires »

Tarif de l'acte : 107,50 euros puis 120 euros au 01/01/22

Plafond de l'acte : pas de plafond



## LA CONVENTION NATIONALE

### Couronne céramique-monolithique (zircone)

- **HBLD350** « Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (zircone) hors molaires»

Tarif de l'acte : 107,50 euros puis 120 euros au 01/01/20

Plafond de l'acte : 480 euros au 01/04/19 puis 440 euros au 01/01/20

- **HBLD073** « Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (zircone) sur molaires»

Tarif de l'acte : 107,50 euros puis 120 euros au 01/01/20

Plafond de l'acte : pas de plafond au 01/04/19 puis 440 euros au 01/01/20

### Couronne céramique-monolithique (hors zircone)

- **HBLD680** « Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (hors zircone) sur incisives, canines et 1° prémolaires »

Tarif de l'acte : 107,50 euros puis 120 euros au 01/01/20

Plafond de l'acte : 530 euros au 01/04/19 puis 500 euros au 01/01/20

- **HBLD158** « Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (hors zircone) sur 2° prémolaires et molaires»

Tarif de l'acte : 107,50 euros puis 120 euros au 01/01/20

Plafond de l'acte : pas de plafond au 01/04/19 puis 550 euros au 01/01/20

### Couronne céramocéramique

- **HBLD403** « Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramocéramique»

Tarif de l'acte : 107,50 euros puis 120 euros au 01/01/22

Plafond de l'acte : pas de plafond

### Inlay-core

- **Suppression au 01/04/19 de 2 actes HBLD007, HBLD261** pour « Pose d'une infrastructure coronoradiculaire sans clavette sur une dent (inlay-core) » ou « Pose d'une infrastructure coronoradiculaire avec clavette sur une dent (inlay-core) »

- **Création au 01/04/19 de 3 actes HBLD090, HBLD745, HBLD245** pour « Pose d'une infrastructure coronoradiculaire avec ou sans clavette sur une dent (inlay-core)»

- Ces trois actes concernent une couronne dentoportée unitaire ou un bridge dentoporté

- **HBLD090** « Pose d'une infrastructure coronoradiculaire avec ou sans clavette sur une dent (inlay-core) »

Facturation pour :

- Couronnes métalliques toutes localisations (HBLD038)
- Couronnes céramométalliques sur incisives, canines et 1° prémolaires (HBLD634)
- Couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350)
- Couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) sur incisives, canines, et 1° prémolaires (HBLD680)
- Piliers de bridge de base tout métallique (HBLD033)
- Piliers de bridge de base céramométallique pour remplacement d'une incisive (HBLD785)

Tarif de l'acte : 90 euros au 01/04/19

Plafond de l'acte : 230 euros au 01/04/19 puis 175 euros au 01/01/20

- **HBLD745** « Pose d'une infrastructure coronoradiculaire avec ou sans clavette sur une dent (inlay-core) »

Facturation pour :

- Couronnes céramométalliques 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, HBMD351)

Tarif de l'acte : 90 euros au 01/04/19

Plafond de l'acte : 230 euros au 01/04/19 puis 175 euros au 01/01/20

- **HBLD245** « Pose d'une infrastructure coronoradiculaire avec ou sans clavette sur une dent (inlay-core) »

Facturation pour :

- Couronnes céramométalliques sur molaires (HBLD734)
- Couronnes céramocéramiques (HBLD403)
- Piliers de bridge de base tout céramique (HBMD046)
- Adjonction de piliers d'ancrage à un bridge de base (HBMD081, HBMD087)

Tarif de l'acte : 90 euros au 01/04/19

Plafond de l'acte : pas de plafond

### Couronne dentaire transitoire

- **Suppression au 01/04/19 de l'acte HBLD037** « Pose d'une couronne dentaire transitoire » .



## LA CONVENTION NATIONALE

- **Création de 3 actes HBLD490, HBLD724, HBLD486**  
« Pose d'une couronne dentaire transitoire » en fonction de la localisation et du matériau utilisé pour la couronne définitive.

- **HBLD490** « Pose d'une couronne transitoire »

Facturation pour :

- Couronnes métalliques toutes localisation (HBLD038)
- Couronnes céramométalliques sur incisives, canines et 1° prémolaires (HBLD634)
- Couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350)
- Couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) sur incisives, canines, et 1° prémolaires (HBLD680)

Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané

Tarif de l'acte : 10 euros au 01/04/19.

Plafond de l'acte : 60 euros au 01/04/19.

- **HBLD724** « Pose d'une couronne transitoire »

Facturation pour :

- Couronnes céramométalliques sur 2° prémolaires (HBLD491)
- Couronnes céramiques-monolithiques (zircone) sur molaires (HBLD073)
- Couronne céramiques monolithiques (hors zircone) sur 2° prémolaires et molaires (HBLD158)

Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané

Tarif de l'acte : 10 euros au 01/04/19.

Plafond de l'acte : 60 euros au 01/04/19.

- **HBLD486** « Pose d'une couronne transitoire »

Facturation pour :

- Couronnes céramométalliques sur molaires (HBLD734)
- Couronne céramocéramique (HBLD403)

Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané

Tarif de l'acte : 10 euros au 01/04/19.

Plafond de l'acte : pas de plafond

### Prothèse plurale (Bridge)

- **HBLD033** « Pose d'une prothèse plurale (bridge) comportant 2 piliers d'ancrage métalliques, et 1 élément intermédiaire métallique »

Tarif de l'acte : 279,5 euros.

Plafond de l'acte : 870 euros au 01/04/19

- **HBLD040** « Pose d'une prothèse plurale (bridge) comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalent minéraux, et 1 élément intermédiaire métallique »

Tarif de l'acte : 279,5 euros.

Plafond de l'acte : pas de plafond au 01/04/19 puis 1170 euros au 01/01/21

- **HBLD043** « Pose d'une prothèse plurale (bridge) comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalent minéraux et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalent minéraux »

Tarif de l'acte : 279,5 euros.

Plafond de l'acte : pas de plafond au 01/04/19 puis 1635 euros au 01/01/21

- **Suppression au 01/04/19 de l'acte HBLD023** « Pose d'une prothèse plurale (bridge) comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalent minéraux et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalent minéraux »

- **Création au 01/04/19 de 3 actes HBLD785, HBLD351, HBMD046 :**

- bridge céramométallique pour le remplacement d'une incisive,
- bridge céramométallique pour le remplacement d'une dent autre qu'une incisive,
- bridge céramocéramique

- **HBLD785** « Pose d'une prothèse plurale (bridge) comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et un élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive »

Tarif de l'acte : 279,5 euros au 01/04/19.

Plafond de l'acte : 1465 euros au 01/04/19

- **HBLD351** « Pose d'une prothèse plurale (bridge) comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et un élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une dent autre qu'une incisive »

Tarif de l'acte : 279,5 euros au 01/04/19.

Plafond de l'acte : pas de plafond au 01/04/19 puis 1635 euros au 01/01/21

- **HBMD046** « Pose d'une prothèse plurale (bridge) comportant 2 piliers d'ancrage céramo-céramiques et un élément intermédiaire céramo-céramique »

Tarif de l'acte : 279,5 euros au 01/04/19.



## LA CONVENTION NATIONALE

Plafond de l'acte : pas de plafond

### Prothèse amovible

- Pas de création d'actes, pas de suppression d'actes
- Tarif des actes : inchangé.
- Plafond des actes : pas de plafond avant le 01/01/21

### Mesures tarifaires à venir (article 7.2 et 7.3) :

**A échéance du 01/04/19 et sous réserve de la modification de la liste des actes remboursables par une décision UNCAM :**

- Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage (**HBFD010**) à hauteur de 60 euros
- Extension de la prise en charge des actes de comblement (scellement) de sillons aux enfants jusqu'à la date du 16<sup>ème</sup> anniversaire
- Rémunération du geste opératoire destiné à soulager la douleur consécutive à une infection ou une inflammation pulpaire, en cas d'urgence
- 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 euros (**HBLD004**)

### Dispositif de prévention en faveur des enfants, adolescents et jeunes adultes

Le dispositif de prévention s'adresse aux enfants, adolescents et jeunes âgés de 3,6,9,12,15,18,21 et 24 ans. Ces dispositions n'entrent en vigueur pour les patients âgés de 3 ans qu'à compter du 01/04/19.

### Dispositif d'accompagnement à la prise en charge des patients en situation spécifique

#### Patients diabétiques

**A échéance du 01/04/19 et sous réserve de la modification de la liste des actes remboursables par une déci-**

**sion UNCAM :**

- 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. Valorisation de cet acte à 50 euros (**HBQD001**).
- Assainissement parodontal valorisé à hauteur de 80 euros par sextant.

#### Patients en situation de handicap

**A échéance du 01/04/19 et sous réserve de la modification de la liste des actes remboursables par une décision UNCAM :**

- Prise en charge de la technique de sédation consciente aux soins par utilisation de MEOPA en faveur de patients bénéficiant 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.
- 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 euros.

#### Patients sous anticoagulant

**A échéance du 01/04/19 et sous réserve de la modification de la liste des actes remboursables par une décision UNCAM :**

- 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 Anticoagulants oraux directs (AOD)
- Le montant de ce supplément s'élèverait à 20 euros par acte.





# CCAM et codage : généralités

Les actes techniques dentaires sont facturés depuis le 1<sup>er</sup> Juin 2014 en utilisant la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Les consultations et les actes d'orthopédie-dento-faciale continuent à être facturés en utilisant la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

La CCAM est composée de 3 livres :

- le livre premier (dispositions générales) définit en 15 articles les conditions de codage et de facturation des actes techniques ;
- le livre II énumère les actes techniques pris en charge ;
- le livre III (dispositions diverses) précise les conditions de codage et de facturation des actes techniques.

## Les principes du codage et de la facturation en CCAM

Chaque acte technique de la CCAM est identifié par un code (4 lettres et 3 chiffres) et un libellé.

### • Acte global

Chaque acte est considéré dans sa globalité. Le libellé de l'acte comprend l'ensemble des étapes nécessaires à sa réalisation. La facturation s'effectue lorsque l'acte est achevé. *Exemple : le tarif d'une avulsion dentaire inclut tous les gestes nécessaires à sa réalisation comme par exemple l'anesthésie locale.*

### • Les gestes complémentaires et les suppléments

Ce sont des actes qui ne peuvent être réalisés isolément, ils complètent un acte principal. Les codes des gestes complémentaires ou des suppléments sont mentionnés entre parenthèses sous les libellés des actes pour lesquels ils sont autorisés. Le geste complémentaire ou le supplément est codé et facturé en même temps que l'acte principal qui l'a induit.

## La prise en charge

Les actes décrits à la CCAM se répartissent en 5 familles :

- actes pris en charge et remboursables ;
- actes pris en charge mais non affectés d'un honoraire ;
- actes pris en charge uniquement dans le secteur public (*exemple : pose d'une épithèse orbitopalpébrale*) ou actes pris en charge qui restent cotés en NGAP

(*exemple : Analyse céphalométrique TO 5*) ;

- actes pris en charge et remboursables sous conditions (*ex. : prise en charge de la pose d'implants uniquement dans le cas d'agénésies ou de cancer*) ;
- actes non pris en charge.

Lorsqu'un acte n'est pas pris en charge mais qu'il est décrit et codé dans la CCAM, le praticien qui le réalise n'établit pas de feuille de soins conformément à l'article 25-1 de la convention 2018. Cependant, cet acte doit être inscrit dans le dossier du patient et faire l'objet d'un devis et d'une note d'honoraires.

## Focus sur les soins conservateurs et prothétiques

### • Radiographies (CCAM) :

Les radiographies intrabuccales diagnostiques (radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un ou plusieurs secteurs de 1 à 3 dents contigües) figurent au paragraphe 07.01.04.01 « radiographie de la bouche ».

Les radiographies intrabuccales en rapport avec un acte endodontique ou autre acte technique (par exemple : radiographies I rétroalvéolaires préinterventionnelle, per interventionnelle, finale sur un secteur de 1 à 3 dents contigües) figurent dans les gestes complémentaires du paragraphe 18.02.07.01 « radiographie peropératoire de la bouche ».

### • Actes thérapeutiques sur les dents (CCAM)

Les actes de type scellement de sillons ou détartrage figurent au paragraphe 07.02.02.04 « prophylaxie bucco-dentaire ».

Les obturations coronaires figurent au paragraphe 07.02.02.05 « restauration des tissus durs de la dent ».

Les traitements de la pulpe et des racines figurent au paragraphe 07.02.02.06 « exérèse de la pulpe et du contenu canalair de la dent ».



## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

Les extractions figurent aux paragraphes 07.02.02.10 à 12 : « avulsion de dents temporaires », « avulsion de dents permanentes », « autre avulsion de dents ou racine ».

### • Soins prothétiques-Prothèses dentaires (CCAM)

Les actes de prothèses dentaires figurent au paragraphe 07.02.03 « Soins prothétiques-Prothèses dentaires » avec des sous-paragraphes spécifiques pour la pose d'infrastructure coronaire, de couronne dentaire prothétique, de prothèse dentaire amovible, de prothèse dentaire fixée dentoportée ou implantoportée, changement d'élément ou réparation de prothèse dentaire.

Pour la couronne dentaire fixée dentoportée on retiendra que :

- la prise en charge intervient lorsque la dent ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation ;
- la ou les radiographies dont la nécessité médicale est validée scientifiquement, sont conservées dans le dossier du patient.

Le code pour une couronne métallique est HBLD038 et HBLD036 pour une couronne céramique ou en équivalents minéraux. *Attention au 01/04/2019 le code HBLD036 sera remplacé par d'autres codes. Cf. supra*

S'il s'agit d'une couronne implantoportée, la codification est HBLD418 et le montant de la prise en charge est identique à celui appliqué pour les couronnes dento-portées.

En CCAM le bridge est une entité prothétique décrite et tarifée avec des conditions d'attribution qui lui sont propres. Le bridge de base correspond à deux piliers et un élément intermédiaire. La prise en charge est limitée aux bridges dentoportés. La codification des bridges est fonction du type de réhabilitation envisagée (pilier/inter métallique, céramométallique ou en équivalents minéraux).

La prise en charge du bridge de base est possible :

- quand au moins une dent pilier ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation ;
- la ou les radiographies dont la nécessité médicale est validée scientifiquement, sont conservées dans le dossier du patient.

Il existe au paragraphe 07.02.03.04 « pose de prothèse dentaire fixée dentoportée ou implantoportée » 4 codes CCAM pour le bridge de base (2 piliers et un élément intermédiaire) : HBLD023, HBLD030, HBLD040, HBLD043. Pour les bridges de plus de 3 éléments il faut rechercher les

codes des éléments intermédiaires et des piliers d'ancrage au paragraphe 18 .02.07.05 « gestes complémentaires en prothèse plurale fixée ».

Concernant l'adjonction de pilier supplémentaire au bridge de base, il est pris en charge s'il ne peut être reconstitué de façon durable par une obturation.

Les bridges font partie des actes qualifiés de remboursables sous conditions et font l'objet d'une procédure de facturation spécifique (cf. CCAM et actes qualifiés de remboursables sous conditions (RC).

Les bridges implantoportés ne sont pas pris en charge.



Consultez la CCAM et la NGAP comprenant les dispositions générales et la liste des actes pris en charge par l'Assurance Maladie sur :

[www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

- > Professionnels de santé
- > Chirurgiens dentistes
- > Votre exercice libéral
- > Facturation et rémunération
- > Nomenclatures et codage





# CCAM et codage : exemples de notes d'utilisation et de facturation

Les informations présentées sur ce document ne sont pas exhaustives, pour plus d'informations vous pouvez vous référer au site [Ameli.fr](http://Ameli.fr) : Professionnels de santé / chirurgien-dentiste / exercer au quotidien / nomenclature et codage / codage des actes médicaux -CCAM / téléchargement de la version CCAM en vigueur et des dispositions générales et dispositions diverses.

### LIVRE PREMIER : DISPOSITIONS GÉNÉRALES ARTICLE I-13 CONVENTIONS D'ÉCRITURE DES LIBELLÉS

#### H) Notes d'utilisation

Afin de préciser le contenu technique des actes décrits ou leurs conditions d'utilisation, des informations supplémentaires peuvent accompagner les libellés. Ces notes d'utilisation sont situées soit, sous les libellés si elles sont d'ordre particulier soit, en tête de chapitre ou de subdivision si elles sont d'ordre général.

.....

Les notes relatives à la prise en charge précisent les conditions de remboursement de l'acte :

- conditions de réalisation de l'acte, indications médicales, environnement, formation, nécessité d'un recueil prospectif des données ;
- conditions de facturation

Par dents contigües on entend : dents ayant des faces de contact mésiales et distales qu'il y ait diastème ou non.

Par secteur de 1 à 3 dents contigües on entend : secteur de 1 ou 2 ou 3 dents comprenant la dent sur laquelle est centré le cliché radiographique et chacune de ses dents adjacentes.

Facturation : quel que soit le nombre de clichés réalisés sur un même secteur de 1 à 3 dents contigües, ne peuvent pas être facturées pour un traitement endodontique »

### Exemples d'actes du paragraphe « 07.01.04.01 Radiographie de la bouche » :

#### HBQK389 Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétro-coronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües

« Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique :

- d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare
- des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires »

#### HBQK002 Radiographie panoramique dentomaxillaire

« Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique :

- d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare
- des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires »

## RADIOGRAPHIES

### 07.01.04.01 Radiographie de la bouche

« Si l'examen radiographique est numérisé, pour donner lieu à remboursement, il doit pouvoir être matérialisé par au moins un support papier de format égal ou supérieur à 70 x 90 mm indiquant la date de cet examen, l'identification du patient et celle de la dent ou des dents concernées. Le support papier doit comporter une ou plusieurs images d'un format au moins égal à 2,5 fois celui d'un cliché argentique standard.



## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

### 11.01.03 Radiographie de la tête

#### Exemples d'actes du paragraphe « 11.01.03 Radiographie de la tête » :

##### **LAQK012 Téléradiographie du crâne et du massif facial selon 1 incidence**

« Téléradiographie du crâne et du massif facial selon 1 incidence, pour diagnostic orthodontique

Facturation : ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognathique »

##### **LAQK027 Radiographie volumique par faisceau conique [cone beam computerized tomography, CBCT] du maxillaire, de la mandibule et/ou d'arcade dentaire**

« Indication : évaluation diagnostique et/ou préopératoire :

- d'atypie anatomique en endodontie,
- de pathologie maxillo-mandibulaire et/ou dentoalvéolaire
- de pathologie osseuse de l'articulation temporo-mandibulaire

dans les situations où les informations indispensables n'ont pas été apportées par l'examen clinique et la radiographie

Environnement : respect d'un programme d'assurance qualité incluant des procédures de contrôle de l'équipement, de la réalisation et de la qualité des examens

Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale

Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique :

- d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare
- des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires »

### 18.02 Gestes complémentaires

#### 18.02.07.01 Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif

« Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique :

- d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare
- des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires »

##### **HBQK040 Radiographies intrabucales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique**

« Facturation : forfaitaire quel que soit le nombre de clichés réalisés et de séances »

##### **HBQK303 Radiographies intrabucales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale pour acte thérapeutique endodontique**

« Facturation : forfaitaire quel que soit le nombre de clichés réalisés et de séances »

##### **HBQK061 Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétro-coronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües, finale pour acte thérapeutique endodontique ou perinterventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique**

« Facturation : quel que soit le nombre de clichés réalisés  
Non associable à : HBQK040 et HBQK303 »

## PROPHYLAXIE

### 07.02.02.04 Prophylaxie buccodentaire

#### Exemples d'actes du paragraphe « 07.02.02.04 Prophylaxie buccodentaire »

##### **HBBD005 Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent**

« Indication : acte de prévention en cas de risque carieux

Facturation : la prise en charge est limitée aux 1<sup>res</sup> et 2<sup>èmes</sup> molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent et avant le quatorzième anniversaire »

##### **HBJD001 Détartrage et polissage des dents**

« Facturation : Deux actes au plus peuvent être facturés par période de 6 mois

Un détartrage complet doit être réalisé en 1 ou 2 actes maximum »



## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

### RESTAURATION DES TISSUS DURS

#### 07.02.02.05 Restauration des tissus durs de la dent

« Comprend : exérèse de lésion carieuse de dent

La restauration d'une dent inclut l'exérèse des tissus lésés, la préparation amérodentinaire et la protection dentinopulpaire.

Avec ou sans recouvrement cuspidien

Le décompte des faces ou des angles s'entend pour une lésion.

Par lésion on entend : perte de substance quelle que soit son étiologie »

#### Exemple d'actes du paragraphe 07.02.02.05 Restauration des tissus durs de la dent

**HBMD053 Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire**

« Facturation : la prise en charge est limitée à deux restaurations quel que soit le nombre de lésions sur la face »

#### 07.02.02.06 Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent

« L'exérèse de la pulpe vivante ou l'exérèse du contenu canalaire non vivant d'une dent inclut la mise en forme canalaire et l'obturation radiculaire.

Lorsque le contenu canalaire est un matériau d'obturation, l'acte n'inclut que la mise en forme canalaire et l'obturation radiculaire ».

#### Exemple d'actes du paragraphe 07.02.02.06 Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent

**HBFD033 Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente**

#### 07.02.02.07 Désobturation endodontique\*

« La désobturation endodontique n'inclut pas la mise en forme canalaire ni la réobturation radiculaire. »

\* acte non pris en charge

#### Exemple d'actes du paragraphe 07.02.02.07 Désobturation endodontique

**HBGD030 Désobturation endodontique d'une incisive ou d'une canine**

#### 07.02.02.08 Autres actes thérapeutiques sur la racine de la dent

« L'obturation radiculaire dentaire après apexification inclut la mise en forme canalaire. »

#### Exemple d'actes du paragraphe 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**

### AVULSIONS

#### 07.02.02.10 Avulsion de dents temporaires

#### 07.02.02.11 Avulsion de dents permanentes

#### 07.02.02.12 Autres avulsion de dents ou racines

« Comprend : avulsion de dent et/ou de racine dentaire Avec ou sans :

- curetage alvéolaire
- régularisation osseuse de l'arcade alvéolaire »

#### Exemple d'actes du paragraphe 07.02.02.11 Avulsion de dents permanentes

**HBGD043 Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie**



## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

### PROTHESES DENTAIRES

#### 07.02.03 Soins prothétiques - Prothèses dentaires

« La pose d'une prothèse dentaire inclut sa conception, sa réalisation, son adaptation et sa pose.

Facturation : la durée d'usage des prothèses dentaires n'est pas limitée ; la prise en charge du renouvellement des prothèses dentaires est subordonnée à l'usure des appareils ou des dents ou à des modifications morphologiques de la bouche »

#### 07.02.03.01 Pose d'infrastructure coronaire [faux moignon]

##### Exemple d'actes du paragraphe 07.02.03.01 Pose d'infrastructure coronaire

*Attention au 01/04/2019 le contenu de ce paragraphe va évoluer avec la création de nouveaux libellés d'actes*

**HBLD007 Pose d'une infrastructure coronoradiculaire sans clavette sur une dent [Inlay core]**

« À l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042)

Facturation : prise en charge limitée à l'infrastructure coronoradiculaire métallique coulée »

#### 07.02.03.02 Pose d'une couronne dentaire prothétique

« La couronne dentaire en équivalents minéraux inclut la couronne dentaire céramocéramique

Couronne dentaire fixée dentoportée quand la dent ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation. La ou les radiographies dont la nécessité médicale est validée scientifiquement sont conservées dans le dossier du patient

Facturation : les couronnes sur dents temporaires, les couronnes ou dents à tenon préfabriquées, les couronnes ou dents à tenon provisoires, les couronnes à recouvrement partiel ne sont pas prises en charge »

##### Exemple d'actes du paragraphe 07.02.03.02 Pose d'une couronne dentaire prothétique

*Attention au 01/04/2019 le contenu de ce paragraphe va évoluer avec la création de nouveaux libellés d'actes*

**HBLD036 Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique ou en équivalents minéraux**

#### 07.02.03.03 Pose de prothèse dentaire amovible

« A droit à un appareil de prothèse dentaire amovible, tout bénéficiaire qui présente au moins une dent absente et remplaçable, à l'exception des dents de sagesse.

Par prothèse amovible de transition ou prothèse amovible définitive on entend : prothèse dento ou implanto-stabilisée ».

##### Exemple d'actes du paragraphe 07.02.03.03 Pose d'une prothèse dentaire amovible

**HBLD035 Pose d'une prothèse amovible définitive complète bi-maxillaire à plaque base résine**

#### 07.02.03.04 Pose de prothèse dentaire fixée dentoportée ou implantoportée

« La prothèse dentaire en équivalents minéraux inclut la prothèse dentaire céramocéramique

Prothèse dentaire fixée dentoportée quand au moins une dent pilier ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation. La ou les radiographies dont la nécessité médicale est validée scientifiquement sont conservées dans le dossier du patient

Facturation : les prothèses plurales [bridges] implantoportées, les prothèses dentaires sur dents temporaires, les prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, les prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel ne sont pas pris en charge »

##### Exemple d'actes du paragraphe 07.02.03.04 Pose d'une prothèse dentaire fixée dentoportée ou implantoportée

*Attention au 01/04/2019 le contenu de ce paragraphe va évoluer avec la création de nouveaux libellés d'actes*

**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**



## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

### 07.02.03.05 Adjonction ou changement d'élément de prothèse dentaire

« À l'exclusion de : adjonction ou changement d'élément soudé (cf 07.02.03.06)

Par élément, on entend : dent ou crochet »

#### Exemple d'actes du paragraphe 07.02.03.05 Adjonction ou changement d'élément de prothèse dentaire

**HBMD114 Adjonction ou changement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible**

### 07.02.03.06 Adjonction ou changement d'élément soudé de prothèse dentaire

« Par élément soudé, on entend : dent contreplaquée, massive ou crochet soudé »

#### Exemple d'actes du paragraphe 07.02.03.06 Adjonction ou changement d'élément soudé de prothèse dentaire

**HBMD188 Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique**

## 18.02 Gestes complémentaires

### 18.02.07.06 Soins prothétiques - Gestes complémentaires en prothèse plurale fixée

#### Exemple d'actes du paragraphe 18.02.07.06 Soins prothétiques - Gestes complémentaires en prothèse plurale fixée

**HBMD081 Adjonction d'un pilier d'ancrage métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]**

« Facturation: Quand la dent pilier ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation. La ou les radiographies dont la nécessité médicale est validée scientifiquement sont conservées dans le dossier du patient »

## IMPLANTOLOGIE

### 11.02.05.02 Pose d'implant osseux sur le crâne et la face

« Conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie du traitement des agénésies dentaires multiples liées aux maladies rares, chez l'enfant :

- oligodontie mandibulaire (agénésie d'au moins 6 dents permanentes à l'arcade mandibulaire, non compris les dents de sagesse) avec pose de 2 implants (voire 4 maximum) uniquement dans la région antérieure mandibulaire, au-delà de 6 ans et jusqu'à la fin de la croissance, après échec ou intolérance de la prothèse conventionnelle.
- Un protocole de soins doit être établi dans les conditions prévues à l'article L324-1 du code de la Sécurité sociale.»

« Conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie chez l'adulte :

Traitement des agénésies dentaires multiples liées aux maladies rares, chez l'adulte, avec pose d'implants : Agénésie d'au moins 6 dents permanentes pour l'ensemble de la denture, non compris les dents de sagesse, dont l'une au moins des dents absentes fait partie des dents indiquées dans le tableau suivant :

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 17,16,14,13,11    | 21,23,24,26, 27   |
| 47,46,44,43,42,41 | 31,32,33,34,36,37 |

Le diagnostic de maladie rare doit être confirmé par un généticien ou un praticien d'un centre de référence ou de compétence des maladies rares.

Cette prise en charge s'applique lorsque la croissance est terminée.

Un protocole de soins doit être établi dans les conditions prévues à l'article L.324-1 du code de la sécurité sociale. »

« Conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires :

- quatre implants maximum au maxillaire
- deux implants maximum à la mandibule.

La prise en charge est limitée aux cas où la rétention et la stabilisation d'une prothèse adjointe ne peuvent être assurées que par la pose d'implants intra osseux intra buccaux. La prescription d'une telle réhabilitation prothétique nécessite une réunion de concertation pluridisciplinaire associant le chirurgien maxillo-facial, l'oncologue, le radiothérapeute et le stomatologue ou le chirurgien-dentiste. »



## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

### Exemples d'actes du paragraphe 11.02.05.02 Pose d'implant osseux sur le crâne et la face

#### **LBLD075 Pose d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'enfant**

« Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare »

#### **LBLD015 Pose d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'adulte**

« Facturation :

- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare
- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires »

### 11.02.05.03 Pose de moyen de liaison sur implant intraosseux intrabuccal

#### Exemple d'acte du paragraphe 11.02.05.03 Pose de moyen de liaison sur implant intraosseux intrabuccal

#### **LBLD019 Pose de moyen de liaison sur 1 implant préprothétique intraosseux intrabuccal**

« À l'exclusion de :

- pose de barre de jonction entre 2 implants intrabuccaux
- pose de barre de jonction entre 3 implants intrabuccaux ou plus
- pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf 07.02.03.01) »

« Facturation :

- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare
- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires »

### 11.02.05.04 Dégagement et activation d'implant intraosseux osseux du crâne et de la face

#### Exemples d'actes du paragraphe 11.02.05.04 Dégagement et activation d'implant intraosseux osseux du crâne et de la face

#### **LAPB451 Dégagement et activation d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'enfant**

« Mise en place d'un moignon transmuqueux ou transcutané »

« Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare »

#### **LAPB002 Dégagement et activation d'1 implant intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte**

« Mise en place d'un moignon transmuqueux ou transcutané »

« Facturation :

- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare
- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires »

### 11.05.02 Autres appareillages sur le crâne et la face

#### Exemples d'actes du paragraphe 11.05.02 Autres appareillages sur le crâne et la face

#### **HBLD057 Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire, pour 1 arcade**

« Facturation :

- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare
- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires »

#### **HBLD056 Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire, pour 1 arcade**

« Facturation :

- prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare
- prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires »



## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

# SYNDROME D'APNEE DU SOMMEIL

## 11.05.02 Autres appareillages sur le crâne et la face

### LBLD017 Pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire

« Pose d'une orthèse pour syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil [SAHOS]

Comprend : la prise d'empreinte, la pose et le réglage de l'orthèse

Indication : selon le rapport de la CNEDIMTS (Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et technologies de santé) – HAS – du 15 juillet 2014 :

- patient présentant un indice d'apnées-hypopnées compris entre 15 et 30 événements par heure, en l'absence de signe de gravité associé, et au moins trois des symptômes suivants : somnolence diurne, ronflements sévères et quotidiens, sensation d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil, fatigue diurne, nycturie, céphalées matinales
- en cas de refus ou d'intolérance au traitement du SAHOS par pression positive continue

Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale

« Facturation :

- prise en charge selon les indications du rapport de la CNEDIMTS
- non associable à un traitement par pression positive continue (PPC) »

## 19.02 Supplément

**YYYY465 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**

Ce supplément inclut :

- interrogatoire
- évaluation de la cinétique mandibulaire
- examen de l'état buccal
- séances multiples d'adaptation et de réglages complémentaires







# CCAM et actes qualifiés de remboursables sous conditions (RC).

## L'article I-4 « Prise en charge » du Livre Premier Dispositions générales stipule

« Pour les actes qualifiés de remboursables sous conditions, le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme porte le code remboursement exceptionnel « X » sur la feuille de soins. Ce code indique que l'acte a été réalisé dans les conditions précisées dans le Livre II. Si l'acte n'est pas réalisé dans les conditions exigées, il ne peut pas être présenté au remboursement. »

Trois types d'actes dentaires sont concernés par cette disposition :

### Les bridges

*Attention au 01/04/2019 le contenu de ce paragraphe va évoluer avec la création de nouveaux libellés d'actes*

- bridge de base (code HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023)
- geste complémentaire d'adjonction d'élément intermédiaire ou de pilier (code HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087)

### L'orthèse d'avancée mandibulaire

- pose de l'orthèse d'avancée mandibulaire (code LBLD017)
- supplément pour examen spécifique préalable et postérieur à la pose de l'orthèse (code YYYY465)

### Le traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare chez l'enfant et chez l'adulte ou des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires

- comblement préimplantaire du sinus maxillaire (code GBBA002)
- enregistrement des rapports maxillomandibulaire en vue de la programmation d'un articulateur (code LBQP001), simulation des objectifs thérapeutiques sur moulages des arcades dentaires et/ou sur logiciel (code LBMP001)
- pose d'une prothèse amovible supra-implantaire (code HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171)

- changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra-implantaire (HBKD005)
- révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire (code HBMD019)
- greffe épithélioconjonctive ou conjonctive sur la gencive (code HBED023, HBED024), ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire (code HBBA003, HBBA002, HBBA004), plastie mucogingivale par lambeau (code HBMA001)
- ostéotomie maxillaire totale basse préimplantaire ou préprothétique avec interposition, par abord intrabuccal (code LBPA027)
- ostéotomie segmentaire antérieure préimplantaire ou préprothétique de la mandibule avec interposition, par abord intrabuccal (code LBPA034)
- pose d'implant intraosseux intrabuccal chez l'enfant ou l'adulte (LBLD075, LBLD066, LBLD281, LBLD117, LBLD015, LBLD010, LBLD013, LBLD004, LBLD020, LBLD025, LBLD026, LBLD038, LBLD200, LBLD294)
- pose de moyen de liaison sur implant intraosseux intrabuccal (code LBLD019, LBLD073, LBLD086, LBLD193, LBLD447, LBLD270, LBLD143, LBLD235, LBLD311, LBLD214)
- pose de barre de jonction entre implants intrabuccaux (LBLD034, LBLD057)
- dégagement et activation d'implant intraosseux intrabuccal chez l'enfant ou l'adulte (LAPB451, LAPB311, LAPB459, LAPB408, LAPB002, LAPB004, LAPB003, LAPB001, LAPB005, LAPB006, LAPB007, LAPB047, LAPB030, LAPB122)
- ablation d'implant intraosseux intrabuccal avec résection osseuse chez l'enfant ou l'adulte (LBGA280, LBGA441, LBGA354, LBGA049, LBGA004, LBGA003, LBGA002, LBGA006, LBGA007, LBGA008, LBGA009, LBGA139, LBGA052, LBGA168)
- pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire (code HBLD057, HBLD078) ou guide chirurgical préimplantaire dentaire (HBLD056, HBLD084, HBMP001)

Vous retrouvez ces actes comportant la mention « RC » dans la colonne « remboursement sous conditions » dans la base CCAM (conférer site Ameli .fr / Professionnel de santé / chirurgien-dentiste / votre exercice libéral / facturation et rémunération // téléchargement de la version CCAM en vigueur).





## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

# CCAM et codage : règles d'association

## Livre Premier : Dispositions générales. Article I-11 Association

Dans le cadre de la tarification, l'association d'actes correspond à la réalisation de plusieurs actes, dans le même temps, pour le même patient, par le même médecin ou chirurgien-dentiste, dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité entre ces actes. Les codes et les taux d'application des associations sont mentionnés à l'article III-3 du Livre III.

## Livre III : Dispositions diverses. Article III-3 paragraphe B

Pour l'association d'actes techniques, le médecin ou le chirurgien-dentiste code les actes réalisés et indique, pour chacun d'entre eux, le code correspondant à la règle d'association devant être appliquée. Ces règles sont précisées ci-dessous et leurs modalités de codage sont décrites à l'annexe 2.

### 1) Règle générale :

L'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50% de sa valeur.

Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein.

Les suppléments peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein.

### 2) Dérogations :

**paragraphe g)** Dans les cas suivants, les actes associés sont tarifés à taux plein :

Les actes bucco-dentaires des sous paragraphes suivants sont associables à taux plein quel que soit leur nombre, (sauf les actes avec déclinaison numérique : cf. Article : I-12 alinéa 5 et Article 1-13 alinéa C).

Sont concernés :

#### • Tous les actes des sous paragraphes et paragraphes :

- 07.01.04.01 Radiographie de la bouche
- 07.01.08.01 Épreuves fonctionnelles au niveau de la cavité orale
- 07.02.02.01 Pose et ablation de moyen de contention au maxillaire ou à la mandibule
- 07.02.02.03 Réimplantation de dent et autogreffe de germe
- 07.02.02.04 Prophylaxie buccodentaire
- 07.02.02.05 Restauration des tissus durs de la dent
- 07.02.02.06 Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent
- 07.02.02.08 Autres actes thérapeutiques sur la racine de la dent
- 07.02.02.09 Dégagement de dent retenue ou incluse
- 07.02.02.10 Avulsion de dents temporaires
- 07.02.02.11 Avulsion de dents permanentes
- 07.02.02.12 Autres avulsions de dents ou racines
- 07.02.02.15 Correction de trouble occlusal
- 07.02.03 Soins prothétiques - Prothèses dentaires
- 07.02.05 Actes thérapeutiques sur le parodonte
- 07.02.06.10 Autres actes thérapeutiques pour fente orofaciale
- 11.02.05.02 Pose d'implant osseux sur le crâne et la face
- 11.02.05.03 Pose de moyen de liaison sur implant intraosseux intrabuccal
- 11.02.05.04 Dégagement et activation d'implant osseux du crâne et de la face

• Les actes suivants du sous paragraphe 11.02.05.05 (**Ablation de matériel osseux sur le crâne et la face**) : LBGA280, LBGA441, LBGA354, LBGA049, LBGA004, LBGA003, LBGA002, LBGA006, LBGA007, LBGA008, LBGA009, LBGA139, LBGA052, et LBGA168,

• Les actes suivants du paragraphe 11.05.02 (**Autres appareillages sur le crâne et la face**) : HBLD057, HBLD078, HBLD056, HBLD084, HBMP001, LBLD014

Modalités particulières :

#### • Les actes bucco-dentaires figurant aux sous paragraphes :

- 07.02.02.05 Restauration des tissus durs de la dent
- 07.02.02.06 Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent



## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

- 07.02.02.08 **Autres actes thérapeutiques sur la racine de la dent**
- 07.02.03.01 **Pose d'infrastructure coronaire [faux moignon]**
- 07.02.03.02 **Pose d'une couronne dentaire prothétique**
- 07.02.03.04 **Pose de prothèse dentaire fixée dentoportée ou implantoportée**
- 07.02.03.08 **Ablation de matériel dentaire scellé ou implanté**

sont associables à eux-mêmes à taux plein.

• **Les actes bucco-dentaires figurant aux sous paragraphes :**

- 07.02.02.01 **Pose et ablation de moyen de contention au maxillaire ou à la mandibule**
- 07.02.03.03 **Pose de prothèse dentaire amovible (sauf HBLD217, HBLD171, HBLD031, HBLD035, HBLD047, HBLD046, HBLD048)**
- 07.02.03.05 **Adjonction ou changement d'élément de prothèse dentaire**
- 07.02.03.06 **Adjonction ou changement d'élément soudé de prothèse dentaire**
- 07.02.03.07 **Réparation de prothèse dentaire**
- 19.02.11 **Soins prothétiques - Suppléments pour prothèse amovible**

sont associables à eux-mêmes à taux plein uniquement s'ils sont réalisés sur les deux arcades dentaires.

- Les gestes complémentaires du sous paragraphe 18.02.07.01 « Radiographie intra buccale rétroalvéolaire de la bouche » sont associables une seule fois à taux plein aux actes auxquels ils se rattachent.
- Il n'y a pas de limitation au nombre de gestes complémentaires HBMD082, HBMD072, HBMD081 et HBMD087 du sous paragraphe 18.02.07.06 (**Soins prothétiques - Gestes complémentaires en prothèse plurale fixée**) qui peuvent être codés à taux plein avec l'acte auquel ils se rapportent.
- Lorsque un ou plusieurs actes de radiographies du sous paragraphe 07.01.04.01 (**Radiographie de la bouche**) sont associés à un ou plusieurs actes de radiographie d'autres sous paragraphes, la règle de l'article III-3, B, 2 Dérogations, i relative aux actes radiographies conventionnelles s'applique.

• **Article III-3, B, 2 Dérogations**  
**Paragraphe i**

Les actes de radiologie conventionnelle peuvent être associés entre eux, quel que soit leur nombre, et à d'autres actes.

- Quand plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, les autres sont tarifés à 50 % de leur valeur.
- Quand un ou plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés à d'autres actes, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les actes de radiologie conventionnelle ainsi que l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les autres actes sont tarifés à taux plein ; les actes restants sont tarifés selon les règles qui leur sont applicables

## Livre III : Dispositions diverses

### Article III-3 Codes associations

Le code association 1 signifie que l'acte est tarifé à 100%  
Le code association 2 signifie que l'acte est tarifé à 50%  
Le code association 4 est utilisé pour des actes spécifiques cités au paragraphe 2 g) ci-dessus. Il signifie que tous les actes de l'association sont tarifés à 100%

**Modalités de codage de l'association d'actes en CCAM selon l'annexe 2 : Règles d'association (article III-3 B du Livre III)**

### 1) Règle générale :

L'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50 % de sa valeur.

Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein.

Les suppléments peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein.

Dans le cas d'une association de 2 actes seulement, dont l'un est soit :

- un geste complémentaire,
- un supplément,

il ne faut pas indiquer de code association

| Règle  | Code     | Taux à appliquer au tarif |
|--|----------|---------------------------|
| <b>Acte de tarif le plus élevé</b>             | <b>1</b> | <b>100%</b>               |
| <b>2<sup>ème</sup> acte</b>                    | <b>2</b> | <b>50%</b>                |
| <b>Supplément autorisé en plus des 2 actes</b> | <b>1</b> | <b>100%</b>               |



## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

### 2) Dérogations

**Paragraphe g )** Dans les cas suivants, plusieurs actes associés peuvent être tarifés à taux plein :

- Les actes bucco-dentaires, y compris les suppléments autorisés avec ces actes peuvent être associés à taux plein entre eux ou à eux-mêmes ou à un autre acte quel que soit le nombre d'actes bucco-dentaires.

**Association d'actes bucco-dentaires entre eux : le code est 4 pour chacun des actes bucco-dentaires**

| Règle               | Code | Taux à appliquer au tarif |
|---------------------|------|---------------------------|
| Acte bucco-dentaire | 4    | 100%                      |
| Acte bucco-dentaire | 4    | 100%                      |
| Supplément          | 4    | 100%                      |

**Association d'actes bucco-dentaires et d'un seul autre acte : le code est 4 pour chacun des actes**

| Règle               | Code | Taux à appliquer au tarif |
|---------------------|------|---------------------------|
| Acte bucco-dentaire | 4    | 100%                      |
| Autre acte (1 seul) | 4    | 100%                      |
| Supplément          | 4    | 100%                      |

**Association d'actes bucco-dentaires et de 2 actes relevant de la règle générale.**

Pour les 2 actes suivant la règle générale, les codes association sont 1 pour l'acte de tarif le plus élevé, 2 pour l'autre acte ; pour les actes bucco-dentaires ou les suppléments, le code association est 1. En effet, le code 4 ne peut pas être employé avec un autre code association

| Règle                                   | Code | Taux à appliquer au tarif |
|---|------|---------------------------|
| Acte bucco-dentaire                     | 1    | 100%                      |
| Autre acte (tarif le plus élevé)        | 1    | 100%                      |
| Autre acte (2ème)                       | 2    | 50%                       |
| Supplément autorisé en plus des 3 actes | 1    | 100%                      |





## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

# NGAP - Résiduelle

Les consultations et les actes d'orthopédie dento-faciale continuent à être facturés en utilisant la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)

### La consultation (articles 11 et 15 des dispositions générales de la NGAP)

Elle comporte :

- un interrogatoire du malade ;
- un examen clinique ;
- une prescription thérapeutique s'il y a lieu.

La consultation ne peut pas :

- se cumuler avec un autre acte exécuté au cours de la même séance ;
- remplacer la cotation d'un acte dont la valeur lui est inférieure ;
- faire rembourser un acte non remboursable ;
- faire rembourser l'une des séances opératoires d'un acte dont la cotation est « globale et forfaitaire ».

### Modalités de prise en charge des actes d'orthodontie

( NGAP deuxième partie, titre III «actes portant sur la tête», chapitre VI «maxillaires», article 5 «orthopédie dento-faciale»)

#### Les étapes du traitement

La prise en charge des traitements d'orthodontie est limitée à ceux commencés avant le 16<sup>ème</sup> anniversaire.

Tout traitement doit être commencé au plus tard six mois après la date de l'accord sous peine de caducité de celui-ci.

Le tableau ci-après reprend l'ensemble des étapes du traitement d'orthodontie avec les coefficients correspondants et le taux normal de prise en charge (lorsque le bénéficiaire des soins n'est pas exonéré du ticket modérateur à titre personnel).

| Libellés   | Coefficients       | Taux de prise en charge |
|--|--------------------|-------------------------|
| Examens avec prise d'empreinte, diagnostic et durée probable du traitement (examens spéciaux et notamment radiographies sont en sus) | TO/ORT 15          | 70 %                    |
| Analyse céphalométrique (en supplément de l'examen précédent)  | TO/ORT 5           | 70 %                    |
| Traitement actif des dysmorphoses par semestre (6 semestres maximum)   | TO/ORT 90 (sur AP) | 100 %                   |
| Séance de surveillance : en cas d'interruption provisoire du traitement (au maximum 2 séances par semestre)                          | TO/ORT 5 (sur AP)  | 70%                     |
| Contention après traitement orthodontique : 1 <sup>ère</sup> année   | TO/ORT 75 (sur AP) | 100%                    |
| Contention après traitement orthodontique : 2 <sup>ème</sup> année   | TO/ORT 50 (sur AP) | 70%                     |

TO : codification des actes d'orthodontie par chirurgien-dentiste

ORT : codification des actes d'orthodontie par médecin

AP : accord préalable



## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

| Libellés  | Coefficients                   |
|---|--------------------------------|
| <b>Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée</b>  | <b>TO/ORT 180<br/>(sur AP)</b> |
| <b>Orthopédie des malformations consécutives au bec-de-lièvre total ou à la division palatine :</b>   | <b>(sur AP)</b>                |
| - forfait annuel, par année   | TO/ORT 200                     |
| - en période d'attente  | TO/ORT 60                      |
| <b>Traitement d'orthopédie dento-faciale au-delà du 16<sup>ème</sup> anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires, pour une période de six mois non renouvelable.<br/>La demande d'accord préalable doit être accompagnée d'une lettre du praticien qui doit effectuer l'intervention chirurgicale, motivant l'exécution du traitement</b> | <b>TO/ORT 90<br/>(sur AP)</b>  |

**TO** : codification des actes d'orthodontie par chirurgien-dentiste

**ORT** : codification des actes d'orthodontie par médecin

**AP** : accord préalable

### Durée de traitement et facturation

La durée du traitement actif est divisée en semestres. L'ensemble du traitement est limité à 6 semestres.

Depuis la décision de l'UNCAM du 17/12/2013 publiée au JO du 08/02/2014, l'AP est nécessaire :

- pour tout nouveau traitement et est valable pour un an (auparavant, l'AP pouvait porter sur une fraction d'année) ;
- pour chaque renouvellement annuel des soins ;
- en cas de changement de praticien (nouveau)
- en cas de modification du plan de traitement (nouveau)

Ces conditions ne sont pas cumulatives. Le contrôle dentaire peut demander la communication des examens complémentaires qui ont fait l'objet d'un remboursement.

D'autre part, à l'occasion de la mise en place des nouvelles modalités de l'AP, les conditions de facturation de l'acte d'orthopédie dento-faciale ont été modifiées. Ainsi, chaque semestre TO/ORT 90 peut être fractionné en deux TO/ORT 45, pendant toute la durée du traitement. Auparavant, ce fractionnement n'était accepté que pour le seul premier semestre de traitement.

Pour la facturation des actes d'orthopédie dento-faciale pour un patient bénéficiant de la CMU C, il est désormais possible au professionnel de santé de facturer pour le TO 45 la moitié des honoraires maxima autorisés par l'arrêté du 30 mai 2016 par 30 décembre 2017 publié au JO du 31 décembre 2017 (soit 166,50 € pour un traitement sans multi-attaches et 232 € pour un traitement avec multi-attaches).

Les périodes de contention sont réglées par 12 mois :

- pour la 1<sup>ère</sup> année TO 75 à 100 %,
- pour la 2<sup>ème</sup> année TO 50 à 70 % lorsque les bénéficiaires des soins ne sont pas exonérés du ticket modérateur à un autre titre.





# L'orthophonie

Vous pouvez être amené à prescrire un bilan orthophonique dans le cadre d'un trouble de la déglutition.

Vous rédigez une prescription médicale, accompagnée si possible des motivations de la demande de bilan et de tout élément susceptible d'orienter la recherche de l'orthophoniste.

Deux types de prescription de bilan peuvent être établis :

- **Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire**

À l'issue de ce bilan, un compte-rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur. Si des séances de rééducation doivent être dispensées, ce compte-rendu comprend les objectifs de la rééducation, le nombre et la nature des séances que l'orthophoniste détermine, par dérogation à l'article 5 des dispositions générales. **Sauf contre-indication médicale, il établit une demande d'accord préalable.**

- **Bilan orthophonique d'investigation**

À l'issue de ce bilan, un compte-rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur, accompagné des propositions de l'orthophoniste. Le prescripteur peut alors prescrire une rééducation orthophonique en conformité avec la nomenclature.

**L'orthophoniste établit une demande d'accord préalable.**

À la fin du traitement, une note d'évaluation est adressée au prescripteur (arrêté du 28 juin 2002 paru au Journal officiel du 30 juin 2002).

## Actes techniques

Les actes techniques sont cotés en AMO (Acte pratiqué par l'orthophoniste) et sont soumis à accord préalable.

Pour certains actes de rééducation individuelle inscrits à la Nomenclature générale des actes professionnels (ex. *troubles d'articulation, de déglutition, de la phonation, du langage de l'enfant, du bégaiement...*):

- la séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes sauf mention particulière ;
- la première série de 30 séances est renouvelable par séries de 20 séances au maximum.

### ARTICLE 5 : ACTES DONNANT LIEU À PRISE EN CHARGE OU REMBOURSEMENT

Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession :

- 1/ les actes effectués personnellement par un médecin ;
- 2/ les actes effectués personnellement par un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, sous réserve qu'ils soient de leur compétence ;
- 3/ les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de sa compétence.

Sauf cas expressément prévu par la présente nomenclature, un acte ne peut être noté par le praticien ou auxiliaire médical et donner lieu à remboursement que si, pendant la durée de son exécution, ce praticien ou auxiliaire médical s'est consacré exclusivement au seul malade qui en a été l'objet.





# La CMU complémentaire <sup>(1/8)</sup>

La Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) facilite l'accès aux soins des personnes à faibles ressources, résidant en France de façon stable et régulière.

Si vous recevez un patient bénéficiaire de la CMUC, demandez-lui de justifier de ses droits. Vous devez ensuite pratiquer le tiers-payant avec dispense totale d'avance de frais. Vos honoraires seront intégralement remboursés par l'Assurance Maladie.

La Couverture maladie universelle complémentaire permet à toute personne résidant régulièrement en France et de façon ininterrompue depuis plus de trois mois de bénéficier d'une protection complémentaire gratuite et renouvelable.

Elle prend en charge :

- **le ticket modérateur** (c'est-à-dire la partie non remboursée par l'Assurance Maladie) sur les honoraires et les actes des professionnels de santé, les médicaments, les frais d'hospitalisation ;
- **la participation forfaitaire d'un euro ;**
- **le forfait journalier sans limitation de durée en cas d'hospitalisation ;**
- **les soins conservateurs** (traitement des caries, détartrages, examens de contrôle) ;
- **les prothèses dentaires et l'orthopédie dentofaciale (ODF)**, les lunettes (verres et montures), les prothèses auditives et d'autres produits ou appareils médicaux (pansements, cannes, fauteuils roulants...) au-delà des montants remboursables par l'Assurance Maladie et dans la limite des tarifs fixés par arrêtés.

## Les droits à la CMU complémentaire

Ils concernent toutes les personnes constituant le foyer (le demandeur et les personnes à sa charge). Ils sont accordés pour une année et, sauf cas particuliers, sont ouverts au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la décision de la caisse d'Assurance Maladie de l'assuré. Ils seront réexaminés tous les ans pour un éventuel renouvellement.

Si les droits à la CMU complémentaire ne sont pas renouvelés, votre patient peut toutefois continuer de bénéficier pendant 12 mois du tiers-payant sur la partie prise en charge par l'Assurance Maladie. Dans ce cas, vous devez lui réclamer le versement de la part complémentaire uniquement. Ces personnes peuvent éventuellement bénéficier de l'aide pour une complémentaire santé (ACS) si leurs ressources sont supérieures, dans la limite de 35%, au plafond fixé pour l'attribution de la CMUC.

## Les justificatifs de droits à la CMU complémentaire

Votre patient doit vous présenter sa carte Vitale à jour. La mention « *Date de fin de droits* » qui y figure est une preuve de l'ouverture de droits à la CMUC, valides jusqu'à la date indiquée.

Si votre patient n'a pas de carte Vitale ou si sa carte Vitale n'est pas à jour et que vous êtes équipé en SESAM Vitale, demandez-lui de vous présenter l'un des deux documents suivants :

- son attestation CMUC mentionnant la liste des bénéficiaires et les dates de début et fin de droits ;
- sa carte d'adhésion à un organisme complémentaire avec l'indication « *CMU* ».



## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

### CMU COMPLÉMENTAIRE 2/8

## CMU complémentaire et soins bucco-dentaires

Si votre patient justifie de ses droits à la CMUC, vous devez lui appliquer le tiers-payant avec dispense totale d'avance de frais.

Pour les **soins d'ODF** et avant de commencer le traitement, vous devez établir une **demande d'accord préalable accompagnée d'un devis avec la mention CMUC**. Vous adresserez la demande d'accord préalable au chirurgien-dentiste-conseil du Service médical de l'Assurance Maladie du département de votre patient.

L'absence de réponse de la caisse dans un délai de 15 jours vaut pour accord de la demande.

Pour les prothèses dentaires, avant de commencer le traitement, vous devez établir et remettre à votre patient un devis avec la mention CMUC.

## Les tarifs

Pour les soins conservateurs, vous devez respecter les tarifs conventionnels en vigueur.

Pour les soins d'ODF et les prothèses dentaires, vous êtes tenu de proposer à votre patient des prestations dont le prix ne dépasse pas les montants fixés par l'arrêté du 30 décembre 2017 paru au JO du 31 décembre 2017. Il s'agit du **panier de biens des soins dentaires**. Le prix maximum autorisé est calculé sur la base des tarifs de responsabilité, majoré d'un dépassement pris en charge par la CMUC.

La convention signée le 21 juin 2018 organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie envisage dans son article 8 relatif aux «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) » des évolutions en matière de tarifs et des modifications qui feront l'objet de nouvelles publications.

Les exemples présentés dans les pages suivantes sont basées sur les tarifs figurant à l'arrêté du 30 décembre 2017 paru au JO du 31 décembre 2017.



## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

CMU COMPLÉMENTAIRE 3/8

### Facturation des actes prothétiques du panier de soins CMUC « stricto sensu »

Par souci de simplification les explications et exemples présentés illustrent la rédaction d'une feuille de soins « papier » (FSDSTO 02-2014S3153c). En cas de rédaction d'une FSE l'affichage des informations à l'écran de votre logiciel peut apparaître sous une autre présentation.

Pour remplir la feuille de soins :

- indiquez le code de l'acte CCAM sur une ligne en indiquant le tarif conventionnel sans dépassement ;
- indiquez sur une autre ligne le code de transposition (FDC, FDA) avec le montant financier correspondant au dépassement autorisé (cf. arrêté du 30 décembre 2017 paru au JO du 31 décembre 2017»))
- cochez les cases « l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire » et « l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire » ;
- faites signer l'assuré dans la case prévue.
- apposez votre signature dans la case prévue.

#### Exemple 1 : couronne dentoportée céramométallique jusqu'à la première prémolaire

Facturation d'une couronne dentoportée céramométallique sur la 11. La dent n'est pas reconstituée de façon durable par une obturation.

Un devis a été signé préalablement.

Les honoraires prothétiques sont de 410 euros dans le cadre du panier de soins CMUC.

Le montant facturé pour l'acte HBLD036 de 107,5 euros. Le code de transposition FDC pour cet acte correspond à un montant de 302,50 euros.

| Dates des actes            | Codes des actes | Activité | C CS<br>V VS | Autre acte<br>(TO)<br>Modificateurs<br>associations | Honoraires | Dépassement |
|----------------------------|-----------------|----------|--------------|---|------------|-------------|
| 15/09/2018                 | HBLD036         | 1        |              |   | 107,50 €   |             |
| Localisation<br>Anatomique | 11              |          |              |   |            |             |
| 15/09/2018                 |                 |          |              | FDC   | 302,50 €   |             |
| Localisation<br>Anatomique |                 |          |              |   |            |             |



## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

### CMU COMPLÉMENTAIRE 4/8

#### Exemple 2 : bridge dentoporté 3 éléments céramométalliques jusqu'à la première prémolaire

Facturation d'un bridge dentoporté 3 éléments céramométalliques de 11 à 13 (piliers sur 11 et 13 et élément intermédiaire sur 12). Les deux piliers ne sont pas reconstituables de façon durable par une obturation.

Un devis a été signé préalablement.

Les honoraires prothétiques sont de 1235,76 euros dans le cadre du panier de soins CMUC.

Le montant facturé pour l'acte HBLD023 est de 279,50 euros. Le code de transposition FDC pour cet acte correspond à un montant de 956,26 euros.

| Dates des actes            | Codes des actes |    |    | Activité | C CS<br>V VS | Autre acte<br>(TO)<br>Modificateurs<br>associations | Honoraires | Dépassement |
|----------------------------|-----------------|----|----|----------|--------------|---|------------|-------------|
| 15/09/2018                 | HBLD023         |    |    | 1        |              | X   | 279,50 €   |             |
| Localisation<br>Anatomique | 11              | 12 | 13 |          |              |   |            |             |
| 15/09/2018                 |                 |    |    |          |              | FDC   | 956,26 €   |             |
| Localisation<br>Anatomique |                 |    |    |          |              |   |            |             |



## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

CMU COMPLÉMENTAIRE 5/8

### Facturation des actes prothétiques hors panier de soins CMUC stricto sensu

Le bénéficiaire de la CMUC peut avoir un projet prothétique qui dépasse le « panier de soins CMUC » ce qui donnera lieu à une facturation spécifique.

Ces actes prothétiques ne sont pas inclus dans le panier de soins CMUC de par leur localisation, la nature des matériaux utilisés, le nombre d'éléments du bridge.

#### Cas particuliers liés à la localisation des actes prothétiques

#### Exemple 3 : couronne dentoportée céramométallique sur une seconde prémolaire ou une molaire

**Facturation d'une couronne dentoportée céramométallique** sur la 15. La dent n'est pas reconstituée de façon durable par une obturation.

Un devis a été signé préalablement.

La localisation de la couronne n'entre pas dans les conditions du panier de soins CMUC qui ne prévoit que des couronnes métalliques au-delà de la première prémolaire. Le remboursement d'une couronne céramométallique dont la localisation n'est pas prévue dans le panier de soins CMUC se fera sur la base du remboursement CMUC d'une couronne métallique soit 250 euros.

Si les honoraires prothétiques sont, par exemple de 450 euros, soit un dépassement de 200 euros par rapport au remboursement de 250 euros au titre de la CMUC (107,50 euros + 142,50 euros), la facturation se fera de la façon suivante :

le montant facturé pour l'acte HBLD036 est supérieur au tarif conventionnel, le praticien porte le montant de 307,50 euros (soit 107,5 euros + 200 euros pour le dépassement) dans la partie « honoraires » et indique « ED » dans la colonne « dépassement ». Le code de transposition FPC pour cet acte correspond à un montant de 142,50 euros.

| Dates des actes         | Codes des actes | Activité | C CS<br>V VS | Autre acte<br>(T0)<br>Modificateurs<br>associations | Honoraires | Dépassement |
|-------------------------|-----------------|----------|--------------|---|------------|-------------|
| 15/09/2018              | HBLD036         | 1        |              |   | 307,50 €   | ED          |
| Localisation Anatomique | 15              |          |              |   |            |             |
| 15/09/2018              |                 |          |              | FPC   | 142,50 €   |             |
| Localisation Anatomique |                 |          |              |   |            |             |



## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

### CMU COMPLÉMENTAIRE 6/8

#### Exemple 4 : bridge dentoporté 3 éléments céramométalliques au-delà de la première prémolaire

Facturation d'un bridge dentoporté de 3 éléments céramométalliques de 15 à 17 (piliers sur 15 et 17 et élément intermédiaire sur 16). Les deux piliers ne sont pas reconstituables de façon durable par une obturation. Un devis a été signé préalablement.

La localisation des éléments prothétiques du bridge n'entre pas dans les conditions du panier de soins CMUC qui ne prévoit que des éléments métalliques au-delà de la première prémolaire.

L'honoraire prothétique de cet acte a été fixé par le praticien à XXXX euros après accord du patient.

Le bridge de base de 3 éléments sur 15,16 et 17 étant en dehors du panier de soins CMUC, le remboursement se fait sur la base de l'acte HBLD023 soit 279, 50 euros.

Le reste à charge pour le patient est de (XXXX euros - 279,50 euros).

Le montant facturé pour l'acte HBLD023 est libre, le praticien porte le montant dans la colonne honoraires et indique « ED » dans la colonne « dépassement ».

| Dates des actes            | Codes des actes |    |    | Activité | C CS<br>V VS | Autre acte<br>(T0)<br>Modificateurs<br>associations | Honoraires | Dépassement |
|----------------------------|-----------------|----|----|----------|--------------|---|------------|-------------|
| 15/09/2018                 | HBLD023         |    |    | 1        |              | X   | XXXXXX     | ED          |
| Localisation<br>Anatomique | 15              | 16 | 17 |          |              |   |            |             |





## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

### CMU COMPLÉMENTAIRE 7/8

#### Cas particuliers liés à la nature du matériau

##### Exemple 5 : bridge de 3 éléments céramocéramiques

Facturation d'un bridge dentoporté de 3 éléments céramocéramiques de 11 à 13 (piliers sur 11 et 13 et élément intermédiaire sur 12). Les deux piliers ne sont pas reconstituables de façon durable par une obturation.

Un devis a été signé préalablement.

La nature du matériau des éléments prothétiques n'entre pas dans les conditions de prise en charge du panier de soins CMU-C qui ne prévoit pas les éléments céramocéramique.

L'honoraire prothétique de cet acte a été fixé par le praticien à YYYY euros après accord du patient.

Le bridge de base de 3 éléments sur 11,12 et 13 étant en dehors du panier de soins CMU-C, le remboursement se fait sur la base de l'acte HBLD023 soit 279, 50 euros. Le reste à charge pour le patient est de (YYYY euros - 279,50 euros). Le montant facturé pour l'acte HBLD023 est libre, le praticien porte le montant dans la colonne honoraires et indique « ED » dans la colonne « dépassement ».

| Dates des actes            | Codes des actes |    |    | Activité | C CS<br>V VS | Autre acte<br>(TO)<br>Modificateurs<br>associations | Honoraires | Dépassement |
|----------------------------|-----------------|----|----|----------|--------------|---|------------|-------------|
| 15/09/2018                 | HBLD023         |    |    | 1        |              | X   | YYYY       | ED          |
| Localisation<br>Anatomique | 11              | 12 | 13 |          |              |   |            |             |



## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

### CMU COMPLÉMENTAIRE 8/8

#### Cas particuliers liés au nombre d'éléments du bridge

La facturation d'un bridge dentoporté de plus de 3 éléments comportera la facturation d'une part du bridge de base de 3 éléments dans les conditions du panier de soins CMUC et d'autre part des piliers et/ou intermédiaires supplémentaires en dehors du panier de soins CMUC.

#### Exemple 6 : bridge dentoporté céramométallique de 4 éléments

Facturation d'un bridge dentoporté de 4 éléments céramométalliques de 11 à 14 (piliers sur 11, 13 et 14 et élément intermédiaire sur 12). Les trois piliers ne sont pas reconstituables de façon durable par une obturation. Un devis a été signé préalablement.

Le bridge de base de 3 éléments sur 11,12 et 13 est facturé 1 235,76 euros conformément au panier de soins CMUC sur la base de HBLD023 à 279, 50 euros et FDC à 956,26 euros. Il n'y a pas de reste à charge pour le patient pour cet acte qui fait partie du panier de soins CMUC.

Le geste complémentaire HBMD087 « adjonction d'un pilier d'ancrage céramométallique » sur 14 est facturé en dehors du panier de soins CMUC. L'honoraire prothétique de cet acte a été fixé par le praticien à 450 euros après acceptation par le patient dans le cadre du devis. La prise en charge de cet acte est de 107,50 euros et le reste à charge pour le patient est de 450 -107,50 soit 342,50 euros pour l'acte prothétique sur 14.

Le montant facturé pour l'acte HBLD023 est facturé conformément au panier de soins CMUC et l'adjonction d'un élément non prévu au panier de soins CMUC est facturé librement par le praticien en précisant « ED » dans la colonne « dépassement ».

| Dates des actes         | Codes des actes | Activité | C CS<br>V VS | Autre acte<br>(TO)<br>Modificateurs<br>associations | Honoraires | Dépassement |
|-------------------------|-----------------|----------|--------------|---|------------|-------------|
| 15/09/2018              | HBLD023         | 1        |              | X   | 279,50 €   |             |
| Localisation Anatomique | 11 12 13        |          |              |   |            |             |
| 15/09/2018              |                 |          |              | FDC   | 956,26 €   |             |
| Localisation Anatomique |                 |          |              |   |            |             |
| 15/09/2018              | HBMD087         | 1        |              | X   | 450,00 €   | ED          |
| Localisation Anatomique | 14              |          |              |   |            |             |

Pour accéder aux codes CMU : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

- > Professionnels de santé
- > Chirurgien-dentiste
- > Votre exercice libéral
- > Prescriptions et prises en charge des patients
- > Prise en charge par situation et type de soins
- > CMU complémentaire





# L'aide médicale de l'État (AME)

L'aide médicale de l'État (AME) s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions. Il s'agit d'une couverture médicale pour les étrangers qui ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale. Cette protection santé s'adresse aux ressortissants en situation irrégulière et précaire.

Les bénéficiaires du droit à l'aide médicale sont définis à l'article L 251- 1 du code de l'action sociale et des familles.

Ce dispositif concerne les étrangers vivants en France de façon stable depuis plus de trois mois et qui ne remplissent pas toutes les conditions de régularité du séjour en France. Cette prise en charge est réalisée sous conditions de ressources.

## Prise en charge

Par application des tarifs servant de base au calcul des prestations d'Assurance Maladie, l'aide médicale de l'état permet la prise en charge :

- des dépenses de soins ;
- de consultations médicales à l'hôpital ou en médecine de ville ;
- de prescriptions médicales ;
- de forfaits hospitaliers.

Le bénéficiaire de l'AME est dispensé de faire l'avance de frais, à l'hôpital ou en médecine de ville.

Le patient doit présenter un document d'admission (attestation d'admission à l'AME).

Les soins et prothèses dentaires sont pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité. Pour les actes prothétiques, il peut donc exister un reste à charge au patient.

## Différence avec la CMU-C

Il est important de faire la distinction entre la CMU-C et l'AME. Pour l'AME, contrairement à la CMUC, il n'existe pas de panier de soins ; il n'existe pas de prise en charge au-delà des tarifs de responsabilité de l'Assurance Maladie, notamment pour les prothèses dentaires et l'ODF. Les dépassements d'honoraires en prothèse et en orthodontie sont autorisés et restent à charge de l'assuré.

Par ailleurs, il n'y a pas de prise en charge des actes non remboursables.

Il est à noter que tous les professionnels de santé ont l'obligation d'accueillir les bénéficiaires de l'AME





# Aide à la complémentaire santé (ACS)

L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) concerne toutes les personnes dont les ressources sont faibles mais légèrement supérieures au plafond fixé pour l'attribution de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire. Cette aide ouvre droit à une réduction sur le montant de la cotisation à un contrat de couverture complémentaire santé auprès d'un organisme sélectionné\* par le Ministère de la Santé (\*liste disponible sur [info-acs.fr](http://info-acs.fr) ou sur [ameli.fr](http://ameli.fr)). L'ACS est accordée pour un an et son renouvellement n'est pas automatique.

## Les avantages de l'ACS pour le patient comportent :

- une attestation-chèque à remettre à un organisme complémentaire proposant l'un des contrats sélectionnés au titre de l'ACS, pour réduire le montant de la cotisation annuelle.
- pour les traitements de prothèses dentaires et d'orthopédie dento-faciale faisant l'objet d'une entente directe (sur devis) la dispense totale d'avance des frais pour les dépenses de santé (part obligatoire prise en charge par l'Assurance Maladie et part complémentaire dans la limite des garanties prévues par le contrat) si l'assuré a choisi un des contrats de complémentaire santé sélectionnés au titre de l'ACS.

Pour les actes et prestations pouvant faire l'objet d'une entente directe, le montant non pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire et par la complémentaire santé doit être versé directement au praticien par le patient.

## Application du tiers payant intégral si le patient a souscrit un contrat complémentaire santé sélectionné\* par le Ministère de la Santé.

- Le patient a le choix entre 3 types de contrat en fonction de ses besoins. Le niveau de garantie de chaque contrat est défini par un décret et varie de 125% à 300% du tarif de responsabilité pour les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale.
- Le patient vous présente : sa carte Vitale à jour OU sa carte Vitale non à jour + l'attestation de « tiers-payant intégral – TPI » adressée par sa caisse d'affiliation. Celle-ci permet de sélectionner les informations de son contrat ACS dans votre logiciel.

- Vous pouvez appliquer le tiers payant intégral (part obligatoire et part complémentaire)

## Comment facturer la part complémentaire ?

Dans votre logiciel de facturation à jour, vous pouvez paramétrer les modalités de facturation liée à votre situation

**Vous souhaitez disposer d'un interlocuteur unique : paramètre à cocher « paiement coordonné par l'AMO ».**

Les montants sont calculés sur la base suivante :

pour tous les actes remboursables :

100% de la base de remboursement

pour l'orthopédie dento-faciale et les prothèses dentaires :

contrat A = 125% de la base de remboursement

contrat B = 225% de la base de remboursement

contrat C = 300% de la base de remboursement

**Vous souhaitez conserver une relation directe avec les organismes complémentaires : paramètre à cocher « procédure standard SE-SAM-Vitale ».**

La part obligatoire est réglée par la caisse d'affiliation de votre patient.

L'organisme complémentaire du patient vous réglera le montant de la part complémentaire (directement ou via un organisme concentrateur)

Conformément aux dispositions de l'arrêté du 19/4/2017 paru au JO du 25/4/2017, à compter du 1/10/2017 les montants maximaux de dépassement sur les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale applicables aux bénéficiaires de la CMUC s'appliquent aux bénéficiaires de l'ACS.





# Les affections de longue durée

## Le point sur les ALD

Il existe trois catégories principales d'affections de longue durée pouvant donner lieu à une exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire à une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie pour les soins en lien avec cette pathologie :

- les ALD 30 ;
- les affections « hors liste » ;
- les polyopathologies ;

## La liste des ALD 30

Il s'agit des affections nécessitant un traitement prolongé et **une thérapeutique particulièrement coûteuse** :

- accident vasculaire cérébral invalidant ;
- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- bilharziose compliquée ;
- insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- maladie coronaire ;
- insuffisance respiratoire chronique grave ;
- maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- maladie de Parkinson ;
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- mucoviscidose ;
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- paraplégie ;
- vascularités, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive ;

- affections psychiatriques de longue durée ;
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- sclérose en plaques ;
- scoliose idiopathique structurale évolutive ;
- spondylarthrite grave ;
- suites de transplantation d'organe ;
- tuberculose active, lèpre ;
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

Article D. 322-1 du code de la Sécurité sociale, modifié par le décret numéro 2011-77 du 19 janvier 2011, publié au Journal officiel du 21 janvier 2011.

### • Les affections « hors liste »

Il s'agit d'**affections graves caractérisées, non inscrites sur la liste des ALD 30, nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse** (exemple : maladie de Paget, ulcères chroniques ou récidivants avec retentissement fonctionnel sévère, dégénérescence maculaire).

### • Les polyopathologies

Il s'agit des **états pathologiques invalidants entraînés par plusieurs affections qui nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse** (exemple : une personne de 90 ans atteinte de polyarthrose avec troubles de la marche, incontinence urinaire, tremblements essentiels).



Les ALD concernent aujourd'hui un peu plus de 8 millions de personnes et représentent près de 60% des dépenses de soins de ville. Certains facteurs explicatifs sont connus : vieillissement de la population, progrès et coût des techniques médicales, élargissement des situations médicales exonérantes. Les enjeux, tant en terme de santé publique qu'en termes économiques, sont considérables.



## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

### Le protocole de soins (imprimé S3501)

Le protocole de soins, mis en place pour les patients atteints d'une affection de longue durée, ouvre droit à une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie des dépenses liées au traitement et au suivi de l'affection.

Il précise les actes et prestations nécessaires au traitement et au suivi de l'ALD et définit les conditions de prise en charge. Il se compose de trois volets : un pour le médecin traitant, un deuxième pour le médecin-conseil, un troisième pour le patient, désormais mieux informé et plus impliqué dans la prise en charge de sa maladie.

Pour bénéficier d'une prise en charge du ticket modérateur pour les soins dentaires en rapport avec son affection ou sa maladie, le patient doit vous présenter le protocole de soins établi par son médecin traitant.

Après réalisation des actes bucco-dentaires en rapport avec la maladie exonérante, inscrire « O » (pour oui) dans la case « Actes en rapport avec ALD ».

Conformément à l'article 28-1 « Tiers payant pour les patients pris en charge au titre de la maternité ou d'une affection de longue durée (ALD) » de la convention signée le 21 juin 2018 organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie la dispense d'avance des frais pour la part obligatoire est accordée par le chirurgien-dentiste aux patients atteints d'une affection de longue durée pour les soins en rapport avec l'affection concernée.





# Les agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare

## Chez l'enfant

Depuis le 28 juin 2007, le traitement implantoprothétique des agénésies dentaires multiples liés à une maladie rare, chez l'enfant de plus de 6 ans et jusqu'à la fin de la croissance, est pris en charge par l'Assurance Maladie.

### Rédiger le protocole de soins

La demande de prise en charge de ce traitement, dans le cadre d'une Affection de longue durée, doit être faite **par un médecin dans les conditions habituelles, c'est-à-dire au moyen du protocole de soins**.

La rédaction du protocole de soins pourra être assurée par le médecin que la famille aura choisi (médecin-traitant de l'un des deux parents, pédiatre...) puisque la désignation d'un médecin traitant n'est pas obligatoire pour les enfants de moins de 16 ans.

### Remplir le document d'aide au remplissage

Compte tenu de la complexité des informations permettant d'apprécier l'état bucco-dentaire de l'enfant pour ce type de traitements, le protocole de soins devra être accompagné d'un document d'aide au remplissage.

Si vous avez été choisi par la famille de l'enfant, c'est vous qui devrez remplir ce document d'aide au remplissage. Il devra comporter tous les éléments relatifs au diagnostic de la maladie ainsi qu'au projet thérapeutique envisagé. Si vous le souhaitez, vous pourrez communiquer ces éléments au médecin de l'enfant qui complètera directement le document d'aide au remplissage en fonction de vos indications.

### L'avis du Service médical

Le dossier complet de demande de prise en charge (protocole de soins, aide au remplissage, cliché panoramique et, si l'âge du patient le nécessite, la radio de la main et du poignet) devra être adressé au Service médical de l'Assurance Maladie du département de votre patient soit par le médecin rédacteur du protocole, soit par vous-même.

Les services administratifs de la caisse d'Assurance Maladie de votre patient lui notifieront la décision prise par le Service médical.

En cas d'avis favorable, le volet 3 du protocole de soins, mentionnant l'accord de prise en charge, sera remis à votre patient. Il pourra alors se rendre chez le praticien qu'il aura choisi pour la réalisation du traitement implantaire.

En cas de non acceptation du protocole de soins ou de refus de prise en charge des actes et traitements à réaliser dans le cadre des agénésies, les **voies de recours** dont il dispose seront indiquées sur la notification de décision.

#### APPRÉCIATION DE L'ÂGE OSSEUX

**Si le patient est un jeune homme âgé d'au moins 17 ans ou une jeune fille âgée d'au moins 14 ans, une radio panoramique ainsi qu'une radio de la main et du poignet** devront, dans tous les cas, être jointes au dossier de demande, pour permettre l'appréciation de l'âge osseux.



## LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

### Chez l'adulte

Depuis le 9 janvier 2012, les actes du traitement implanto-prothétique des agénésies dentaires multiples liés à une maladie rare chez l'adulte sont pris en charge par l'Assurance Maladie.

#### Rédiger le protocole de soins

La demande de prise en charge de ce traitement, dans le cadre d'une affection de longue durée, doit être faite par un médecin dans les conditions habituelles, c'est-à-dire au moyen du protocole de soins.

La rédaction du protocole de soins pourra être assurée par le médecin traitant du patient.

#### Remplir le document d'aide au remplissage

Compte tenu de la complexité des informations permettant d'apprécier l'état bucco-dentaire du patient pour ce type de traitements, le protocole de soins devra être accompagné d'un document d'aide au remplissage.

Si vous avez été choisi par le patient, c'est vous qui devrez remplir ce document d'aide au remplissage. Il devra comporter tous les éléments relatifs au diagnostic de la maladie ainsi qu'au projet thérapeutique envisagé.

Si vous le souhaitez, vous pourrez communiquer ces éléments au médecin du patient qui complétera directement le document d'aide au remplissage en fonction de vos indications. Une radio panoramique devra, dans tous les cas, être jointe au dossier de demande.

#### L'avis du Service médical

Le dossier complet de demande de prise en charge (protocole de soins, aide au remplissage, cliché panoramique) devra être adressé au Service médical de l'Assurance Maladie du département de votre patient soit par le médecin rédacteur du protocole, soit par vous-même.

Les services administratifs de la caisse d'Assurance Maladie de votre patient lui notifieront la décision prise par le Service médical.

En cas d'avis favorable, le volet 3 du protocole de soins, mentionnant l'accord de prise en charge, sera remis à votre patient. Il pourra alors se rendre chez le praticien qu'il aura choisi pour la réalisation du traitement implantaire.

En cas de non acceptation du protocole de soins ou de refus de prise en charge des actes et traitements à réaliser dans le cadre des agénésies, les **voies de recours** dont il dispose seront indiquées sur la notification de décision.



# L'accident du travail (imprimé S6909)

Selon le code de la Sécurité sociale, « est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ». L'accident du travail englobe aussi l'accident de trajet.

La victime doit déclarer l'accident de travail à son employeur dans les 24 heures.

La caisse d'Assurance Maladie de votre patient dispose d'un délai de trente jours pour instruire le dossier et se prononcer sur le caractère professionnel ou non de l'accident. Si le dossier est complexe, elle peut recourir à un délai supplémentaire de 2 mois, mais elle doit auparavant en informer votre patient. Sans réponse à l'issue de ce délai, votre patient peut considérer que son accident a été reconnu comme professionnel. En cas de refus, la caisse d'Assurance Maladie lui indiquera les voies de recours et le délai dont il dispose pour éventuellement contester cette décision. Vous serez alors informé et l'employeur recevra un double de cet avis.

## Les certificats médicaux (imprimé S6909)

Si votre patient vous consulte suite à un accident de travail ou de trajet, vous devez rédiger un **certificat médical initial** décrivant précisément l'état de la victime, le siège, la nature des lésions et leur localisation.

À l'issue de la période de soins et, éventuellement, de l'arrêt de travail, vous devez établir :

- **le certificat médical final de guérison**, lorsqu'il y a disparition apparente des lésions.
- **le certificat médical final de consolidation**, lorsque les lésions prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, et avec des séquelles entraînant une incapacité permanente.

Dans les deux cas, une rechute est toujours possible. Après réception du certificat médical final de guérison ou de consolidation, et après avis du médecin-conseil, la caisse d'Assurance Maladie de votre patient lui adressera, par lettre recommandée avec accusé de réception, une notification de la date de guérison ou de consolidation. Elle vous en informera également.

## L'incapacité permanente

Une fois le certificat de consolidation établi, votre patient sera convoqué par le Service médical de l'Assurance Maladie, pour y être examiné par un praticien-conseil. Ce dernier rédigera un rapport détaillé proposant un taux d'incapacité permanente. L'incapacité permanente étant entendue comme la perte définitive, partielle ou totale de la capacité à travailler. Ce taux tient compte de la nature de l'infirmité de votre patient, de son état général, de son âge et de ses aptitudes et qualifications professionnelles. La caisse d'Assurance Maladie de votre patient l'informerait de son taux d'incapacité permanente et du montant qui lui sera versé, sous forme d'indemnités ou de rente d'incapacité permanente.

## Remboursement des prothèses dentaires au titre d'un accident du travail

Suite à la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 et à l'arrêté du 3 février 2009, le montant du coefficient multiplicateur applicable au tarif des prothèses dentaires est fixé à 1,5.

Jusqu'à présent, l'ensemble des frais occasionnés par les produits et prestations liés à un accident du travail était intégralement pris en charge par l'assurance AT/MP, dans la limite des tarifs de responsabilité applicables en Assurance Maladie.

Le nouveau dispositif prévoit de majorer ces tarifs par l'application d'un coefficient multiplicateur. Cependant, la prise en charge ne pourra excéder le montant des frais réellement exposés par la victime.

### APPLICATION DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (LFSS) - ARTICLE 98

Remboursement à 150 % des prothèses dentaires en accident du travail.

- Code de facturation pour les chirurgiens-dentistes : ATD (complément AT dentaire).
- **Deux lignes de facturation :**
  - actes dentaires ;
  - compléments de prise en charge (50 % au plus).





# Les honoraires

Les tarifs d'honoraires sont fixés en application de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'Assurance Maladie (convention 2018 article 26 « mode de fixation des honoraires »).

Les tarifs d'honoraires sont fixés en application de la convention de 2018 et de la liste des actes et prestations établie dans les conditions prévues par l'article L. 162-1-7 du code de la Sécurité sociale.

Conformément à l'article I-4 « prise en charge » du Livre Premier seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les organismes d'Assurance Maladie les actes effectués personnellement par un chirurgien-dentiste.

Le patient règle directement les honoraires au chirurgien-dentiste (principe du règlement direct). Les actes dentaires remboursables seront remboursés par l'Assurance Maladie sur la base des tarifs conventionnels avec application ou non d'un ticket modérateur.

Dans certains cas, il existe une dispense d'avance de frais qui permet le versement direct au chirurgien-dentiste par l'organisme d'Assurance Maladie de la part des honoraires pris en charge (*exemple : accident de travail*).

## Actes remboursables à tarif opposable

Les tarifs d'honoraires applicables aux consultations, aux soins conservateurs et chirurgicaux, aux actes radiologiques et de prévention, sont déterminés d'après la convention et la liste des actes et prestations.

Des dépassements d'honoraires sont possibles dans les cas suivants :

- circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient (« DE ») ;
- actes réalisés par un chirurgien-dentiste disposant d'un droit permanent à dépassement (« DP »).

## Actes remboursables avec entente directe

L'article 26.2 « entente directe et honoraires limites de facturation » de la convention de 2018 stipule que :

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

## Actes non remboursables

Ce sont :

- des actes inscrits à la liste des actes remboursables mais dont les conditions limitatives de prise en charge ne sont pas remplies.

*Exemple : si une couronne dentaire est réalisée sur une dent reconstituée de façon durable par une obturation ou sur une dent non délabrée, les conditions prévues à la CCAM ne sont pas remplies pour permettre sa prise en charge.*

- des actes qui ne sont pas inscrits à la liste des actes remboursables.

*Exemple : rebasage d'une prothèse adjointe.*

Pour ces actes non remboursables par l'Assurance Maladie, le praticien n'établira pas de feuille de soins (articles L 162-4 et L 162-8 du code de sécurité sociale).

Il devra cependant établir un devis à son patient conformément à l'article R 4127-240 du code de Santé publique.





# La permanence des soins dentaires

La permanence des soins dentaires est assurée, dans le cadre de leurs obligations déontologiques (article R. 4127-245 du code de la santé publique) par :

- les chirurgiens-dentistes libéraux ;
- les chirurgiens-dentistes collaborateurs, libéraux et salariés ;
- les chirurgiens-dentistes salariés des centres de santé.

Elle est organisée dans chaque département les dimanches et les jours fériés dans des conditions fixées par un arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) qui précise le périmètre des secteurs géographiques et les horaires de cette permanence des soins.

La gestion des tours des gardes, sur la base d'un tableau de permanence établi pour chaque secteur, est confiée au conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. Ce tableau doit être transmis au moins dix jours avant la mise en œuvre de la PDS dentaire dans le département concerné aux différents acteurs concernés (ARS, CPAM, SAMU, chirurgiens-dentistes et centre de santé concernés). Toute modification du tableau de permanence survenue après cette transmission fait l'objet d'une nouvelle communication.

Ce tableau précisera le nom et le lieu de dispensation des actes de chaque chirurgien-dentiste.

## La rémunération de la permanence des soins dentaires

Pour leur participation, les chirurgiens-dentistes perçoivent une rémunération forfaitaire et à l'activité sur la base de l'article 3.3 «permanence des soins» de la convention nationale de 2018. Ce paiement est entièrement assuré par la Cnam, sans intervention particulière de l'ARS.

Ces rémunérations ne peuvent être perçues qu'aux conditions cumulatives suivantes :

- 1 - Etre inscrit sur le tableau de permanence des soins dentaires établi par le conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes,
- 2 - Intervenir dans les conditions et sur les périodes et secteurs définis dans l'arrêté du Directeur de l'ARS

Ces rémunérations de la permanence des soins dentaires

comprennent :

- un forfait d'astreinte de 75€ par demi-journée (PRC)
- une majoration spécifique forfaitaire de 30€ par patient (MCD).

La majoration spécifique (MCD) ne peut être facturée seule, mais en complément des actes dentaires ou des consultations. Elle ne se cumule pas avec les majorations de nuit, dimanche et jours fériés. Elle ne se cumule pas avec les actes relevant du dispositif EBD enfant et femme enceinte (BDC, BR2 et BR4).

Pour le versement du forfait d'astreinte (PRC) le praticien devra transmettre à la CPAM un formulaire spécifique : « attestation de participation à la permanence des soins bucco-dentaires- Versement des indemnités d'astreintes » précisant les périodes (date et plage horaire couvertes).







# Les médicaments

En tant que chirurgien-dentiste, vous pouvez prescrire des médicaments nécessaires à l'exercice de l'art dentaire. Votre prescription doit répondre à certaines règles pour être compréhensible par votre patient, bien exécutée par le pharmacien et remboursée par l'Assurance Maladie.

## Les mentions obligatoires

Pour être correctement traitée par l'Assurance Maladie, la prescription de médicaments doit contenir un certain nombre d'éléments obligatoires :

- **Mentions relatives au prescripteur** : nom, qualification, adresse, téléphone, numéro d'identification et signature sous la dernière ligne de prescription ;
- **Mentions relatives au bénéficiaire de l'ordonnance** : prénom, nom du patient, éventuellement âge, sexe, poids et taille ;
- **Mentions relatives au médicament prescrit** :
  - nom de la spécialité (princeps ou générique) ou dénomination commune d'un principe actif (DC) assortie ou non d'une marque ou du nom du fabricant ;
  - dosage et forme pharmaceutique ;
  - posologie et mode d'emploi ; s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée doit être précisée ;
  - durée du traitement (*ex. : traitement pour trois mois*) ou nombre d'unités de conditionnement dans le cas d'une prescription en nom de marque (*ex. : deux boîtes de 20 comprimés*) ;
  - nombre de renouvellements de la prescription si besoin ;
  - mention non remboursable (NR) dans le cas d'une prescription d'un médicament en dehors des indications thérapeutiques remboursables ;
- **L'ordonnance est datée et établie en double exemplaire.**  
L'originale appartient au patient, le duplicata à sa caisse d'Assurance Maladie.

L'ordonnance doit indiquer, pour chacun des médicaments prescrits :

- la posologie ;
- la durée du traitement ou le nombre d'unités de conditionnement.

## Durée de traitement et renouvellement

En règle générale, la prescription est renouvelable par période maximale d'un mois, ou de trois mois (si le conditionnement est supérieur à un mois) dans la **limite de 12 mois de traitement** (article R.5123-2 du code de la Santé publique). L'ordonnance comportant la prescription d'un médicament pour une durée de traitement supérieure à un mois indique, pour permettre la prise en charge :

- soit le nombre de renouvellements de la prescription par périodes maximales d'un mois ou de trois mois si le conditionnement est supérieur à un mois ;
- soit la durée totale de traitement, dans la limite de douze mois.

## Les médicaments prescrits en dehors des indications thérapeutiques remboursables

En application des articles L. 162-4 et L. 162-8 du code de la Sécurité sociale, lorsque vous prescrivez une spécialité pharmaceutique, un produit, un acte ou une prestation non remboursable, vous devez en informer votre patient et mentionner son caractère non remboursable à côté de la dénomination de la spécialité. *Exemple* : « NR », « Hors indications remboursables », « Non remboursable »...



## LA PRESCRIPTION

### Le droit de substitution

Le pharmacien peut délivrer, par substitution, une spécialité du même groupe générique que celle qui a été prescrite, à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité.

Vous pouvez vous opposer à la substitution, en inscrivant la mention « **Non substituable** » sur l'ordonnance, avant la dénomination de la spécialité concernée (articles R. 5125-23 et R. 5125-54 du code de la Santé publique).

En cas de substitution, le pharmacien doit mentionner sur l'ordonnance :

- le nom du produit délivré ;
- la forme pharmaceutique si elle diffère de celle qui a été prescrite ;
- le nombre d'unités de prise correspondant à la posologie du traitement si ce nombre diffère de la prescription.



# L'arrêt de travail (imprimé S3116)

## Le point sur l'arrêt de travail

Le versement des indemnités journalières à votre patient est subordonné aux obligations administratives suivantes :

- votre patient doit transmettre, dans un délai de 48h, l'avis d'arrêt de travail prescrit dûment complété (volets 1 et 2 adressés au Service médical de sa caisse d'Assurance Maladie dans l'enveloppe « M. le médecin-conseil », et le volet 3 adressé à l'employeur) ;
- votre patient doit se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par sa caisse d'Assurance Maladie ;
- votre patient doit s'abstenir de toute activité non autorisée.

Vous avez la possibilité d'utiliser l'avis d'arrêt de travail (AAT) en ligne en y accédant par amelipro et en utilisant votre ESPACE PRO. Vous pouvez bénéficier d'une assistance au remplissage et une transmission facilitée pour vous et votre patient.

### LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX HEURES DE SORTIES

Votre patient doit être présent à son domicile de 9h à 11h et de 14h à 16h, sauf en cas de soins ou d'exams médicaux.

Par dérogation, vous pouvez autoriser des sorties totalement libres. Indiquez alors, sur l'avis d'arrêt de travail, les éléments d'ordre médical justifiant cette autorisation.

Votre patient est tenu de respecter ces heures de présence à son domicile pendant toute la durée de son arrêt de travail y compris les samedi, dimanche et jours fériés.

Si votre patient ne respecte pas ces obligations, sa caisse d'Assurance Maladie peut suspendre, réduire ou supprimer les indemnités versées.





## AMELI.FR ET D'AUTRES SITES UTILES

### www.ameli.fr

Le site **www.ameli.fr** vous accompagne dans vos démarches d'installation : vous y trouverez des conseils et des informations utiles pour décider du lieu de votre installation et de votre mode d'exercice, pour connaître toutes les formalités à accomplir et préparer vos premiers pas dans la profession.

Le site **www.ameli.fr** regroupe également l'essentiel des informations et des services utiles à votre pratique professionnelle et à la gestion de votre activité. Un espace chirurgiens-dentistes a été spécialement conçu pour répondre à vos besoins. Il comprend 8 rubriques principales :

- **«Actualités»**  
Actualités locales et/ou nationales sur différents sujets : « en bref » « près de chez vous ».
- **« Textes de référence »**
  - Convention.
  - Charte du contrôle de l'activité.
- **«Votre exercice libéral »**
  - Vie du cabinet (installation en libéral, remplacement, DPC)
  - Facturation et rémunération (tarifs conventionnels, nomenclature et codage, pratique du tiers payant, télétransmission et retour Noémie)
  - Prescription et prise en charge des patients (règles de prescription et formalités, prise en charge par situation et type de soin, dossier médical partagé)
  - Services au patient (M'T Dents, Sophia)
- **« Accès à amelipro »**
- **« Contacts selon le type de demande »**
- **« Nomenclature et codage »**  
Accès à la NGAP, à la CCAM, à la Base des Médicaments.
- **« Formulaires »**  
Recherche de formulaires Cerfa.
- **« Annuaire Santé »**

### Quelques sites utiles

- **www.drsm-idf.fr**  
Le site de la direction régionale du Service médical de l'Assurance Maladie d'Ile-de-France.
- **www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr**  
Le site de l'ordre national des chirurgiens-dentistes.
- **www.academiedentaire.fr**  
Le site de l'académie nationale de chirurgie dentaire .
- **www.has-sante.fr**  
Le site de la Haute autorité de santé (HAS).
- **www.anism.sante.fr**  
Le site de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), et : **www.anism.sante.fr/activites/pharmacovigilance** le site de pharmacovigilance pour déclarer les effets indésirables d'un médicament.
- **www.societechirorale.com**  
Le site de la société francophone de médecine buccale et chirurgie buccale.
- **www.e-cancer.fr/formations-demographie/outilsde-formation**  
Le site de l'institut national du cancer, module de formation des chirurgiens-dentistes concernant les cancers de la cavité buccale.
- **www.lecrat.org**  
Le site du centre de référence sur les agents tératogènes.
- **www.medicaments.gouv.fr**  
Base de données publiques sur le médicament.

#### Accéder à l'espace Installation :



- > Votre exercice libéral
- > Vie du cabinet
- > Installation en libéral
- > Processus d'installation

