

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 23 août 2023 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie

NOR : SPRS2323014A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;

Le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes consulté,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvée la convention organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, annexée au présent arrêté, signée le 21 juillet 2023, par le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), le président de la Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL), le président de Chirurgiens-dentistes de France (CDF) et le président de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM).

Art. 2. – Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 23 août 2023.

*Le ministre de la santé
et de la prévention,*

Pour le ministre et par délégation :

*La directrice générale de l'offre de soins,
M. DAUDÉ*

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe de service,
adjointe au directeur
de la sécurité sociale,*

D. CHAMPETIER

ANNEXE**CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES
CHIRURGIENS-DENTISTES LIBERAUX ET L'ASSURANCE MALADIE**

Entre :

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, représentée par M. Thomas FATOME (Directeur général),

Et :

L'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie, représentée par M. Marc LECLERE (Président) ;

Et :

La Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux, représentée par M. Patrick SOLERA (Président) ;

Les Chirurgiens-dentistes de France, représentés par M. Pierre-Olivier DONNAT (Président).

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

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

Il a été convenu ce qui suit :

Sommaire

Article 2	2
Préambule	35
Titre Préliminaire : portée de la convention nationale	37
Article 1 – Objet de la convention.....	37
Article 2 – Parties signataires à la convention	37
Article 3 – Caractère unique et national de la convention.....	37
Article 4 – Durée de la convention	37
Article 5 – Résiliation de la convention	38
Article 6 – Champ d’application de la convention	38
Article 6.1 – Les conditions d’adhésion des chirurgiens-dentistes à la convention	38
Article 6.2 – Les patients bénéficiaires des dispositions conventionnelles.....	39
Article 7 – Engagements conventionnels du chirurgien-dentiste	39
Article 8 – Engagements conventionnels de l’Assurance maladie et organismes complémentaires	39
Article 9 – Adhésion du chirurgien-dentiste à la convention nationale.....	39
Article 9.1 – Les modalités d’adhésion.....	39
Article 9.2 – Les modalités de résiliation	39
Titre I – L’exercice conventionnel	40
Article 10 – Les conditions d’exercice conventionnel.....	40
Sous-titre I – Les démarches du chirurgien-dentiste auprès de sa caisse.....	40
Article 11 – Dans le cadre d’une installation en libéral	40
Article 12 – Dans le cadre d’une modification des conditions d’exercice.....	41
Article 13 – Dans le cadre d’une cessation d’activité	41
Article 14 – Modalités d’exercice	41
Article 14.1 - Exercice coordonné au niveau du territoire d'exercice.....	41
Article 14.2 – Situation des chirurgiens-dentistes exerçant au sein des sociétés d’exercice.....	41
Article 14.3 – Situation du remplaçant.....	42
Article 14.4 – De la qualité et du bon usage des soins	42
Article 14.5 – Respect du libre choix.....	43
Sous-titre II – Modalités de facturation et de prise en charge	43
Article 15 - Documents ouvrant droit au remboursement des prestations	43
Article 16 – Rédaction des ordonnances.....	44
Article 17 – Facturation des honoraires	44

Article 17.1 – Document de facturation	44
Article 17.2 – Dispositions particulières liées à la réalisation d’un acte dans un établissement de santé	45
Article 17.3 – Accord préalable pour les actes d’orthopédie dento-faciale	45
Article 18 – Mode de fixation des honoraires	45
Article 18.1 – Principe	45
Article 18.2 – Entente directe et honoraires limites de facturation	46
Article 18.3 – Dépassements	46
Article 18.4 – Devis	46
Article 19 - Droit permanent à dépassement (DP)	47
Article 20 – Mise en œuvre de la dispense d’avance des frais au profit des assurés sociaux	47
Article 20.1 – Tiers payant pour les bénéficiaires de la C2S	47
Article 20.2 – Tiers payant pour les patients pris en charge au titre de la maternité ou d’une affection de longue durée (ALD)	47
Titre II : Dispositions générales	48
Article 21 – Le tarif de la consultation	48
Article 22 – Les tarifs des actes techniques	48
Article 23 – Prise en charge de nouveaux actes	48
Titre III : Tendre vers l’objectif d’une génération sans carie par le renforcement de la prévention et des soins conservateurs	50
Sous-titre I : Dispositif en faveur des enfants, adolescents et jeunes adultes	50
Article 24 – Le principe d’une génération sans carie	50
Article 24.1 – Les bénéficiaires	50
Article 24.2 – Les mesures en faveur de la génération sans carie	50
Article 24.2.1 – L’examen bucco-dentaire (EBD)	50
Article 24.2.1.1 – Le contenu de l’examen de prévention	50
Article 24.2.1.2 – Les soins complémentaires à l’examen de prévention	51
Article 24.2.1.3 – Les tarifs d’honoraires du dispositif de prévention	51
Article 24.2.1.4 – Modalités pratiques	52
Article 24.2.2 – Les soins conservateurs	52
Article 24.3 – Le suivi médico-économique du principe d’une génération sans carie	52
Article 25 – Engagements du chirurgien-dentiste	53
Sous-Titre II : Dispositif de prévention pour les femmes enceintes	53
Article 26 - Les bénéficiaires	53
Article 27 - Le contenu de l’examen de prévention	53
Article 28 - Les tarifs d’honoraires	54

Article 29 – Mise en œuvre du dispositif	54
Titre IV – Garantir l'accès financier aux soins dentaires	55
Sous-titre I – Paniers prothétiques du 100% Santé	55
Article 30 – Contenu des paniers du 100% santé dentaire	55
Article 30.1 – Le panier « reste à charge zéro » (RAC 0)	55
Article 30.2 – Le panier « reste à charge maîtrisé » (RAC M)	55
Article 30.3 – Le panier à tarif libre	56
Article 31 – Clause de maintien des équilibres économiques du dispositif du 100 % santé	56
Article 31.1 – Suivi de l'évolution du recours aux actes du panier 100 % santé	56
Article 31.2 – Évolution des honoraires limites de facturation	56
Article 31.3 – Clause de revoyure des plafonds RAC 0 et RAC M	56
Article 32 – Alignement des montants maximums C2S	57
Titre V – Améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires pour tous.....	58
Sous-titre I – Dispositif pour améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires.....	58
Sous-chapitre 1 – Méthodologie du zonage	58
Article 33 – La méthodologie de zonage de la profession	58
Article 33.1 – Définition des zones	58
Sous-chapitre 2 : Incitation à l'installation et au maintien dans les zones « très sous-dotées »	59
Article 34 – Dispositifs d'incitation à l'installation et au maintien dans les zones « très sous-dotées » ... 59	
Article 34.1 – Contrat d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes (CAICD2023) dans les zones « très sous dotées »	59
Article 34.2 – Contrat d'aide au maintien d'activité des chirurgiens-dentistes (CAMCD2023) dans les zones « très sous-dotées »	61
Article 34.3 – Dispositif commun aux contrats incitatifs des chirurgiens-dentistes	62
Sous-chapitre 3 : dispositif de gestion partagée des installations.....	63
Article 35 – Dispositif de gestion partagée des installations et de régulation du conventionnement au sein des zones « non-prioritaires »	63
Article 35.1 – Formalités de demande de conventionnement en « zone non prioritaire »	64
Article 35.2 – Avis de la commission paritaire départementale	64
Article 35.3 – Décision du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie	65
Article 35.4 – Procédure en cas de différence entre le projet de décision du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie et l'avis rendu par la CPD	65
Article 35.5 – Dérogations au principe de régulation du conventionnement en « zones non prioritaires »	66
Sous-chapitre 4 : Suivi du nouveau dispositif de zonage	66

Article 36 - Suivi du rééquilibrage de l'offre de soins en chirurgiens-dentistes sur le territoire et accompagnement du dispositif	66
Article 36.1. Suivi du dispositif démographique	66
Article 36.2 Accompagnement du dispositif.....	67
Sous-titre II : Autres mesures hors dispositif pour améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires dans tous les territoires	67
Article 37 – Valorisation de la fonction de maître de stage	67
Sous-titre III : Permanence des soins dentaires (PDS) et soins non programmés	67
Article 38 - Majoration spécifique des actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins dentaires	67
Article 39 – Rémunération de l'astreinte.....	67
Article 40 – Les urgences dentaires orientées par la régulation médicale (15 ou SAS)	68
Sous-titre IV : Dispositif pour améliorer l'accès aux patients éloignés des soins bucco-dentaires	69
Sous-chapitre 1 – Dispositifs pour les publics fragiles et éloignés des soins bucco-dentaires.....	69
Article 41 – Périmètre des actions au bénéfice de ces publics fragiles.....	69
Article 42 – Instauration d'un bilan dentaire spécifique lors de l'entrée dans ces établissements et services médico-sociaux (ESMS) réalisé en présence du patient.....	69
Article 43 – Création d'une séance d'habituance pour les patients en situation de handicap sévère	70
Sous-chapitre 2 – Patients en affection longue durée (ALD).....	71
Article 44 – Prise en charge du bilan parodontal et de l'assainissement parodontal pour une population de patients en situation spécifique concernée.....	71
Titre VI – Programme de travail conventionnel.....	72
Article 45 – Programme de travail conventionnel.....	72
Titre VII : Modernisation des relations entre l'Assurance Maladie et les chirurgiens-dentistes.....	73
Article 46 - La transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire	73
Article 46.1 - Le système SESAM-Vitale	73
Article 46.2 - Principe de télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE)	73
Article 46.3 - L'utilisation de la carte de professionnel de santé.....	73
Article 46.4 - L'utilisation de la carte vitale.....	74
Article 46.5 - Les règles de télétransmission de la facturation	74
Article 46.5.1 - L'équipement informatique des caisses d'assurance maladie	74
Article 46.5.2 - Equipement informatique du chirurgien-dentiste.....	74
Article 46.5.3 - Liberté de choix du réseau.....	75
Article 46.6 - Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques	75
Article 46.6.1 - Etablissement des FSE	75

Article 46.6.2- Délai de transmission des FSE.....	75
Article 46.6.3 - Délai de paiement en cas de dispense d'avance des frais	75
Article 46.6.4 - Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais	76
Article 46.6.5 - Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique	76
Article 47 - Les autres procédures de facturation	76
Article 47.1 - La feuille de soins SESAM « dégradé »	76
Article 47.1.1 - Procédure exceptionnelle	76
Article 47.1.2 -Télétransmission des feuilles de soins SESAM « dégradé ».....	77
Article 47.2 - La facturation via la feuille de soins sur support papier	77
Article 47.3 - Le déploiement de la norme NOEMIE 580	78
Article 47.4 - La mise en place d'un centre de services inter-régimes (CESI)	78
Article 47.5 - Mise à disposition de téléservices par l'assurance maladie obligatoire	79
Article 48 - Valorisation de la modernisation du cabinet dentaire : forfait de modernisation et d'informatisation du cabinet dentaire	79
Article 48.1 Forfait de modernisation et d'informatisation du cabinet dentaire.....	79
Article 48.2 Déploiement des outils et usages numériques.....	80
Titre VIII - Dispositions sociales	81
Article 49 - Participation de l'Assurance Maladie au Régime des Prestations Complémentaires Vieillesse	81
Article 50 - Prestations Complémentaires de Vieillesse	81
Article 51 - Assurance maladie maternité décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés .	81
Article 52 – Attractivité de l'exercice libéral	81
Titre IX : Vie conventionnelle et dispositifs de sanction	82
Article 53 – Instances conventionnelles	82
Article 54.1 – Composition des instances paritaires conventionnelles (CPN, CPR, CPD).....	82
Article 54.1.1 – Composition.....	82
Article 54.1.2 Mise en place des instances paritaires.....	84
Article 54.2– Rôles et missions des instances paritaires.....	84
Article 54.2.1 Rôles et missions de la commission paritaire nationale.....	84
Article 54.2.2 – Rôles et missions de la Commission paritaire régionale.....	85
Article 54.2.3 – Rôles et missions de la Commission paritaire départementale.....	85
Article 55 - Comité technique paritaire permanent national (CTPPN)	86
Article 56 - Non-respect des dispositions conventionnelles.....	86
Article 56.1 – De l'examen des cas de manquement.....	86
Article 56.2 – Les mesures encourues	87

Article 56.3 – Procédure de sanction	87
Article 56.3.1 – Procédure préalable d’avertissement	87
Article 56.3.2 – Relevé de constatation	88
Article 56.3.3 – Examen par la commission paritaire départementale	89
Article 56.4 - Notification de la décision	90
Article 56.5 - Les condamnations par l’ordre ou les tribunaux	90
Article 56.6 - Procédure exceptionnelle de déconventionnement	90
Article 56.7 - Continuité des procédures initiées avant l’entrée en vigueur de la convention	91
ANNEXE II : TARIFS (EN EUROS) DES ACTES BUCCO-DENTAIRES FIGURANT A LA CCAM	70
ANNEXE III : DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L’OBJET D’UNE ENTENTE DIRECTE	120
Notice explicative pour le patient figurant au dos du devis.....	122
ANNEXE IV - METHODOLOGIE DE CLASSIFICATION DES ZONES RELATIVES AUX CHIRURGIENS-DENTISTES	123
Méthodologie de classification des zones relatives aux chirurgiens-dentistes	123
ANNEXE V : REPARTITION DES ACTES A ENTENTE DIRECTE ENTRE LES ACTES SANS RESTE A CHARGE, LES ACTES POUR LESQUELS L’ENTENTE DIRECTE SERAIT LIMITEE ET LES ACTES POUR LESQUELS L’ENTENTE DIRECTE RESTE LIBRE	126
<i>Liste des actes pour lesquels l’entente directe est limitée et sans reste à charge :</i>	<i>126</i>
<i>Liste des actes pour lesquels l’entente directe est limitée :</i>	<i>127</i>
Article 1. Champ du contrat d’aide à l’installation	133
Article 1.1. Objet du contrat d’aide à l’installation	133
Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d’aide à l’installation	133
Article 2. Engagements des parties dans le contrat d’aide à l’installation	134
Article 2.1. Engagements du chirurgien-dentiste signataire	134
Article 2.2. Engagements de l’assurance maladie et de l’Agence Régionale de santé	134
Article 3. Durée du contrat d’aide à l’installation	134
Article 4. Résiliation du contrat d’aide à l’installation	134
Article 4.1. Rupture d’adhésion à l’initiative du chirurgien-dentiste	134
Le chirurgien-dentiste.....	135
Article 1. Champ du contrat d’aide au maintien d’activité	137
Article 1.1. Objet du contrat d’aide au maintien d’activité	137
Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d’aide au maintien d’activité	137
Article 2. Engagements des parties dans le contrat d’aide au maintien d’activité	137
Article 2.1. Engagements du chirurgien-dentiste	137

Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé	137
Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.....	138
Article 3. Durée du contrat d'aide au maintien d'activité	138
Article 4. Résiliation du contrat d'aide au maintien d'activité	138
Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du chirurgien-dentiste	138
Le chirurgien-dentiste.....	139
« CONTRAT INCITATIF CHIRURGIEN-DENTISTE »	140
Acte d'adhésion au « Contrat incitatif chirurgien-dentiste »	143
<i>Cachet du chirurgien-dentiste</i>	143
Fait à	143
Accusé de réception de la caisse	143
Acte d'adhésion au « Contrat incitatif chirurgien-dentiste »	144
<i>Cachet du chirurgien-dentiste</i>	144
Fait à	144
Accusé de réception de la caisse	144
Article 1. Champ du contrat d'aide à l'installation	146
Article 1.1. Objet du contrat d'aide à l'installation	146
Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide à l'installation	146
Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide à l'installation	147
Article 2.1. Engagements du chirurgien-dentiste signataire	147
Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de santé	147
Article 3. Durée du contrat d'aide à l'installation	147
Article 4. Résiliation du contrat d'aide à l'installation	147
Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du chirurgien-dentiste	147
Le chirurgien-dentiste.....	148
Article 1. Champ du contrat d'aide au maintien d'activité	150
Article 1.1. Objet du contrat d'aide au maintien d'activité	150
Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide au maintien d'activité	150
Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide au maintien d'activité	150
Article 2.1. Engagements du chirurgien-dentiste	150
Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé	151
Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.....	151
Article 3. Durée du contrat d'aide au maintien d'activité	151
Article 4. Résiliation du contrat d'aide au maintien d'activité	151

Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du chirurgien-dentiste	151
Le chirurgien-dentiste.....	151
ANNEXE IX - « CONTRAT INCITATIF CHIRURGIEN-DENTISTE »	152
Acte d'adhésion au « Contrat incitatif chirurgien-dentiste »	155
<i>Cachet du chirurgien-dentiste</i>	155
Fait à	155
Accusé de réception de la caisse	155
Acte d'adhésion au « Contrat incitatif chirurgien-dentiste »	156
<i>Cachet du chirurgien-dentiste</i>	156
Fait à	156
Accusé de réception de la caisse	156
- ANNEXE XI - LISTE DES SOINS COMPLEMENTAIRES PRIS EN CHARGE AU TITRE DU DISPOSITIF D'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE ET DU BILAN DENTAIRE SPECIFIQUE LORS DE L'ENTREE EN ESMS	157
Article 1 - Organisation des commissions paritaires conventionnelles	163
Article 1.1 - Secrétariat de la commission	163
Le secrétariat assure les tâches administratives de l'instance.	163
Article 1.2 - Organisation des réunions des commissions	163
La commission se réunit autant que de besoin et au minimum deux fois par an pour la CPN, et au minimum une fois par an pour les CPR et CPD.	163
Article 1.3 - Commissions électroniques	163
Article 1.4 - Présidence des sections et des commissions	164
Article 2 – Délibérations	164
Article 2.1 - Vérification des règles de quorum et de parité	164
Article 2.2 - Règles de vote	164
Article 3 - Situation de carence de la commission	165
Article 4 - Groupe de travail	165
La commission met en place les groupes de travail paritaires qu'elle juge nécessaire.	165
Article 5 - Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission	166
Article 1 - Missions	167
Article 2 - Composition	167
Le secrétariat de cette commission est assuré par l'UNCAM.	167
Article 3 – Indemnisation des membres de la commission	167
Article 4 - Règlement intérieur	167
1. Principes fondateurs de l'ordonnance numérique	174
2. Réception	175

3. Conservation et accès aux données	175
4. Spécifications techniques	176
a. Les fonctionnalités du système disponibles pour le prescripteur	176
i. Créer une ordonnance numérique.....	176
b. Les fonctionnalités du système disponibles pour le prescrit	176
i. Consulter une ordonnance numérique	176
Le professionnel prescrit scanne le code 2D figurant sur l'ordonnance remise par le patient. Il peut aussi saisir le numéro d'identification de la prescription indiqué en clair sur l'ordonnance.....	176
A partir de l'identifiant de l'ordonnance numérique, il peut interroger la base et récupérer les données de l'ordonnance numérique transmises précédemment par le prescripteur, soit depuis son logiciel métier, soit via le téléservice mis à sa disposition	176
ii. Exécuter une ordonnance numérique	176
1. Caractéristiques permettant la lecture automatique des éléments d'identification du prescripteur	177

ANNEXE XIX : LISTE DES ACTES OUVERTS AU MODIFICATEUR 9 AU PROFIT DE LA GENERATION SANS CARIE	189
Codes CCAM	189
Libellés	189
HBFD006	189
Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire.....	189
HBFD001	189
Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente	189
HBFD003	189
Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire ...	189
HBFD024	189
Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente	189
HBFD297	189
Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire	189
HBFD008	189
Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente.....	189
HBFD021	189
Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire.....	189
HBFD033	189
Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente	189
HBFD035	189

Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire	189
HBFD015	189
Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire.....	189
HBFD017	189
Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire	189
HBFD019	189
Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire	189
HBFD474	189
Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire	189
HBFD326	189
Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire	189
HBBD001.....	189
Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification .	189
HBBD002.....	189
Obturation radiculaire d'une molaire après apexification	189
HBBD003.....	189
Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification	189
HBBD234.....	189
Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification	189
HBFD150	189
Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature	189
HBFD395	189
Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature	189
HBFD458	189
Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature	189
HBFD010	189
Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct.....	189
HBMD042	189
Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire.....	189
HBMD038	189
Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	189
HBMD044	189

Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	189
HBMD047	189
Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	189
HBMD049	189
Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	189
HBMD050	189
Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	189
HBMD053	189
Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	189
HBMD054	189
Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	189
HBMD058	189
Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	189
ANNEXE XX : LISTE DES ACTES OUVERTS AUX CHIRURGIENS-DENTISTES ET AUX MODIFICATEURS J et K	190
Codes CCAM	190
Libellés	190
ADCA004	190
Déroutement du nerf alvéolaire inférieur [dentaire inférieur], par abord intrabuccal	190
ADPA004	190
Décompression du nerf alvéolaire inférieur [dentaire inférieur], par abord intrabuccal	190
GBPA004	190
Sinusotomie maxillaire, par abord de la fosse canine [abord vestibulaire]	190
HAAA001	190
Approfondissement du vestibule oral [sillon gingivojugal] par section mucopériostée avec greffe cutanée ou muqueuse	190
HAAA002	190
Approfondissement du vestibule oral [sillon gingivojugal] par section mucopériostée	190
HAAA003	190

Approfondissement du plancher de la bouche par section musculaire.....	190
HADA001	190
Labioglossopexie	190
HADA002	190
Hyomandibulopexie	190
HAFA009	190
Exérèse de kyste du plancher de la bouche, par abord intrabuccal et par abord facial	190
HAFA014	190
Vermillonectomie avec reconstruction de lèvre par lambeau muqueux rétrolabial	190
HAFA019	190
Exérèse de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de plus de 4 cm de grand axe, par abord intrabuccal	190
HAFA021	190
Exérèse non transfixiante de lésion infiltrante de la joue, par abord intrabuccal	190
HAFA022	190
Exérèse transfixiante de lésion de la joue, par abord facial.....	190
HAFA031	190
Exérèse d'une lèvre débordant sur une ou plusieurs unités adjacentes	190
HAFA032	190
Exérèse de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de 2 cm à 4 cm de grand axe, par abord intrabuccal	190
HAFA034	190
Exérèse de kyste du plancher de la bouche, par abord intrabuccal	190
HAJA002.....	190
Évacuation de collection pelvilinguale, par abord intrabuccal.....	190
HAJD004	190
Évacuation de collection de la base de la langue	190
HAMA001	190
Glossoplastie de réduction	190
HAMA002	190
Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau bilatéral de lèvre ou de joue.....	190
HAMA003	190
Réparation de perte de substance du vermillon labial par lambeau muqueux hétérolabial [lambeau en rideau]	190
HAMA004	190

Réparation de perte de substance du vermillon labial par lambeau de langue	190
HAMA005	190
Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau libre.....	190
HAMA008	190
Réparation de perte de substance du vermillon labial par lambeau muqueux rétrolabial ou avancement du vermillon restant	190
HAMA010	190
Réparation de perte de substance de la lèvre inférieure par lambeau de glissement ou de rotation mentonnier.....	190
HAMA016	190
Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau hétérolabial.....	190
HAMA018	190
Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau hétérolabial et lambeau bilatéral de lèvre et/ou de joue.....	190
HAMA021	190
Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau hétérolabial et lambeau unilatéral de lèvre et/ou de joue.....	190
HAMA023	190
Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau nasogénien unilatéral et lambeau controlatéral de lèvre et/ou de joue.....	190
HAMA026	190
Pelviglossoplastie	190
HAMA027	190
Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau cutané local.....	190
HAMA029	190
Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau unilatéral de lèvre ou de joue.....	190
HAMA030	190
Commissuroplastie labiale	190
HAND003	191
Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de plus de 4 cm de grand axe, par voie buccale sans laser	191
HAND005	191
Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de plus de 4 cm de grand axe, par voie buccale avec laser	191
HAPA003.....	191
Libération musculaire et muqueuse d'une ankyloglossie	191

HAPA004.....	191
Marsupialisation d'un kyste du plancher de la bouche.....	191
HASA011.....	191
Fermeture d'une macrostomie congénitale de 3 cm ou plus, avec reconstruction de la commissure labiale.....	191
HASA013.....	191
Fermeture d'une communication buccosinusienne et/ou buconasale par lambeau palatin, par abord intrabuccal.....	191
HASA018.....	191
Fermeture d'une communication buccosinusienne par lambeau de glissement vestibulojugal, par abord intrabuccal.....	191
HASA024.....	191
Fermeture d'une macrostomie congénitale de moins de 3 cm, avec reconstruction de la commissure labiale.....	191
HASA025.....	191
Fermeture d'une communication buccosinusienne par lambeau de transposition du corps adipeux de la joue, par abord intrabuccal.....	191
HASD001.....	191
Fermeture secondaire bilatérale d'une fente alvéolaire par gingivopériostoplastie ou lambeau muqueux, avec autogreffe osseuse.....	191
HASD002.....	191
Fermeture secondaire unilatérale d'une fente alvéolaire par gingivopériostoplastie ou lambeau muqueux.....	191
HASD004.....	191
Fermeture secondaire bilatérale d'une fente alvéolaire par gingivopériostoplastie ou lambeau muqueux.....	191
HASD005.....	191
Fermeture secondaire unilatérale d'une fente alvéolaire par gingivopériostoplastie ou lambeau muqueux, avec autogreffe osseuse.....	191
HCCA001.....	191
Dérivation du conduit parotidien [de Sténon] pour suppléance lacrymale.....	191
HCCA002.....	191
Suture de plaie de conduit salivaire.....	191
HCCD001.....	191
Dérivation oropharyngée bilatérale du conduit parotidien [de Sténon], par voie buccale.....	191
HCEA001.....	191
Transposition unilatérale ou bilatérale des conduits submandibulaires [de Wharton].....	191
HCFA001.....	191

Exérèse de glande submandibulaire [Submandibulectomie] [Sousmaxillectomie] élargie à sa loge, par abord cervicofacial	191
HCFA003	191
Exérèse de glande sublinguale, par abord direct	191
HCFA007	191
Exérèse de petite glande salivaire [glande salivaire accessoire]	191
HCFA011	191
Exérèse de glande submandibulaire [Submandibulectomie] [Sousmaxillectomie], par abord cervicofacial .	191
HCGA002	191
Ablation de calcul canalaire d'une glande salivaire, par abord cervicofacial sans guidage endoscopique	191
HCGA003	191
Ablation de calcul du bassinnet de la glande submandibulaire, par abord intrabuccal sans guidage endoscopique	191
HCSA001	191
Fermeture de fistule salivaire parenchymateuse ou juxtaglandulaire.....	191
HDAA002	191
Véloplastie d'allongement avec lambeau palatin	191
HDMA010	191
Véloplastie secondaire intravélaire	191
LABA004	191
Apposition modelante de l'étage moyen de la face, par abord direct.....	191
LAFA012.....	191
Résection modelante de l'étage moyen de la face, par abord intrabuccal.....	191
LAGA002	191
Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse du massif facial sur 3 sites ou plus, par abord direct	191
LAGA003	191
Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse ou de distraction du massif facial sur un site, par abord direct	191
LAGA004	191
Ablation de matériel externe d'ostéosynthèse ou de distraction du crâne et/ou du massif facial	191
LAGA005	192
Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse ou de distraction du massif facial sur 2 sites, par abord direct	192
LAHA002	192
Biopsie d'un os de la face, par abord direct	192

LALA001	192
Pose de plusieurs implants intraosseux crâniens et/ou faciaux pour fixation d'épithèse	192
LALA002	192
Pose d'un implant intraosseux crânien ou facial pour fixation d'épithèse ou d'appareillage auditif ostéo-intégré	192
LBAA001	192
Allongement osseux progressif de l'os maxillaire ou de la mandibule par distracteur, par abord direct	192
LBBA003.....	192
Apposition modelante de la mandibule, par abord intrabuccal ou facial.....	192
LBBA004.....	192
Comblement de perte de substance mandibulaire interruptrice segmentaire latérale respectant la région articulaire, par abord intrabuccal ou facial	192
LBBA005.....	192
Apposition modelante du menton, par abord intrabuccal	192
LBBA006.....	192
Comblement de perte de substance mandibulaire interruptrice segmentaire antérieure limitée au corps, par abord intrabuccal ou facial.....	192
LBCA001.....	192
Ostéosynthèse de fracture extracondyloire bifocale de la mandibule, à foyer ouvert	192
LBCA002.....	192
Ostéosynthèse de fracture extracondyloire plurifocale de la mandibule, à foyer ouvert	192
LBCA003.....	192
Ostéosynthèse et/ou suspension faciale pour fracture occlusofaciale de type Le Fort I, par abord direct ...	192
LBCA004.....	192
Ostéosynthèse de fracture du condyle de la mandibule à foyer ouvert, sans dissection du nerf facial	192
LBCA005.....	192
Ostéosynthèse et/ou suspension faciale pour fracture occlusofaciale de type Le Fort III, par abord direct .	192
LBCA006.....	192
Ostéosynthèse de fracture extracondyloire unifocale de la mandibule, à foyer ouvert	192
LBCA007.....	192
Ostéosynthèse de fracture du condyle de la mandibule à foyer ouvert, avec dissection du nerf facial	192
LBCA008.....	192
Ostéosynthèse de fracture comminutive de la mandibule avec parage d'un délabrement des tissus mous de la face	192
LBCA009.....	192

Ostéosynthèse et/ou suspension faciale pour fracture occlusofaciale de type Le Fort II, par abord direct ..	192
LBCA010.....	192
Ostéosynthèse de disjonction intermaxillaire ou de fracture du palais, par abord intrabuccal	192
LBCB001.....	192
Ostéosynthèse de fracture extracondyloire plurifocale de la mandibule, à foyer fermé	192
LBCB002.....	192
Ostéosynthèse de fracture extracondyloire unifocale de la mandibule, à foyer fermé	192
LBDD001	192
Blocage maxillomandibulaire avec ablation de matériel d'ostéosynthèse, pour traitement de pseudarthrose mandibulaire	192
LBEA001.....	192
Réduction d'une luxation temporomandibulaire, par abord direct.....	192
LBED001.....	192
Réduction orthopédique de fracture occlusofaciale [fracture type Le Fort I, II ou III], avec contention par blocage maxillomandibulaire	192
LBED004.....	192
Réduction orthopédique de disjonction intermaxillaire ou de fracture du palais, avec contention par blocage maxillomandibulaire.....	192
LBEP009	192
Réduction orthopédique de disjonction intermaxillaire ou de fracture du palais, avec contention par appareillage personnalisé.....	192
LBFA003	192
Résection partielle de la tête du condyle de la mandibule, par abord facial.....	192
LBFA004	192
Résection de la mandibule pour pseudarthrose avec comblement par autogreffe osseuse, par abord direct	192
LBFA008.....	192
Résection non interruptrice extracondyloire de la mandibule, par abord direct	192
LBFA009	192
Résection interruptrice segmentaire antérieure du corps de la mandibule avec comblement, par abord direct	192
LBFA010.....	193
Résection modelante du menton, par abord intrabuccal	193
LBFA015.....	193
Exérèse de lésion du ramus de la mandibule, par abord intrabuccal	193

LBFA017	193
Résection interruptrice extracondyloïde segmentaire latérale de la mandibule avec comblement, par abord direct.....	193
LBFA018	193
Résection modelante de la mandibule, par abord intrabuccal	193
LBFA020	193
Résection interruptrice segmentaire antérieure du corps de la mandibule par abord direct, avec pose de dispositif intrafocal de contention, sans comblement.....	193
LBFA025	193
Coronoïdectomie mandibulaire, par abord intrabuccal.....	193
LBFA027	193
Résection interruptrice extracondyloïde segmentaire latérale de la mandibule par abord direct, avec pose de dispositif intrafocal de contention, sans comblement.....	193
LBFA029	193
Résection interruptrice segmentaire antérieure du corps de la mandibule par abord direct, sans pose de dispositif intrafocal de contention ni comblement.....	193
LBFA032	193
Éminectomie [Condyloplastie temporale] ou création de butée temporo-mandibulaire	193
LBFA036	193
Résection interruptrice extracondyloïde segmentaire latérale de la mandibule par abord direct, sans pose de dispositif intrafocal de contention ni comblement.....	193
LBGA005	193
Évidement de la mandibule, par abord intrabuccal	193
LBLD024	193
Pose d'une attelle portegreffon ou d'une endoprothèse, après résection mandibulaire interruptrice.....	193
LBPA001.....	193
Ostéotomie d'antépositionnement des épines mentonnières [apophyses geni] de la mandibule, par abord intrabuccal.....	193
LBPA002.....	193
Ostéotomie sagittale du corps de la mandibule, par abord intrabuccal.....	193
LBPA003.....	193
Décortication de la mandibule, par abord intrabuccal	193
LBPA004.....	193
Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire d'avancée type Le Fort I non segmentée, par abord intrabuccal	193
LBPA005.....	193

Ostéotomie interruptrice du corps de la mandibule, en avant du trou mentonnier, par abord intrabuccal .	193
LBPA006.....	193
Ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 3 fragments ou plus, par abord intrabuccal	193
LBPA007.....	193
Ostéotomie verticale rétrolingulaire [rétrospigienne] du ramus de la mandibule, par abord facial.....	193
LBPA008.....	193
Ostéotomie maxillaire segmentaire postérieure bilatérale, par abord intrabuccal	193
LBPA009.....	193
Ostéotomie maxillaire segmentaire postérieure unilatérale, par abord intrabuccal	193
LBPA011.....	193
Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 2 fragments et transposition du menton osseux, par abord intrabuccal	193
LBPA012.....	193
Ostéotomie maxillaire interalvéolaire [Corticotomie alvéolodentaire] unique ou multiple, par abord intrabuccal	193
LBPA013.....	193
Ostéotomie de transposition du menton osseux, par abord intrabuccal	193
LBPA014.....	193
Ostéotomie interruptrice du corps de la mandibule, en arrière du trou mentonnier, par abord intrabuccal	193
LBPA015.....	193
Ostéotomie maxillaire type Le Fort I non segmentée avec recul ou déplacement vertical, par abord intrabuccal	193
LBPA016.....	193
Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en arrière du trou mentonnier, par abord intrabuccal	193
LBPA017.....	193
Ostéotomie maxillaire d'élévation sans mobilisation du palais, par abord intrabuccal	193
LBPA018.....	193
Ostéotomie sousalvéolaire totale de la mandibule, par abord intrabuccal.....	193
LBPA019.....	193
Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers, par abord intrabuccal	193
LBPA020.....	194
Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 3 fragments ou plus, par abord intrabuccal	194

LBPA021.....	194
Ostéotomie sagittale unilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], par abord intrabuccal.....	194
LBPA022.....	194
Ostéotomie maxillaire type hémi-Le Fort I, par abord intrabuccal.....	194
LBPA023.....	194
Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 2 fragments, par abord intrabuccal.....	194
LBPA024.....	194
Ostéotomie d'un segment du maxillaire pour correction d'une malposition fragmentaire séquellaire d'une fente orofaciale, par abord intrabuccal.....	194
LBPA025.....	194
Ostéotomie de la mandibule pour cal vicieux, par abord direct.....	194
LBPA026.....	194
Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers, par abord intrabuccal.....	194
LBPA027.....	194
Ostéotomie maxillaire totale basse préimplantaire ou préprothétique avec interposition, par abord intrabuccal.....	194
LBPA028.....	194
Ostéotomie maxillaire de type Le Fort I pour séquelle d'une fente orofaciale, par abord intrabuccal.....	194
LBPA029.....	194
Ostéotomie maxillaire type Le Fort I non segmentée avec avancée, par abord intrabuccal.....	194
LBPA030.....	194
Ostéotomie verticale rétrolingulaire [rétrospigienne] du ramus de la mandibule, par abord intrabuccal....	194
LBPA031.....	194
Ostéotomie maxillaire segmentaire antérieure, par abord intrabuccal.....	194
LBPA032.....	194
Ostéotomie sagittale intermaxillaire sans pose d'un disjoncteur fixe, par abord intrabuccal.....	194
LBPA033.....	194
Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 3 fragments ou plus et transposition du menton osseux, par abord intrabuccal.....	194
LBPA034.....	194
Ostéotomie segmentaire antérieure préimplantaire ou préprothétique de la mandibule avec interposition, par abord intrabuccal.....	194

LBPA035.....	194
Ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 2 fragments, par abord intrabuccal	194
LBPA036.....	194
Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers, avec ostéotomie maxillaire segmentaire antérieure, par abord intrabuccal	194
LBPA037.....	194
Ostéotomie interruptrice de la symphyse mandibulaire, par abord intrabuccal.....	194
LBPA039.....	194
Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers, avec ostéotomie de transposition du menton osseux, par abord intrabuccal	194
LBPA040.....	194
Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire d'avancée type Le Fort I non segmentée et ostéotomie de transposition du menton osseux, par abord intrabuccal	194
LBPA041.....	194
Ostéotomie angulaire ou préangulaire de la mandibule, par abord facial	194
LBPA042.....	194
Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], par abord intrabuccal	194
LBPA043.....	194
Ostéotomie sagittale intermaxillaire avec pose d'un disjoncteur fixe, par abord intrabuccal	194
LCJA002.....	194
Évacuation de collection de la région des muscles masticateurs, par abord intrabuccal et par abord facial	194
LCJA004.....	194
Évacuation de collection de la région des muscles masticateurs, par abord intrabuccal.....	194
LCPA001.....	194
Libération d'une rétraction des tissus mous de la région masticatrice, par abord direct	194
LZGA001.....	194
Ablation de biomatériau de la face et/ou du cou, par abord direct	194
QAJH004	194
Évacuation de collection de la face, par voie transcutanée avec guidage radiologique.....	194
YYYY188	194
Supplément pour prélèvement peropératoire et pose d'autogreffe osseuse à distance du foyer opératoire	194
ANNEXE XXI : LISTE DES ACTES OUVERTS AU MODIFICATEUR N.....	195

Codes CCAM	195
Libellés	195
HBBD001.....	195
Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification .	195
HBBD002.....	195
Obturation radiculaire d'une molaire après apexification	195
HBBD003.....	195
Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification	195
HBBD234.....	195
Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification	195
HBFD001.....	195
Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente	195
HBFD003.....	195
Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire ...	195
HBFD008.....	195
Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente.....	195
HBFD021.....	195
Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire.....	195
HBFD024.....	195
Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente	195
HBFD033.....	195
Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente	195
HBFD035.....	195
Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire	195
HBFD150.....	195
Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature	195
HBFD297.....	195
Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire	195
HBFD326.....	195
Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire	195
HBFD395.....	195
Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature	195
HBFD458.....	195

Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature	195
HBMD038	195
Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	195
HBMD043	195
Restauration d'une dent sur 1 face par matériau incrusté [inlay-onlay]	195
HBMD044	195
Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	195
HBMD046	195
Restauration d'une dent sur 2 faces par matériau incrusté [inlay-onlay].....	195
HBMD047	195
Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	195
HBMD049	195
Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	195
HBMD050	195
Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	195
HBMD053	195
Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	195
HBMD054	195
Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	195
HBMD055	195
Restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay]	195
HBMD058	195
Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	195
HBMD351	195
Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux	195
HBMD460	195

Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux 195

ANNEXE XXII : CHANGEMENTS DE CODES REGROUPEMENTS 196

Les changements de codes regroupements ci-après seront mis en œuvre lors d'une prochaine version de la CCAM. 196

Article 1 : actes CCAM + activité + phase passant du code regroupement ADC au code regroupement ASC 196

LBGA00410 196

HBGD12210 196

HBGD26210 196

HBGD10610 196

HBBA00310 196

LBGA28010 196

HBGD06710 196

HBGD34510 196

HBGD46210 196

HBBA00210 196

LBGA16810 196

HBGD24710 196

HBGD14510 196

HBGD46510 196

HBBA00410 196

LBGA00310 196

HBGD17410 196

HBGD16010 196

HBGD14810 196

HBMA00310 196

LBGA00210 196

HBGD19710 196

HBGD45310 196

HBGD35910 196

HBMA00610 196

LBGA00610 196

HBGD05710 196

HBGD39710 196

HBGD39610	196
HAJD00310	196
LBGA00710	196
HBGD33310	196
HBGD28710	196
HBGD14210	196
HAJA00910	196
LBGA00810	196
HBGD13310	196
HBGD41510	196
HBGD07610	196
HAJA00810	196
LBGA00910	196
HBGD41810	196
HBGD31910	196
HBGD46410	196
HAJA00710	196
LBGA13910	196
HBGD26110	196
HBGD30910	196
HBGD11310	196
HAJA01010	196
LCGA00210	196
HBGD12310	196
HBGD06210	196
HBGD23110	196
PAFA01010	196
HBAA33810.....	196
HBGD49910	196
HBGD28110	196
HBGD42210	196
HBED01510.....	196
HBFD01410.....	196
HBGD46810	196

HBGD31610	196
HBGD26310	196
HBED00910.....	196
HAAA00210	196
HBGD46110	196
HBGD27910	196
HBGD42010	196
HBED01610.....	196
HAAA00110	196
HBGD01510	196
HBGD29910	196
HBGD28010	196
HBED01110.....	196
HBED02210.....	196
HBGD32210	196
HBGD02110	196
HBGD30010	196
LBEA00110.....	196
HBED00510.....	196
HBGD00210	196
HBGD41410	196
GBBA36410.....	196
HBMA00410	196
HBGD01410	196
HBGD19010	196
HBGD24510	196
GBBA00210.....	196
HBED00110.....	196
HBGD04410	196
HBGD35810	196
HBGD28310	196
HBDD00710	196
HBED00310.....	196
HBGD03910	196

HBGD03410	196
HBGD41610	196
HBGB00110.....	196
HBED02110.....	196
HBGD01710	196
HBGD03210	196
HBGD40310	196
HBGB00510.....	196
LBFA03110.....	196
HBGD02210	196
HBGD04310	196
HBGD21810	196
HBGB00310.....	196
LBFA02910.....	196
HBGD03110	196
HBGD02610	196
HBGD08010	196
HBGB00410.....	196
HAPA00110.....	196
HBGD03610	196
HBGD03710	196
HBGD07810	196
HBGB00210.....	196
YYYY18310	196
HBGD04210	196
HBGD12610	196
HBGD16910	196
HBPD00110.....	196
YYYY18510	196
HBGD03510	196
HBGD40210	196
HBGD48910	196
HBPD00210.....	196
YYYY75510	196

HBGD02810	196
HBGD49210	196
HBGD28410	196
HBPA00110.....	196
YYYY61410	196
HBGD00310	196
HBGD38610	196
HBGD43010	196
LAPB45110.....	196
HBDD00810	196
HBGD04710	196
HBGD46610	196
HBGD17110	196
LAPB00210.....	196
HBDD01410	196
HBGD45910	196
HBGD02510	196
HBGD11710	196
LAPB00410.....	196
HBGD21010	196
HBGD01610	196
HBGD44110	196
HBGD19910	196
LAPB31110.....	196
HBGD28210	196
HBGD00410	196
HBGD27810	196
HBGD10210	196
LAPB00310.....	196
LAPB12210.....	196
HBGD01810	196
HBGD20110	196
HBGD03810	196
LAPB00110.....	196

LAPB28810.....	196
HBGD06410	196
HBGD25810	196
HBGD37210	196
LAPB00510.....	196
LAPB40810.....	196
HBGD09310	196
HBGD31110	196
HBGD18110	196
LAPB00610.....	196
LAPB45910.....	196
HBGD43810	196
HBGD10510	196
HBGD38510	196
LAPB00710.....	196
LBGA04910	196
HBGD34910	196
HBGD23510	196
HBGD48010	196
LAPB04710.....	196
LBGA05210	196
HBGD35610	196
HBGD37410	196
HBGD06010	196
LAPB03010.....	196
LBGA11310	196
HBGD36210	196
HBGD47510	196
HBGD49710	196
LCJA00310	196
LBGA35410	196
HBGD14610	196
HBGD19110	196
HBGD06510	196

LBFA03010.....	196
LBGA44110.....	196
HBGD05410.....	196
HBGD28510.....	196
HBGD15910.....	196
LBFA02310.....	196
PAFA00310.....	196
HBGD38210.....	196
HBGD33810.....	196
HBGD20610.....	196
LBFA00210.....	196
HBGD11110.....	197
HBGD19310.....	197
HBGD31210.....	197
HAPA00410.....	197
HANP00210.....	197
LBMP00210.....	197
LBLD01610.....	197
HBLD01510.....	197
LBMP00310.....	197
ZAMP00110.....	197
HALD00110.....	197
LBLD02310.....	197
LBLD00310.....	197
HBMD06110.....	197
LABA00210.....	197
LBLD01210.....	197
LBLD01810.....	197
LBLD01410.....	197
HAPD00110.....	197
QAJH00210.....	197
LBLD02210.....	197
LBLD01110.....	197
HBLD07810.....	197

LBMP00110.....	197
ADQB00110	197
LBLD00610.....	197
LBLD00910.....	197
HBLD05710.....	197
YYYY46510	197
LBQP00110	197
HBLD02010.....	197
HBLD00810.....	197
HALD00310.....	197
HALD00210.....	197
HBSD00110.....	197
LBLD02110.....	197
LBLD00110.....	197
HALD00410.....	197
ZALP00210.....	197
HASD00310.....	197
LBLD00210.....	197
HBLD01910.....	197
HALD00510.....	197
HBMD01410.....	197
LBLD00710.....	197
HBLD01810.....	197
LBLA00110.....	197
Article 3 : actes CCAM + activité + phase passant du code regroupement ADI au code regroupement AID.....	197
ZAQP00110.....	197
LAQK02710	197
HBQK04110	197
HBQK48010	197
HBQK30310	197
HBQK38910	197
HBQK06510	197
HBQK19110	197

HBQK43010 197

LAQK01210 197

HBQK06110 197

HBQK42410 197

HBQK33110 197

HBQK14210 197

LAQK00110 197

HBQK00210 197

HBQK47610 197

HBQK44310 197

HBQK04610 197

LAQK00810 197

HBQK00110 197

HBQK09310 197

HBQK42810 197

HBQK04010 197

Préambule

La dernière décennie a connu des progrès importants en matière de santé bucco-dentaire grâce à l'investissement des chirurgiens-dentistes et de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires qui a permis d'améliorer le recours aux soins de la population en particulier grâce à la réforme du 100 % santé dentaire et à la revalorisation des soins conservateurs initiées par la convention de 2018. Entre 2019 et 2021, le nombre de patients ayant bénéficié de soins prothétiques a augmenté de 10 % (passant de 5,1 millions en 2019 à 5,6 millions de patients en 2021).

En revanche, les partenaires conventionnels s'accordent à dire qu'un nouvel investissement doit être réalisé pour mettre en place une politique de prévention plus ambitieuse. C'est pourquoi, ils conviennent d'accélérer cette dynamique et proposent dans cette convention de mettre en place les mesures permettant de faire évoluer les pratiques de soins bucco-dentaires d'une approche curative vers une approche plus préventive, avec pour objectif la réduction à moyen - long terme du recours aux actes prothétiques et implantaires.

Dans les cinq prochaines années, la priorité est donc d'investir dans la prévention et les soins conservateurs en vue en particulier d'améliorer le recours aux soins préventifs de manière significative chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Les partenaires portent une ambition nouvelle pour la génération des 3 à 24 ans qui vise à faire émerger une première « génération sans carie ». Ce changement de paradigme impliquera un suivi bucco-dentaire plus régulier pour ces jeunes générations et une revalorisation des soins de prévention pour inciter les chirurgiens-dentistes à en réaliser davantage tout au long de la vie de ces patients.

Les partenaires conventionnels conviennent d'accompagner progressivement cette génération à des âges supérieurs par voie d'avenant.

Ainsi, pour parvenir à cette « génération sans carie », l'accès à l'examen bucco-dentaire (EBD) est annualisé et revalorisé. Il s'appuiera pour son déploiement sur la participation des organismes complémentaires. De même, les soins préventifs ou conservateurs, réalisés auprès de cette génération, bénéficieront d'une valorisation plus importante pour les chirurgiens-dentistes.

Par ailleurs, les tarifs des soins conservateurs bénéficieront d'une mesure de valorisation pour l'ensemble de la population de 4 % au 1^{er} janvier 2025.

Parallèlement, les partenaires conventionnels réaffirment leur engagement en faveur de la réforme du 100 % santé qui a permis de limiter les restes à charge pour les patients ayant besoin de soins prothétiques, dans un contexte général de vieillissement de la population et d'allongement de la vie. Ils conviennent d'effectuer quelques ajustements de paniers tout en maintenant l'équilibre général de cette réforme.

Les partenaires conviennent de l'impératif de garantir à l'avenir l'accès aux soins dentaires de la population en France et de réduire les disparités d'accès à ces soins entre les territoires. Pour ce faire, les partenaires sont convenus d'une méthodologie de zonage territorial de l'offre de soins dentaires renouvelée en profondeur et spécifique pour la profession. Cette nouvelle méthode de zonage permet de prendre en compte les caractéristiques médicales et sociales de la population de chaque territoire et de donner aux agences régionales de santé (ARS) des marges de manœuvre leur permettant d'adapter le classement de certaines zones les moins dotées afin de tenir compte des réalités socio-économiques. Les partenaires appellent à une mise à jour rapide des zonages et, par la suite, à des actualisations fréquentes.

De plus, les contrats incitatifs d'aide à l'installation et au maintien de l'activité de chirurgiens-dentistes dans les zones « très sous dotées » sont significativement revalorisés et la part de population couverte par ces territoires est étendue à 30 %.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place une gestion partagée des installations et du conventionnement dans les quelques communes qui sont les moins prioritaires. Cette gestion s'appliquera sous réserve qu'un dispositif identique sur le principe puisse s'appliquer aux centres de santé (salariés compris).

Afin de mieux valoriser les professionnels qui s'engagent pour la prise en charge de soins non programmés en dehors de leur patientèle et dans un objectif global de diminuer le recours aux urgences, les partenaires conventionnels s'accordent pour créer une majoration tarifaire pour les chirurgiens-dentistes qui prennent en charge, de manière non programmée, des patients orientés par la régulation médicale du service d'accès aux soins (SAS) ou du centre 15.

En outre, les partenaires souhaitent favoriser la prise en charge des publics qui connaissent des difficultés pour accéder à des soins bucco-dentaires. Ainsi, il est prévu d'accroître leur investissement en faveur de la santé bucco-dentaire des enfants scolarisés dans les réseaux d'éducation prioritaires, pour la prise en charge de personnes âgées dépendantes vivant en établissements ainsi qu'en faveur du milieu carcéral. Pour ces patients « fragiles », les partenaires s'engagent à encourager l'implication dans des actions ciblées dites « d'aller vers », rémunérées de manière forfaitaire.

Dans ce même objectif d'accompagnement des publics les plus fragiles, les partenaires renouvellent leur mobilisation en faveur de la prise en charge des patients en situation de handicap sévère, en créant notamment une séance d'habituat

Cette convention établit pour cinq ans un investissement massif pour les soins bucco-dentaires financé par l'Assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires. D'autres enjeux seront abordés dans les futures années dans le cadre d'un calendrier partagé par les partenaires conventionnels.

Titre Préliminaire : portée de la convention nationale

Article 1 – Objet de la convention

La présente convention définit les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes.

Elle a pour objet de décrire les principes, modalités et procédures appelés à régir les relations entre les chirurgiens-dentistes libéraux ayant adhéré à la présente convention, l'assurance maladie et les organismes complémentaires et vise à :

- améliorer les conditions de prise en charge des soins de prévention et des soins conservateurs d'une classe d'âges entière entre 3 et 24 ans, laquelle aura vocation à s'étendre chaque année, dans le but de faire émerger une « génération sans carie » susceptible de limiter le recours aux soins prothétiques aux âges plus avancés de la vie ;
- améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires par le renforcement des mesures incitatives à l'installation dans les zones « très sous dotées » et à garantir une meilleure répartition de l'offre sur le territoire ;
- favoriser la prise en charge des publics fragiles ;
- ajuster le dispositif 100% santé.

Article 2 – Parties signataires à la convention

Ne peut être partie à la convention qu'une organisation syndicale dont la représentativité est reconnue dans les conditions définies au chapitre 2 du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale. Toute organisation syndicale reconnue représentative peut signer la présente convention, à n'importe quel moment, en en faisant la demande auprès de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), à charge pour celle-ci d'en informer les autres signataires à compter de la signature de l'organisation demandeuse.

Dans le cas où une organisation partie à la convention perd sa représentativité en cours d'exécution de la convention, elle n'est plus partie à ladite convention à compter de la notification des résultats de l'enquête de représentativité. Ses représentants ne peuvent plus siéger aux instances paritaires prévues à l'article 54.2.

La signature d'un avenant par un syndicat représentatif emporte son adhésion à l'ensemble de la convention et de ses avenants. De même, la signature d'un avenant par l'UNOCAM emporte son adhésion à l'ensemble de la convention et de ses avenants.

Article 3 – Caractère unique et national de la convention

Aucune autre convention, nationale ou locale, ayant un objet similaire à la présente convention ne peut régir les rapports entre les caisses et les chirurgiens-dentistes libéraux.

Article 4 – Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de 5 ans à compter de sa date d'entrée en vigueur. Elle est renouvelée par tacite reconduction par période de même durée, sauf opposition formée au plus tard six mois avant sa date d'échéance par les organisations syndicales représentatives, dans les conditions définies au chapitre 2 du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.

Article 5 – Résiliation de la convention

La convention peut être résiliée par les partenaires conventionnels, soit par décision de l'UNCAM, soit par décision de l'ensemble des organisations représentatives et signataires de la présente convention, adressée à chaque partie signataire, simultanément, par tout moyen permettant de donner une date certaine à sa réception.

La résiliation, qui doit être motivée, peut résulter :

- d'une violation grave des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- de modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les rapports entre les caisses et les chirurgiens-dentistes.

La résiliation prend effet à l'échéance d'un délai de six mois à compter :

- de la date d'envoi de la décision des organisations à l'UNCAM ;
- ou de la date d'envoi de la décision de l'UNCAM aux organisations signataires.

En cas de résiliation de la convention, la date d'effet de la résiliation se substitue à la date d'échéance de la convention selon les dispositions prévues par l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale pour la procédure de négociation en vue de la signature d'une nouvelle convention.

Article 6 – Champ d'application de la convention

La convention et ses avenants entrent en vigueur le lendemain de la publication au *Journal Officiel* de leur arrêté d'approbation ou à la date fixée par celui-ci.

Article 6.1 – Les conditions d'adhésion des chirurgiens-dentistes à la convention

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

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

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

Article 6.2 – Les patients bénéficiaires des dispositions conventionnelles

Les dispositions conventionnelles bénéficient à l'ensemble des ressortissants relevant des risques garantis par les régimes d'assurance maladie obligatoire, y compris le régime de la complémentaire santé solidaire (C2S), et celui des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Article 7 – Engagements conventionnels du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste qui adhère à la convention bénéficie des droits inscrits dans la convention et s'engage à en respecter les obligations.

Ces engagements s'imposent également aux chirurgiens-dentistes qui exercent avec ou à la place d'un chirurgien-dentiste conventionné dans le cadre d'un remplacement ou d'une collaboration salariée. Dans ces cas, le chirurgien-dentiste conventionné informe les intéressés de l'obligation qui leur incombe de respecter les dispositions conventionnelles.

Article 8 – Engagements conventionnels de l'Assurance maladie et organismes complémentaires

Les caisses d'assurance maladie respectent les dispositions prévues par la présente convention. Les organismes complémentaires d'assurance maladie respectent les textes conventionnels et réglementaires qui les concernent.

Article 9 – Adhésion du chirurgien-dentiste à la convention nationale

Article 9.1 – Les modalités d'adhésion

Tout chirurgien-dentiste exerçant en libéral entrant dans le champ de la convention tel que défini à l'article 6 peut prétendre au conventionnement.

Le chirurgien-dentiste précédemment conventionné avant l'entrée en vigueur de la présente convention reste conventionné sauf s'il souhaite se placer hors convention. Le chirurgien-dentiste qui renonce à adhérer à la convention adresse un courrier en ce sens à la caisse de rattachement de son cabinet principal, par tout moyen permettant de conférer date certaine à sa réception. Cette décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse.

Le chirurgien-dentiste non adhérent à la précédente convention, qu'il s'installe pour la première fois en exercice libéral ou qu'il ait déjà exercé en libéral, et qui souhaite devenir adhérent, en fait la demande en adressant à la caisse de rattachement de son cabinet principal, par tout moyen permettant de conférer date certaine à sa réception, le formulaire d'adhésion figurant en annexe XVI de la présente convention. Cette adhésion est effective à la date à laquelle la caisse accuse réception du formulaire susmentionné dument renseigné.

Article 9.2 – Les modalités de résiliation

Le chirurgien-dentiste a la possibilité de résilier, à tout moment, son adhésion à la convention par lettre adressée à sa caisse de rattachement par tout moyen permettant de conférer date certaine à sa réception. Cette résiliation prend effet dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la lettre par la caisse.

Titre I – L'exercice conventionnel

Article 10 – Les conditions d'exercice conventionnel

Le chirurgien-dentiste placé sous le régime de la présente convention s'engage à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de sa profession. Il appartient aux caisses de s'assurer que les conditions d'activité libérale sont bien respectées pour l'exercice sous convention.

Sous-titre I – Les démarches du chirurgien-dentiste auprès de sa caisse

Article 11 – Dans le cadre d'une installation en libéral

Au titre du lieu d'exercice principal

Les chirurgiens-dentistes qui souhaitent exercer une activité en libéral (cabinet personnel, cabinet de groupe, société quelle que soit la forme juridique retenue) et facturer à l'assurance maladie les actes réalisés dans ce cadre, effectuent les démarches nécessaires auprès de leur caisse de rattachement (caisse du cabinet principal) pour se faire enregistrer et attribuer un identifiant leur permettant d'effectuer cette facturation.

Les démarches requises préalablement à l'installation sont notamment les suivantes :

- être inscrit au Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes du lieu d'implantation du cabinet ;
- être immatriculé à l'URSSAF ;
- être affilié à la CARCDSF (Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et sage-femmes) ;
- avoir souscrit une assurance responsabilité civile.

Au titre du lieu d'exercice secondaire :

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

Le chirurgien-dentiste doit en effet disposer d'autant d'autorisations de l'Ordre que de lieux d'exercice. Dès lors, le chirurgien-dentiste doit les déclarer au Conseil Départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes qui l'enregistre au RPPS. Le chirurgien-dentiste se voit attribuer autant d'identifiants assurance maladie (numéro AM) que de lieux d'activité et doit se servir de ces numéros spécifiques différenciés au moment de la facturation, selon qu'il intervient dans l'un ou l'autre de ces cabinets.

Les démarches à effectuer auprès de la caisse du ressort du lieu d'exercice distinct dans ce cadre sont identiques à celles à effectuer au titre de l'exercice principal.

Article 12 – Dans le cadre d’une modification des conditions d’exercice

Les chirurgiens-dentistes doivent faire connaître aux caisses les modifications intervenues dans les conditions d’exercice de leur activité professionnelle dans un délai de deux mois au maximum à compter de cette modification.

Article 13 – Dans le cadre d’une cessation d’activité

Le chirurgien-dentiste qui cesse son activité libérale définitivement ou pour une durée supérieure ou égale à un an, doit informer sa caisse de rattachement, au plus tôt et a minima, dans un délai de deux mois avant la date de cessation.

Lorsque la caisse constate que depuis au moins douze mois, le chirurgien-dentiste n’a facturé aucun acte à l’assurance maladie, alors même qu’il n’a pas signalé sa cessation d’activité (temporaire ou définitive), elle l’informe qu’elle suspend l’application de l’ensemble des dispositions conventionnelles, sauf justification par le chirurgien-dentiste, transmise par tous moyens donnant date certaine à sa réception, de cette cessation d’activité (ex : maladie, congé parental, congé de formation, etc.) dans un délai d’un mois.

La suspension prend fin par simple déclaration de reprise d’activité par le professionnel.

Article 14 – Modalités d’exercice

La profession de chirurgien-dentiste ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Le chirurgien-dentiste est libre de communiquer au public par les moyens et dans les limites définis aux articles R. 4127-215-1 et suivants du code de la santé publique

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

Article 14.1 - Exercice coordonné au niveau du territoire d'exercice

Les partenaires conventionnels sont convenus de promouvoir l'inscription de long terme des chirurgiens-dentistes dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire, soit par un exercice regroupé, soit en appartenant à une équipe de soins primaires ou à une communauté professionnelle territoriale de santé définies aux articles L. 1411-11-1 et L. 1434-12 du code de santé publique.

Article 14.2 – Situation des chirurgiens-dentistes exerçant au sein des sociétés d’exercice

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

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

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

Article 14.3 – Situation du remplaçant

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

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

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

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

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

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

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

Article 14.4 – De la qualité et du bon usage des soins

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

Le chirurgien-dentiste, conformément à ses compétences inscrites au code de la santé publique et sous réserve de respecter la réglementation en vigueur et les dispositions de la nomenclature (NGAP et CCAM), demeure libre du choix de la technique employée. Celle-ci ne peut donner lieu à un tarif supérieur au tarif conventionnel ou à un dépassement tarifaire (à l'exception des cas de dépassements tel que défini à l'article 18.3 du présent texte et des tarifs limites de facturation).

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

Article 14.5 – Respect du libre choix

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

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

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

Sous-titre II – Modalités de facturation et de prise en charge

Article 15 - Documents ouvrant droit au remboursement des prestations

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

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

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

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

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

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

Les chirurgiens-dentistes s'engagent à porter toutes les informations rendues nécessaires par la réglementation en vigueur sur les documents électroniques et/ou papier ouvrant droit aux prestations d'assurance maladie-maternité et accident du travail. Lorsqu'un chirurgien-dentiste réalise sur un même patient des actes imputables à des risques différents (Maternité, Accident du travail), il inscrit les actes imputables à chaque risque sur des feuilles de soins distinctes.

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

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

Article 16 – Rédaction des ordonnances

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

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

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

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

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

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

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

Article 17 – Facturation des honoraires

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

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

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

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

Article 17.1 – Document de facturation

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

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

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

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

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

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

Article 17.2 – Dispositions particulières liées à la réalisation d'un acte dans un établissement de santé

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

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

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

Article 17.3 – Accord préalable pour les actes d'orthopédie dento-faciale

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

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

Article 18 – Mode de fixation des honoraires

Article 18.1 – Principe

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

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

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

Article 18.2 – Entente directe et honoraires limites de facturation

Les tarifs d'honoraires des soins prothétiques et orthodontiques peuvent faire l'objet d'une entente directe (ED) avec le patient. Un devis doit alors être établi par le chirurgien-dentiste, dans les conditions prévues à l'article 18.4.

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

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

Le chirurgien-dentiste est tenu de respecter les honoraires limites de facturations tels que définis aux annexes II et V.

Article 18.3 – Dépassements

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

- circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient non liée à un motif médical (DE). Il ne peut notamment pas être utilisé pour des motifs liés à une tranche horaire définie arbitrairement par le praticien, au coût de fonctionnement du cabinet, à des raisons propres au praticien ;
- entente directe (ED) entre le praticien et l'assuré telle que définie à l'article 18.2 ;
- bénéfice du droit permanent à dépassement (DP) accordé sous le régime des précédentes conventions, sous réserve des dispositions que prévoit la présente convention.

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

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

Dans le cadre de l'examen de prévention bucco-dentaire, le chirurgien-dentiste s'engage à respecter les tarifs conventionnels en s'interdisant les dépassements d'honoraires (DE et DP).

Article 18.4 – Devis

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

- La description précise et détaillée du traitement envisagé et les matériaux utilisés ;
- Le montant des honoraires correspondant au traitement proposé à l'assuré, que l'acte soit remboursable ou non remboursable ;
- Le montant de la base de remboursement est indiqué dans le modèle de devis figurant dans l'annexe III.

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

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

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

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

Le modèle de devis est établi en annexe III du présent texte accompagné d'une fiche explicative.

Article 19 - Droit permanent à dépassement (DP)

Le droit permanent à dépassement (DP) n'est plus accordé à de nouveaux praticiens, mais ceux qui l'ont obtenu sous l'empire des anciennes conventions conservent ce droit à l'entrée en vigueur du présent accord. Ils ne peuvent réaliser de dépassement sur les actes pour lesquels un honoraire limite de facturation a été défini, sur ceux du panier de soins de la complémentaire santé solidaire et ceux concernés par une prise en charge intégrale telle que définie à l'article 30.1 du présent texte.

Article 20 – Mise en œuvre de la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux

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

Article 20.1 – Tiers payant pour les bénéficiaires de la C2S

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

Article 20.2 – Tiers payant pour les patients pris en charge au titre de la maternité ou d'une affection de longue durée (ALD)

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

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

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

Titre II : Dispositions générales

Article 21 – Le tarif de la consultation

Le tarif de la consultation de chirurgie-dentaire du chirurgien-dentiste omnipraticien et spécialiste est fixé à hauteur de 23 euros.

Pour les chirurgiens-dentistes spécialistes (chirurgie orale et médecine bucco-dentaire) l'avis ponctuel de consultant est fixé à 50 euros.

Les tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés en annexe I.

Des codes informatiques spécifiques aux chirurgiens-dentistes et aux chirurgiens-dentistes spécialistes (chirurgie orale et médecine bucco-dentaire) seront créés.

Article 22 – Les tarifs des actes techniques

Les tarifs des actes techniques inscrits en NGAP sont définis dans l'annexe I.

Les tarifs des actes CCAM et des modificateurs ouverts à la facturation des chirurgiens-dentistes omnipraticiens et spécialistes sont définis dans l'annexe II.

La liste des actes associables aux coefficients modificateurs J et K pour chirurgiens-dentistes spécialistes en chirurgie orale figure dans l'annexe XX.

La liste des actes associables aux coefficients modificateurs N figure dans l'annexe XXI

La mise à jour des codes regroupement figure dans l'annexe XXII.

Article 23 – Prise en charge de nouveaux actes

Les créations d'actes, pour lesquels un avis Haute Autorité de santé a déjà été retenu, doivent faire l'objet d'une inscription préalable à la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par décision UNCAM.

Les créations d'actes pour lesquels un avis HAS est attendu devront après publication de cet avis HAS, faire aussi l'objet d'une inscription préalable à la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par décision UNCAM.

Sous réserve de l'avis de la HAS, les partenaires décident de la prise en charge pour tous les patients des actes suivants :

- la séance d'application de fluorure diamine d'argent ;
- l'exérèse de la pulpe camérale (biopulpotomie) d'une dent permanente ;
- la coiffe pédodontique préformée ;
- les scellements thérapeutiques ;
- l'ART (atraumatic restorative treatment).

Sous réserve d'un avis HAS, les partenaires envisagent les tarifs suivants pour la réalisation de ces actes au bénéfice de la population susmentionnée :

- la séance d'application de fluorure diamine d'argent : 35 euros la séance pour 1 à 5 dents maximum ;
- l'exérèse de la pulpe camérale (biopulpotomie) d'une dent permanente : 80 euros;
- la coiffe pédodontique préformée : 150 euros sans possibilité d'entente directe.

Par ailleurs, les partenaires proposent d'étendre la prise en charge de la séance d'application topique intrabuccale de fluorures (vernis fluoré) (HBLD045) à tous les patients âgés de 3 ans à 24 ans au tarif de 25 euros.

A compter du 1^{er} janvier 2026, le tarif de l'acte d'exérèse de la pulpe camérale (biopulpotomie) d'une dent temporaire (HBFD006) sera fixé à 36 euros.

Les partenaires conviennent de prendre en charge l'acte de pose d'un mainteneur d'espace interdentaire unitaire scellé (HBLD006). Le tarif de l'acte serait fixé à 30 euros avec des honoraires limites de facturation à 150 euros.

Les mesures tarifaires prévues au présent article entrent en vigueur au premier jour du mois suivant l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. Pour celles qui le nécessitent, cette entrée en vigueur est subordonnée à la modification préalable de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Titre III : Tendre vers l'objectif d'une génération sans carie par le renforcement de la prévention et des soins conservateurs

Sous-titre I : Dispositif en faveur des enfants, adolescents et jeunes adultes

Article 24 – Le principe d'une génération sans carie

L'objectif est de renforcer dès le plus jeune âge, celui au cours duquel s'acquièrent les « bons gestes » les examens de prévention en les annualisant. Il est aussi question de mieux valoriser et de permettre l'accès aux soins conservateurs pour cette jeune génération, âgée au départ de 3 à 24 ans, afin de leur éviter ensuite le recours aux actes prothétiques et implantaires tout au long de leur vie d'adultes. C'est par l'action combinée de la prévention et d'une meilleure valorisation des actes conservateurs que les partenaires souhaitent tendre pour cette génération vers la première « génération sans carie ».

Cet objectif majeur de santé publique dentaire sera soutenu et accompagné dans la durée par la mise en place de campagnes de sensibilisation de ces publics à la santé orale et à la réalisation annuelle de l'EBD.

Article 24.1 – Les bénéficiaires

Le dispositif de prévention s'adresse aux ayants droit ou assurés sociaux remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie âgés de 3 à 24 ans inclus.

Article 24.2 – Les mesures en faveur de la génération sans carie

Article 24.2.1 – L'examen bucco-dentaire (EBD)

Jusqu'au 31 décembre 2024, les jeunes de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans bénéficient d'un EBD et des soins consécutifs.

À compter du 1^{er} janvier 2025, les jeunes de 3 à 24 ans inclus bénéficient chaque année d'un examen de prévention et des soins nécessaires.

Article 24.2.1.1 – Le contenu de l'examen de prévention

Cet examen comprend obligatoirement :

- Une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés (suction du pouce, consommation d'aliments sucrés et/ou acides, grignotage, absence de brossage, tabac, autres addictions, etc.) ;
- Un examen bucco-dentaire (dents et parodonte) ;
- Des conseils d'éducation sanitaires : brossage (méthode, fréquence, fluor), alimentation, protection en cas de pratique sportive, vaccination HPV ;
- L'établissement d'un éventuel plan de traitement ou programme de soins.

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

L'examen est complété, si nécessaire, par :

- des radiographies intrabucales ou par une radiographie panoramique dentaire ;
- l'établissement d'un éventuel programme de soins qui une fois établi lors de l'examen bucco-dentaire.

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

Article 24.2.1.2 – Les soins complémentaires à l'examen de prévention

Entrent dans le champ du dispositif les seuls actes correspondant à des soins conservateurs, chirurgicaux et des actes radiographiques, conformément à la liste fixée en annexe XI. Comme précisé dans l'article 24.2.1.1, ces actes peuvent être exécutés au cours de la même séance que l'examen de prévention dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser.

Les traitements orthodontiques et prothétiques sont exclus de ce dispositif.

Article 24.2.1.3 – Les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention

Afin d'assurer le recours annuel aux examens bucco-dentaires et aux soins complémentaires, les partenaires conventionnels s'engagent à définir et proposer les solutions permettant de garantir une dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires, une absence de reste à charge, pour les bénéficiaires et une garantie de paiement pour les chirurgiens-dentistes.

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

Jusqu'au 31 décembre 2024, la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est fixée à hauteur de 30 euros (BDC). Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabucales, quelle que soit la technique utilisée ou par une radiographie panoramique. La rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 42 euros (BR2) ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros (BR4) ;
- Examen avec réalisation d'une radiographie panoramique : 54 euros (BRP).

À compter du 1^{er} janvier 2025, la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est fixée à hauteur de 40 euros (BDC). Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabucales, quelle que soit la technique utilisée. Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 52 euros (BR2) ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 64 euros (BR4) ;
- Examen avec réalisation d'une radio panoramique : 64 euros (BRP).

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

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap, le chirurgien-dentiste peut facturer un supplément de 23 euros cumulable à la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire associé ou non à la réalisation des radiographies. La grille d'éligibilité à ce supplément définie en annexe XV doit obligatoirement être complétée par le praticien à la fin de chaque séance et pourra être remise au service médical de la caisse primaire à sa demande en cas de contrôle.

Article 24.2.1.4 – Modalités pratiques

Chaque année, l'assuré ou l'ayant droit reçoit de la caisse d'assurance maladie dont il relève une invitation en fonction de son âge l'incitant à réaliser l'examen bucco-dentaire annuel accompagnée de l'imprimé de prise en charge.

Pour bénéficier des avantages du dispositif, l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte consulte le chirurgien-dentiste de son choix, ou du choix de ses parents ou de son représentant légal, dans les 12 mois qui suivent la date d'anniversaire.

À terme, si l'assuré ou l'ayant droit dispose d'un compte Ameli, il pourra recevoir pour lui-même ou pour son ayant droit, en demandant préalablement dans le compte Ameli, un bon digital de prise en charge identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

Il présente l'imprimé de prise en charge identifié à son nom ou digitalisé pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais. La facture de l'examen est télétransmise.

Les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place un groupe de travail pour définir les modalités pratiques de mise en place, de portage et de suivi conjoint par l'Assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires de cet examen annuel de prévention.

À terme, les partenaires conventionnels s'engagent à ce que les chirurgiens-dentistes réalisant l'EBD puissent systématiquement enrichir ces données médicales dans Mon espace santé et notamment l'indice carieux chez le patient ayant bénéficié d'un EBD.

Article 24.2.2 – Les soins conservateurs

Dans le cadre du dispositif évolutif « génération sans carie », les soins conservateurs réalisés auprès de patients âgés de 3 à 24 ans sont majorés.

Pour ce faire, un modificateur (code 9) est appliqué aux tarifs de remboursement de ces actes pour les majorer de 30 %.

La liste des actes associables au modificateur 9 figure dans l'annexe XIX.

Les actes du bilan parodontal et du détartrage surfaçage radiculaire (DSR), ainsi que les actes de parodontie indiqués, seront pris en charge pour les patients ayant bénéficié du dispositif « génération sans carie » lorsque ces soins deviendront nécessaires à des âges postérieurs.

Article 24.3 – Le suivi médico-économique du principe d'une génération sans carie

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de définir et de suivre les indicateurs médicaux, économiques et sociaux permettant de déterminer l'impact de ces nouvelles mesures conventionnelles sur la santé bucco-dentaire des patients âgés de 3 à 24 ans, au fil du temps.

Ces indicateurs seront notamment :

- un indicateur médical de suivi : l'indice carieux de cette population ;
- un indicateur économique de suivi : l'évolution des dépenses de soins de prévention et des soins conservateurs de cette population, par cotation et par tranche d'âge ;
- un indicateur social de suivi : l'évolution du recours aux soins et à l'EBD de cette population, par tranche d'âge et par cible.

Cette évaluation s'appuie sur les données saisies par les chirurgiens-dentistes lors de la réalisation de l'EBD dont les modalités seront déterminées dans le cadre d'un groupe de travail dédié. Les partenaires s'engagent à soutenir la réalisation et l'usage par les chirurgiens-dentistes d'outils numériques de renseignement et de collecte de telles données médicales, au sein par exemple, de Mon espace santé.

Article 25 – Engagements du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste s'engage à :

- permettre au patient d'accéder à l'ensemble des avantages prévus dans le dispositif « génération sans carie » ;
- informer son patient et son représentant légal, s'il est présent, de l'état bucco-dentaire constaté et, le cas échéant, du nombre de dents à traiter et de la nature des soins à engager, tout en précisant les priorités ;
- accompagner sa démarche de conseils d'hygiène et de prévention en soulignant l'intérêt d'un traitement précoce, d'un suivi régulier et de la continuité des soins ;
- participer à l'évaluation du dispositif en :
 - o conservant dans le dossier médical du patient les « renseignements médicaux » relatifs à l'examen de prévention et au programme de soins éventuels ;
 - o déclarant ces « renseignements médicaux » sur Mon espace santé sitôt que celui-ci le permettra ;
 - o transmettant ces renseignements au service médical à sa demande ;
 - o répondant à toute enquête ou recueil d'informations réalisé selon les modalités définies entre les parties signataires et conformément aux modalités de suivi indiquées ci-après ;
- participer s'il le souhaite à la campagne de prévention bucco-dentaire et aux actions en faveur de la santé bucco-dentaire des enfants scolarisés dans les réseaux d'éducation prioritaires (REP et REP+).

Sous-Titre II : Dispositif de prévention pour les femmes enceintes

Article 26 - Les bénéficiaires

Les femmes enceintes ayant droit ou assurées sociales et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie obligatoire au jour de l'examen bénéficiant de l'examen bucco-dentaire revalorisé aux conditions de financement et rémunération décrites à l'article 24.2.1.3 à compter du 4^e mois de grossesse et jusqu'à 6 mois après l'accouchement.

Article 27 - Le contenu de l'examen de prévention

Cet examen comprend obligatoirement :

- une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés (consommation d'aliments sucrés et/ou acide, grignotage, absence de brossage, tabac, autres addictions...) ;
- un examen bucco-dentaire (dents et parodonte, éventuelle gingivite) ;

- des conseils d'éducation sanitaires : brossage (méthode, fréquence, fluor), alimentation, tabac, alcool, etc. dont les messages à délivrer sont adaptés à la femme enceinte ;
- une information sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance : mesures d'hygiène nécessaires dès l'éruption des premières dents de l'enfant afin de sensibiliser la future mère bénéficiant du dispositif.

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

L'examen est complété, si elles sont médicalement indispensables, par :

- des radiographies intrabucales ou par une radiographie panoramique dentaire et avec port d'un tablier de plomb ;
- l'établissement d'un éventuel programme de soins qui une fois établi lors de l'examen bucco-dentaire.

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

Article 28 - Les tarifs d'honoraires

Les tarifs d'honoraires de cet examen bucco-dentaire sont identiques aux tarifs décrits à l'article 24.2.1.3.

Article 29 – Mise en œuvre du dispositif

À compter de la réception de la déclaration de grossesse de l'assurée, 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.

À terme, si l'assurée ou l'ayant droit dispose d'un compte Ameli, elle pourra recevoir pour lui-même ou pour son ayant droit, en demandant préalablement dans le compte Ameli, un bon digital de prise en charge identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

Pour bénéficier des avantages du dispositif, la femme enceinte consulte le chirurgien-dentiste de son choix, à compter de son 4^e mois de grossesse et ce, jusqu'à 6 mois après l'accouchement. Elle présente l'imprimé de prise en charge identifié à son nom ou digitalisé pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

La facture de l'examen est télétransmise. En cas d'impossibilité, le praticien complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à la caisse 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 praticien dans le dossier de la patiente.

À terme, les partenaires conventionnels s'engagent à ce que les chirurgiens-dentistes réalisant l'EBD femmes enceintes puissent systématiquement enrichir ces données médicales dans Mon espace santé.

Titre IV – Garantir l'accès financier aux soins dentaires

Sous-titre I – Paniers prothétiques du 100% Santé

Article 30 – Contenu des paniers du 100% santé dentaire

L'offre « 100% Santé dentaire » constitue un ensemble d'actes prothétiques pour lesquels, selon le panier auxquels ils appartiennent, le reste à charge pour le patient est nul ou maîtrisé via une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et par les organismes d'assurance maladie complémentaires (AMC).

Cette offre comprend trois paniers d'actes prothétiques décrits ci-dessous. Le détail et la répartition des actes contenus dans ces trois paniers ainsi que les honoraires limites de facturation des actes pouvant faire l'objet d'une entente directe se trouvent dans l'annexe V.

Les chirurgiens-dentistes peuvent pratiquer au-delà de la base de remboursement, par entente directe et sur devis, des dépassements de tarif qui sont, pour les actes des paniers « reste à charge zéro » et « reste à charge modéré », plafonnés selon des « honoraires limites de facturation ».

Article 30.1 – Le panier « reste à charge zéro » (RAC 0)

Dans le panier « reste à charge zéro » (RAC 0), des honoraires limites de facturation (HLF) déterminent les montants maximaux des honoraires, sur entente directe et sur devis, que peuvent pratiquer les chirurgiens-dentistes et que les AMC sont dans l'obligation de prendre en charge intégralement dans le cadre du dispositif des « contrats responsables ».

À compter du 1^{er} janvier 2026, les actes de pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique zircone sur une molaire (HBLD073) sera intégré au panier RAC 0.

À compter du 1^{er} janvier 2026, l'acte HBLD425 sera subdivisé en :

- Un acte de pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramiques monolithiques zircone et 1 élément intermédiaire céramique monolithique zircone (HBLD099¹) sera créé et intégré au panier RAC 0.
- Un acte de pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramocéramiques ou céramiques monolithiques (hors zircone) et 1 élément intermédiaire céramocéramique ou céramique monolithique hors zircone (HBLD426¹) sera créé et intégré au panier libre (en lien avec article 30.3).

Article 30.2 – Le panier « reste à charge maîtrisé » (RAC M)

Dans le panier « reste à charge maîtrisé » (RAC M), des honoraires limites de facturation (HLF) déterminent les montants maximaux des honoraires, sur entente directe et sur devis, que peuvent pratiquer les chirurgiens-dentistes et que les AMC peuvent prendre en charge partiellement ou intégralement.

Les actes contenus dans le panier RAC M peuvent donc donner lieu à une facturation avec un reste à charge pour les patients mais celui-ci est « maîtrisé » via les HLF.

¹ Code acte temporaire en attendant que le code CCAM définitif soit déterminé lors de la création des 2 actes

A compter du 1^{er} janvier 2026 et sous réserve de la publication d'un avis HAS, l'acte de pose d'un mainteneur d'espace interdentaire unitaire scellé (HBLD006) sera intégré au panier RAC M.

Article 30.3 – Le panier à tarif libre

Dans le panier à tarif libre, les honoraires pratiqués, sur entente directe et sur devis, au-delà de la base de remboursement (tarif de responsabilité) sont librement définis par les chirurgiens-dentistes. Les AMC sont libres de prendre en charge tout ou partie de ces honoraires. Les actes contenus dans le panier à tarif libre peuvent donc donner lieu à une facturation avec un reste à charge.

Article 31 – Clause de maintien des équilibres économiques du dispositif du 100 % santé

Les partenaires conventionnels expriment la volonté de poursuivre et d'étendre le dispositif 100 % santé. Ils souhaitent toutefois que ces évolutions se réalisent dans des conditions garantissant la soutenabilité économique du dispositif pour les financeurs comme pour les chirurgiens-dentistes.

Article 31.1 – Suivi de l'évolution du recours aux actes du panier 100 % santé

Un suivi régulier de la montée en charge des évolutions du dispositif 100 % santé est réalisé une fois par an au 1^{er} semestre en commission paritaire nationale (CPN).

Les partenaires veillent notamment à ce que l'intégration par la présente convention des nouveaux actes dans le panier 100 % santé n'entraîne pas une évolution significative du taux de recours à ces prothèses, qui pourrait correspondre notamment à des remplacements prématurés d'équipements prothétiques. Au regard des résultats observés, des actions correctrices pourront être décidées et partagées en CPN.

La CPN réalise également un suivi annuel de l'évolution des prix et des types de matériaux utilisés par les chirurgiens-dentistes pour la réalisation des prothèses. Le constat d'une évolution forte à la hausse ou à la baisse pourrait déclencher l'ouverture de discussions en vue de la mise en œuvre de mesures correctrices dans le cadre d'un avenant conventionnel.

Article 31.2 – Évolution des honoraires limites de facturation

À compter du 1^{er} janvier 2026, les honoraires limites de facturation des paniers RAC 0 et RAC M seront augmentés de 3 %. Les honoraires limites de facturation applicables à compter de cette date sont précisés en annexe V.

Article 31.3 – Clause de revoyure des plafonds RAC 0 et RAC M

Les partenaires conventionnels conviennent de maintenir le suivi de l'indice dentaire dans le cadre des CPN. En cas d'évolution significative de l'indice, les partenaires conventionnels pourront se réunir et envisager d'éventuelles mesures correctrices. Les détails du calcul de l'indice sont définis dans l'annexe XIV.

Article 32 – Alignement des montants maximums C2S

Les partenaires conventionnels s'accordent sur l'opportunité d'aligner les montants maximums applicables aux bénéficiaires de la C2S sur les honoraires limites de facturation pour les actes communs du panier RAC 0 d'ici 2028 et d'inviter les ministres compétents à prendre les textes nécessaires pour procéder à cet alignement.

Les partenaires conventionnels proposent de retenir comme montants maximums les honoraires limites de facturation mentionnés à l'annexe XVIII.

Titre V – Améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires pour tous

Sous-titre I – Dispositif pour améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires

Sous-chapitre 1 – Méthodologie du zonage

Article 33 – La méthodologie de zonage de la profession

Article 33.1 – Définition des zones

Le territoire national est divisé en territoires de vie santé (TVS) classés en cinq catégories de zones définies par la méthode figurant en annexe IV.

Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins bucco-dentaires est la plus élevée, au sens de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, sont dénommées « zones non prioritaires ».

Ces zones correspondent aux TVS qui recouvrent les 5 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) pondéré du gradient social défini en annexe IV, est le plus élevé.

Les zones caractérisées par une offre de soins bucco-dentaires insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du même article du code de la santé publique sont divisées en deux catégories :

- les « zones très sous dotées » correspondant aux TVS qui recouvrent, 30 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur APL pondéré du gradient social est le plus bas ;
- les « zones sous dotées » correspondant aux TVS qui recouvrent 15 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur APL pondéré du gradient social est immédiatement supérieur à celui des zones « très sous dotées ».

Les autres TVS sont classés ainsi :

- les « zones intermédiaires » qui recouvrent 35 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur APL pondéré du gradient social est immédiatement supérieur à celui des « zones sous-dotées » ;
- les « zones très dotées » qui recouvrent 15 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur APL pondéré du gradient social est immédiatement supérieur à celui des « zones intermédiaires ou immédiatement inférieur à celui des zones « non prioritaires ».

À noter, au niveau régional, que les parts de population précédemment définies pour chaque type de zone peuvent être amenées à évoluer en fonction de la mise à jour de l'indicateur APL pondéré utilisé par l'ARS.

Dans son arrêté définissant le zonage, l'ARS peut ajouter aux zones définies nationalement comme « très sous dotées », des territoires de vie santé (TVS) représentant au maximum 10 % de sa population régionale. Ces TVS sont sélectionnés parmi ceux définis nationalement comme « zone sous dotée » et pour lesquels le niveau d'APL est immédiatement supérieur à celui des TVS en « zone très sous dotée ».

Les nouveaux zonages régionaux entreront en vigueur dès publication par les agences régionales de santé (ARS) des arrêtés prévus par les dispositions de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Sous-chapitre 2 : Incitation à l'installation et au maintien dans les zones « très sous-dotées »

Article 34 – Dispositifs d'incitation à l'installation et au maintien dans les zones « très sous-dotées »

Article 34.1 – Contrat d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes (CAICD2023) dans les zones « très sous dotées »

Le contrat type d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes dans les zones « très sous-dotées » ci-après CAICD2023 est fixé en annexe VII.

a. Objet du contrat d'aide à l'installation

Ce contrat vise à favoriser l'installation des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante et par des difficultés d'accès à ces derniers telles que définies à l'article 33.1, par la mise en place d'une aide forfaitaire pour les accompagner dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral (locaux, équipements, plateaux techniques, etc.) au vu du service rendu à la population nouvellement couverte.

b. Bénéficiaires du contrat d'aide à l'installation

Le CAICD2023 est proposé aux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés qui s'installent en exercice libéral dans une zone « très sous dotée ».

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

- soit à titre individuel ;
- soit en groupe.

Dès lors qu'au sein d'un département, l'ensemble des TVS sont classés en zones très sous-dotées et en zones sous-dotées, ces TVS sont éligibles aux contrats incitatifs cités ci-dessous.

Est considéré comme exerçant à titre principal dans la zone, le professionnel qui réalise la majorité de son activité conventionnée dans la zone et, a minima, 2 jours par semaine.

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

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

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

Le chirurgien-dentiste ne peut bénéficier qu'une seule fois d'un contrat d'aide à l'installation (CAICD, issu de la précédente convention ou CAICD2023). Ce contrat étant *intuitu personae*, il n'est pas transférable. En cas de déménagement du chirurgien-dentiste dans une autre zone très sous-dotée avant le terme du contrat, le contrat est maintenu pour se poursuivre dans cette autre zone pour les années du contrat restant à courir. Le chirurgien-dentiste ne peut plus en bénéficier s'il décide de s'installer dans une autre zone qui ne serait pas très sous dotée.

Le CAICD2023 n'est pas cumulable avec le contrat de maintien de l'activité (CAMCD2023 ou CAMCD issu de la précédente convention). Le chirurgien-dentiste signataire d'un contrat CAICD2023 peut cependant, au terme de ce contrat, bénéficier d'un contrat de maintien de l'activité (CAMCD2023) en zone « très sous dotée ».

c. Engagements du chirurgien-dentiste signataire

En adhérant au CAICD2023, le chirurgien-dentiste s'engage à exercer, à titre principal son activité libérale conventionnée dans la zone précisée à l'article précédent, pendant une durée de cinq ans consécutifs à compter de la date d'adhésion au CAICD2023, sauf cas de force majeure (décès, invalidité, etc.).

Il s'engage à :

- maintenir, durant la durée du contrat, la majorité de son activité conventionnée dans la zone et, a minima, 2 jours par semaine ;
- remplir les conditions lui permettant de percevoir le forfait d'aide à la modernisation et d'informatisation (FAMI) du cabinet professionnel ;
- informer préalablement la caisse de la circonscription de son cabinet principal de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du CAICD2023.

d. Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

Le chirurgien-dentiste adhérant au contrat, signé au titre de la présente convention, bénéficie du versement par l'assurance maladie, d'une aide forfaitaire unique au titre de l'équipement du cabinet ou d'autres investissements professionnels d'un montant de 50 000 euros.

Cette aide est versée en deux fois : 25 000 euros la première année du contrat et 25 000 euros la troisième année.

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

e. Résiliation du contrat

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

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

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

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

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

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

Article 34.2 – Contrat d'aide au maintien d'activité des chirurgiens-dentistes (CAMCD2023) dans les zones « très sous-dotées »

Le contrat type d'aide au maintien des chirurgiens-dentistes, ci-après CAMCD2023, dans les zones « très sous-dotées » est fixé à l'annexe VIII.

a. Objet du contrat d'aide au maintien d'activité

Le CAMCD2023 vise à favoriser le maintien en exercice des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans les zones « très sous dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire visant à limiter les contraintes financières pesant sur les chirurgiens-dentistes libéraux et de leur permettre de réaliser des investissements, de se former et contribuer à améliorer la qualité des soins bucco-dentaires de la population de ces territoires.

b. Bénéficiaires du contrat d'aide au maintien d'activité

Le CAMCD2023 est proposé aux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés déjà installés en exercice libéral dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante et par des difficultés d'accès à ces derniers telles que définies à l'article 33.1. Sont concernés par ce contrat les chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés qui exercent à titre principal dans les zones « très sous-dotées ».

Dès lors qu'au sein d'un département, l'ensemble des TVS sont classés en zones très sous-dotées et en zones sous-dotées, ces TVS sont éligibles aux contrats incitatifs cités ci-dessous :

- soit à titre individuel ;
- soit en groupe.

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

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

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

Est considéré comme exerçant à titre principal dans la zone, le professionnel qui réalise la majorité de son activité conventionnée dans la zone et, a minima, 2 jours par semaine. Ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à l'installation (CAICD2023).

c. Engagements du chirurgien-dentiste signataire

En adhérant au CAMCD2023, le chirurgien-dentiste s'engage à exercer son activité libérale conventionnée en zone « très sous dotée » pendant une durée de trois ans consécutifs à compter de la date d'adhésion au CAMCD2023.

Il s'engage à :

- maintenir, durant la durée du contrat, la majorité de son activité conventionnée dans la zone et, a minima, 2 jours par semaine ;
- remplir les conditions lui permettant de percevoir le forfait d'aide à la modernisation et d'informatisation (FAMI) du cabinet professionnel ;
- informer préalablement la caisse de la circonscription de son cabinet principal de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du CAMCD2023.

d. Engagements de l'assurance maladie dans le contrat d'aide au maintien d'activité

Le chirurgien-dentiste bénéficie d'une aide forfaitaire de 4 000 euros par an au titre de l'équipement du cabinet ou d'autres investissements professionnels.

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

f. Résiliation du contrat

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

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

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

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

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

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au chirurgien-dentiste la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées.

Article 34.3 – Dispositif commun aux contrats incitatifs des chirurgiens-dentistes

a- Articulation du contrat national avec les contrats régionaux

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

Les contrats régionaux sont définis par chaque ARS conformément aux dispositions des contrats nationaux. L'agence régionale de santé peut décider de moduler les contrats incitatifs. Cette modulation ne pourra pas porter sur le montant de l'aide.

Avant la publication de l'arrêté instaurant le contrat type régional, la CPR rend un avis sur le projet de contrat type de l'ARS.

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

b- Dispositions transitoires

Contrats incitatifs chirurgien-dentiste conclus dans le cadre de l'avenant n°2 à la convention nationale de 2018

En cas de résiliation d'un CAICD, le chirurgien-dentiste n'est pas éligible au CAICD2023.

En cas de résiliation d'un CAMCD, le chirurgien-dentiste n'est pas éligible au CAMCD2023 avant la date de fin inscrite dans son CAMCD.

Dès la publication du zonage et des contrats type régionaux par les ARS, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux CAICD et CAMCD conclus dans le cadre de la convention nationale de 2018. Les contrats en cours conclus dans le cadre des conventions nationales de 2012 et de 2018 perdurent jusqu'à leur terme.

Un chirurgien-dentiste installé au cours des 12 mois précédant la publication du zonage et des contrats type régionaux par les ARS, dans une zone ainsi devenue « très sous-dotée », peut adhérer au CAICD2023 ou CAMCD2023.

Un chirurgien-dentiste ayant signé un CAICD dans les 12 mois précédant la publication du zonage et des contrats type régionaux par les ARS, peut résilier son contrat de manière anticipée et adhérer au CAICD2023 si sa zone d'installation est toujours qualifiée de très sous-dotée à la suite de cette publication.

Un chirurgien-dentiste ayant signé un CAMCD dans les 12 mois précédant la publication du zonage et des contrats type régionaux par les ARS, peut résilier son contrat de manière anticipée et adhérer au CAMCD2023 si sa zone d'installation est toujours qualifiée de « très sous-dotée » à la suite de cette publication.

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

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

Sous-chapitre 3 : dispositif de gestion partagée des installations

Article 35 – Dispositif de gestion partagée des installations et de régulation du conventionnement au sein des zones « non-prioritaires »

La gestion partagée des installations et régulation du conventionnement s'applique uniquement dans les zones « non prioritaires ».

À l'exception des dérogations prévues à l'article 35.5, le conventionnement ne peut être accordé à un chirurgien-dentiste libéral dans une zone « non prioritaire » qu'au bénéficiaire d'un chirurgien-dentiste libéral désigné comme assurant la succession du professionnel cessant définitivement son activité dans la zone.

Le chirurgien-dentiste, mettant fin à son activité en zone « non prioritaire » dispose d'un délai d'un an maximum à compter de la cessation de son activité pour désigner son successeur. Passé ce délai, le conventionnement devenu disponible est attribué par la commission paritaire départementale mentionnée à l'article 54.2.3 à un chirurgien-dentiste qui en fait la demande selon les critères et la procédure définis à l'article 35.1.

La cessation d'activité (principale ou secondaire) d'un chirurgien-dentiste ne peut ouvrir droit à transmission de conventionnement dans la zone « non prioritaire » que si l'activité du cédant représentait un seuil minimum de deux jours d'activité par semaine au titre de l'année précédant cette cessation d'activité.

À défaut, il appartient aux commissions paritaires départementales des chirurgiens-dentistes libéraux d'apprécier si la cessation du professionnel peut justifier l'ouverture d'une place de conventionnement (notamment congé maternité, parental, départ progressif à la retraite dans la zone.). L'avis de la commission paritaire est rendu dans les conditions d'une demande de conventionnement en zone « non prioritaire » définie à l'article 40.1 et suivant.

Cet article entrera en vigueur au plus tôt au 1^{er} janvier 2025 et sous réserve d'une transposition concomitante aux centres de santé dentaire dans le cadre de l'accord national des centres de santé après information de la CPN. Dès lors, le dispositif ne s'appliquera pour les chirurgiens-dentistes libéraux que lorsqu'il s'appliquera pour les centres de santé concernés.

Article 35.1 – Formalités de demande de conventionnement en « zone non prioritaire »

Le chirurgien-dentiste envoie sa demande de conventionnement à l'organisme local d'assurance maladie du lieu d'installation envisagé, par lettre recommandée avec accusé réception, par voie postale ou par voie électronique.

Dans ce courrier, il précise ses nom et prénom, son numéro d'identification, le lieu et les conditions exactes de l'installation projetée. Le chirurgien-dentiste produit à l'appui de sa demande une attestation du chirurgien-dentiste dont il reprend l'activité et qui le désigne nommément comme son successeur. Si le chirurgien-dentiste cédant son activité a le statut d'assistant ou de collaborateur libéral, l'attestation de succession est rédigée par le titulaire du cabinet en accord avec l'assistant ou le collaborateur qui co-signe l'attestation.

En cas de force majeure entraînant un arrêt brutal et définitif de l'activité du chirurgien-dentiste empêchant la désignation d'un successeur, l'organisme local d'assurance maladie sollicite, le cas échéant, le ou les membres du cabinet du chirurgien-dentiste pour désigner un successeur dans les conditions prévues à l'article 35.3.

Article 35.2 – Avis de la commission paritaire départementale

Dans un délai maximal de trente jours à compter de la réception du dossier complet, le directeur de l'organisme d'assurance maladie saisit la commission paritaire départementale (CPD) pour avis et informe le chirurgien-dentiste de cette saisine. Il transmet à la CPD les éléments du dossier de demande de conventionnement.

La CPD rend alors un avis dans un délai de trente jours suivant sa saisine. Elle peut demander des compléments d'information et à entendre le chirurgien-dentiste dans le délai de trente jours. Le chirurgien-dentiste peut également être entendu s'il en exprime le souhait.

Cet avis est rendu à la majorité des deux tiers des membres de la CPD.

Si la CPD ne rend pas un avis à la majorité des deux tiers des membres de la CPD, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie se prononcera sur la demande de conventionnement.

À défaut d'avis rendu dans le délai de 30 jours suivant la saisine, l'avis de la CPD est réputé rendu.

Article 35.3 – Décision du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie notifie au chirurgien-dentiste concerné sa décision de conventionnement ou de refus de conventionnement dans un délai de quinze jours suivant la date de l'avis de la CPD ou d'échéance de la saisine. La décision est motivée et notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception. La CPD est tenue informée de la décision du directeur de l'organisme local d'assurance maladie sur la demande de conventionnement.

La décision du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ainsi que les différents avis rendus sont fondés sur le fait que le chirurgien-dentiste reprend la patientèle du chirurgien-dentiste ayant préalablement cessé son activité sur la zone, dans l'objectif de continuité de la prise en charge de l'activité.

Le courrier notifiant la décision de conventionnement au chirurgien-dentiste lui précise qu'il est tenu d'initier ses formalités d'installation dans un délai maximal de six mois suivant la notification de la décision de conventionnement. À défaut, l'organisme local d'assurance maladie sollicite le ou les membres du cabinet du chirurgien-dentiste ayant cessé son activité pour désigner un nouveau successeur dans un délai de six mois, après avoir informé la CPD pour que cette dernière puisse accompagner les professionnels dans leurs démarches.

À défaut de nouvelle désignation dans ce délai par le cabinet du chirurgien-dentiste et après information de la CPD, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie acte la non-attribution de la place vacante sur la zone (disparition de la place vacante sur la zone).

Article 35.4 – Procédure en cas de différence entre le projet de décision du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie et l'avis rendu par la CPD

Quand le projet de décision du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) diffère de l'avis rendu par la CPD, la commission paritaire nationale (CPN) est saisie de ce projet sous quinze jours à compter de l'avis rendu par la CPD. Le chirurgien-dentiste et la CPD sont tenus informés de cette saisine.

La CPN dispose alors d'un délai de 30 jours à compter de la date de sa saisine pour rendre un avis, par un vote à la majorité des deux tiers des voix des membres de la commission. En l'absence d'avis rendu par la CPN dans ce délai, un avis conforme à la décision du directeur de la CPAM est réputé rendu.

Si la CPN rend un avis conforme au projet de décision du directeur de la CPAM, elle le transmet au directeur de la CPAM dans un délai d'un mois à compter de la saisine.

Si la CPN rend un avis différent du projet de décision du directeur de la caisse primaire, le secrétariat de la CPN sollicite dans les trente jours, à compter de la date de la décision, le directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) pour avis qui dispose d'un mois pour statuer. Le secrétariat de la CPN transmet ensuite, au directeur de la CPAM la décision du directeur général de l'UNCAM, accompagnée de l'avis de la CPN dans les quinze jours à compter de la réception de l'avis.

Le directeur de la CPAM notifie alors au chirurgien-dentiste, par lettre recommandée avec accusé de réception, la décision de conventionnement ou de refus de conventionnement dans un délai de quinze jours suivant la transmission du ou des avis. Il en adresse une copie aux membres de la CPD.

La caisse primaire d'assurance maladie transmet trimestriellement au secrétariat de la CPN, à titre d'information, le nombre de conventionnements accordés ainsi que le nombre de refus.

Article 35.5 – Dérogations au principe de régulation du conventionnement en « zones non prioritaires »

En l'absence de départ préalable d'un(e) confrère conventionné(e) dans la zone « non prioritaire », le conventionnement peut être accordé aux chirurgiens-dentistes spécialistes en médecine bucco-dentaire, en chirurgie orale ainsi qu'en orthodontie.

Le conventionnement peut être accordé à titre exceptionnel dans les cas suivants liés à la vie personnelle du chirurgien-dentiste, dûment attestés :

- 0 situation médicale grave du chirurgien-dentiste, du conjoint, d'un enfant ou d'un ascendant direct ;
- 0 mutation professionnelle du conjoint ;
- 0 situation juridique personnelle (exemple : divorce, garde d'enfant partagée, ...) entraînant un changement d'adresse professionnelle.

Lorsqu'un conventionnement est accordé dans une « zone non prioritaire » au titre d'une des dérogations prévues dans le présent article, il ne diminue pas le nombre de places vacantes disponibles dans la zone. Il s'agit d'un conventionnement supplémentaire accordé sur la zone ouvrant droit à une place en cas de cessation d'activité.

À titre exceptionnel, la CPD peut transmettre à la CPN une demande de dérogation dûment justifiée par un motif qui n'est pas mentionné dans la liste ci-dessus.

Sous-chapitre 4 : Suivi du nouveau dispositif de zonage

Article 36 - Suivi du rééquilibrage de l'offre de soins en chirurgiens-dentistes sur le territoire et accompagnement du dispositif

Article 36.1. Suivi du dispositif démographique

Un suivi, du dispositif démographique est réalisé, au moins une fois par an en Commission paritaire nationale (CPN) et en Commission paritaire régionale (CPR).

Un bilan annuel des refus de conventionnement et des conventionnements accordés en zone « non prioritaire » ainsi que, le cas échéant, des places restées vacantes, est présenté par département chaque année au cours du 1^{er} trimestre de l'année suivante en CPN.

Une évaluation de la portée du dispositif conventionnel démographique en termes d'amélioration de l'offre de soins et des conditions d'exercice des chirurgiens-dentistes libéraux exerçant dans les zones « très sous-dotées » et non prioritaires est réalisée dans le cadre de la CPN.

Article 36.2 Accompagnement du dispositif

Les parties signataires conviennent de poursuivre les actions d'information sur le thème de la répartition démographique de la profession auprès des chirurgiens-dentistes souhaitant s'installer en libéral sous convention ainsi qu'auprès des étudiants dans le cadre de la formation initiale.

Les parties signataires s'entendent ainsi pour diffuser largement les constats réalisés au niveau régional en matière de répartition démographique des chirurgiens-dentistes libéraux, notamment le classement des territoires de vie santé (TVS), ainsi que les différents types d'aides disponibles pour l'installation émanant aussi bien de l'État, des collectivités territoriales que de l'assurance maladie.

Sous-titre II : Autres mesures hors dispositif pour améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires dans tous les territoires

Article 37 – Valorisation de la fonction de maître de stage

Un chirurgien-dentiste bénéficie d'une rémunération complémentaire d'un montant de 350 euros par an s'il s'est engagé, volontairement, à accueillir un étudiant stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage actif d'initiation à la vie professionnelle de 6^e année.

Cette aide forfaitaire peut être perçue indépendamment de l'atteinte des indicateurs « socles » du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet (taux de télétransmission...).

Cette disposition entrera en vigueur à l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Sous-titre III : Permanence des soins dentaires (PDS) et soins non programmés

Article 38 - Majoration spécifique des actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins dentaires

Lorsque le chirurgien-dentiste inscrit sur le tableau de permanence mentionné à l'article R. 6315-9 intervient au titre de la permanence des soins dentaires mentionné à l'article à R. 6315-7, celui-ci bénéficie pour les actes cliniques et techniques pratiqués dans ce cadre d'une majoration spécifique de permanence des soins (MCD) d'un montant de 30 euros par patient.

Article 39 – Rémunération de l'astreinte

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

Sur un secteur donné, le paiement de l'astreinte s'effectue au profit du chirurgien-dentiste libéral conventionné inscrit au tableau de permanence tel que prévu par les dispositions des articles R. 6315-7 et suivants du code de la santé publique.

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

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

Article 40 – Les urgences dentaires orientées par la régulation médicale (15 ou SAS)

Une majoration à la consultation du chirurgien-dentiste omnipraticien et spécialiste définie à l'annexe I, d'un montant de 15 euros est créée, pour la prise en charge des urgences dentaires assurées par les chirurgiens-dentistes libéraux sur demande de régulation médicale (centre 15 ou SAS) en dehors des plages de permanence de soins dentaires.

Cette majoration est plafonnée à 10 prises en charge par semaine et n'est pas cumulable avec un acte technique.

Les partenaires conventionnels souhaitent analyser l'utilisation de l'acte HBJB001 « Évacuation d'abcès parodontal » pour mieux comprendre son usage en pratique et, le cas échéant, le redéfinir.

Sous-titre IV : Dispositif pour améliorer l'accès aux patients éloignés des soins bucco-dentaires

Sous-chapitre 1 – Dispositifs pour les publics fragiles et éloignés des soins bucco-dentaires

Article 41 – Périmètre des actions au bénéfice de ces publics fragiles

Les populations de patients concernés par les dispositions de ce sous-chapitre 1 sont :

- Les populations en établissements de santé et établissements et services médico-sociaux (ES/ESMS) qualifiées de :
 - Patients en situation de perte d'autonomie, patients en EHPAD ou en USPC ;
 - Patients en situation de handicap (enfants, adultes) ;
 - Patients hospitalisés de longue durée en psychiatrie.
- Les populations nécessitant une prise en charge spécifique comportant des séances d'habituations telle que détaillée dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Les actions « hors les murs » qui ont pour but de prendre en charge des publics éloignés des soins bucco-dentaires ou qui connaissent des difficultés croissantes d'accès aux soins bucco-dentaires sont valorisées.

Les actions concernées que réalisent les chirurgiens-dentistes en dehors de leur cabinet dentaire au bénéfice de ces publics définis dans cet article peuvent prendre la forme de :

- formation du personnel soignant et encadrant pour une meilleure prise en charge de la santé et de l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées/en ESMS/en situation de handicap ;
- dépistage dans des ESMS suivis d'une prise en charge par un chirurgien-dentiste pour la réalisation des soins.

Des actions « hors les murs » doivent également être valorisées et mises en places, particulièrement dans le milieu carcéral et le milieu scolaire (réseau d'éducation prioritaire REP, REP+).

Le chirurgien-dentiste impliqué dans les actions « d'aller vers » à destination des publics fragiles peut bénéficier d'une rémunération forfaitaire optionnelle intégrée au versement du FAMI à hauteur de 300 euros par an (en plus des 490 euros ou 590 euros mentionnés à l'article 48.1), à condition que le chirurgien-dentiste réalise au moins 3 interventions en dehors de son cabinet au cours de l'année.

Article 42 – Instauration d'un bilan dentaire spécifique lors de l'entrée dans ces établissements et services médico-sociaux (ESMS) réalisé en présence du patient

Le séjour en établissements et services médico-sociaux (ESMS) contribue à éloigner les patients des soins bucco-dentaires. Un bilan dentaire spécifique dans les 12 mois qui suivent l'entrée dans l'établissement est créé afin d'assurer une meilleure prise en charge de ces populations fragiles.

Le bilan dentaire spécifique des patients entrant en ESMS comprendrait *a minima* :

1. une **anamnèse menée avec l'équipe de soins** de l'établissement : recherche des facteurs de risque (perte d'autonomie au brossage, connaissance de l'existence de prothèses dentaires, mode d'alimentation mixée, eau gélifiée sucrée, prise de médicaments avec répercussions sur la salivation) ;

2. un examen buccal :

- examen exo et endobuccal complet ;
- évaluation des prothèses dentaires : vérifier l'ajustement, l'état des prothèses dentaires (conjointes et adjointes) et l'identification des prothèses adjointes ;
- évaluation de la salive : quantité et qualité ;

3. Une **évaluation de l'hygiène bucco-dentaire** : vérifier la routine de brossage et donner des conseils sur les techniques de brossage adaptées à l'état du patient. Pour les personnes non autonomes les recommandations en matière d'hygiène alimentaire seraient confiées au personnel des établissements ;

4. Une **inscription dans le dossier médical du patient** : état bucco-dentaire, présence et nature des prothèses, conseils d'hygiène, soins à réaliser.

La rémunération du bilan dentaire spécifique lors de l'entrée en ESMS serait valorisée à 40 euros.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser (1 seul code CCAM), celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que ce bilan dentaire spécifique lors de l'entrée en ESMS. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention. La liste des actes associables au bilan dentaire spécifique lors de l'entrée en ESMS figure dans l'annexe XI.

Ces dispositions entrent en vigueur après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 43 – Création d'une séance d'habitation pour les patients en situation de handicap sévère

Une séance d'habitation pour les patients en situation de handicap sévère est créée.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour proposer d'introduire la notion de « consultation blanche » à la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Une consultation blanche s'entendrait d'une part comme le temps de rencontre planifié entre le patient vivant avec un handicap et le praticien ainsi que son lieu de consultation (appropriation de l'espace, du matériel, reconnaissance des personnes), ou d'autre part comme une consultation au cours de laquelle les soins prévus n'ont pas pu être réalisés compte tenu du handicap du patient.

Les consultations blanches seraient valorisées à même hauteur que la consultation de référence à 23 euros. La cotation de ces consultations est possible dès lors que le praticien a complété la grille présente en annexe XV. La consultation blanche est plafonnée à 5 utilisations pour le même patient.

Les mesures tarifaires prévues au présent article entrent en vigueur au premier jour du mois suivant l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. Ces dispositions entrent en vigueur après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Sous-chapitre 2 – Patients en affection longue durée (ALD)

Article 44 – Prise en charge du bilan parodontal et de l’assainissement parodontal pour une population de patients en situation spécifique concernée

Jusqu’au 31 janvier 2024, les patients diabétiques de type 1 et de type 2 (code 8) sont concernés par cette prise en charge.

À compter du 1er février 2024, les populations de patients concernés au titre des ALD sont les suivantes :

Les populations de patients concernés au titre des ALD sont les suivantes :

- les patients diabétiques de type 1 et de type 2 (code 8) ;
- les patients en insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves (code 5) ;
- les patients en déficit immunitaire primitif, infection par le VIH (code 7) ;
- les patients avec une maladie coronaire (code 13) ;
- les patients avec une polyarthrite rhumatoïde (code 22) ;
- les patients avec une spondylarthrite grave (code 27).

La prise en charge des actes d’assainissement parodontal (détartrage surfaçage radiculaire) concerne les actes décrits dans l’annexe II qui portent les codes : HBJA003, HBJA171 et HBJA634.

Ces dispositions entrent en vigueur après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Titre VI – Programme de travail conventionnel

Article 45 – Programme de travail conventionnel

Les partenaires conventionnels s'engagent à mettre en place des groupes de travail afin d'aborder divers thématiques à approfondir ou non abordées dans cette convention.

Parmi ces sujets, figurent :

- Le développement des démarches éco-responsables des cabinets dentaires ;
- La prise en charge des maladies rares à répercussions bucco-dentaires ;
- Le développement de la télésanté ;
- Les modalités d'accompagnement de la création en cours du métier d'assistant dentaire de niveau 2 ;
- L'attractivité de la profession libérale ;
- Les modalités de l'EBD ;
- La nomenclature et les modalités de prise en charge de l'orthodontie ;
- La nomenclature et les modalités de prise en charge des prothèses adjoindes métalliques.

Ces travaux conventionnels préalables seront menés entre l'Assurance maladie, l'UNOCAM et les signataires de la convention. Ces travaux pourront en cas de besoin associer des experts externes sur les différentes thématiques.

Titre VII : Modernisation des relations entre l'Assurance Maladie et les chirurgiens-dentistes

Article 46 - La transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire

Les partenaires conventionnels souhaitent renforcer la transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, tout en faisant évoluer les modalités de transmission au vu des dispositifs portés par la convention.

Article 46.1 - Le système SESAM-Vitale

Le système SESAM-Vitale (Système Électronique de Saisie de l'Assurance Maladie) a été mis en place en 1997, pour simplifier et accélérer le remboursement des soins par l'utilisation de nouvelles technologies (cartes à puce, outils informatiques, réseaux de communication) permettant en particulier la dématérialisation des documents papiers nécessaires au remboursement des soins.

Pour cela, les professionnels de santé doivent s'informatiser et générer sur leur poste de travail les informations nécessaires à la dématérialisation des flux.

Article 46.2 - Principe de télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE)

La facturation des actes et prestations s'effectue par principe selon une transmission électronique sécurisée grâce au service de la télétransmission des feuilles de soins pour les assurés sociaux (système SESAM-Vitale). En cas d'impossibilité, la facturation peut s'effectuer par le biais de la facturation « SESAM dégradé » ou de la feuille de soins sur support papier. Les partenaires conventionnels conviennent d'étudier le déploiement de l'outil SCOR dans les cabinets dentaires.

On entend par « feuille de soins électronique » ci-après désignée « FSE », la feuille de soins dont la signature est donnée par la lecture de la carte Vitale (physique ou application mobile) et de la carte de professionnel de santé (CPS).

On entend par feuille de soins SESAM « dégradé », la feuille de soins dont la signature est donnée par la lecture de la seule carte du professionnel de santé.

On entend par feuille de soins papier, la feuille de soins sur support papier établie conformément au modèle CERFA.

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

Article 46.3 - L'utilisation de la carte de professionnel de santé

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

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

Article 46.4 - L'utilisation de la carte vitale

La « carte Vitale » est utilisée pour identifier électroniquement l'assuré afin de permettre la prise en charge des soins par les organismes gestionnaires de l'assurance maladie. La « carte Vitale » se présente sous la forme d'une carte physique ou sous la forme d'une application sur un terminal mobile.

La facturation à l'assurance maladie intervient par principe selon une transmission électronique sécurisée. Dans ce cadre, le chirurgien-dentiste vérifie l'ouverture du droit aux prestations de l'assuré ou de ses ayants droit sur les données contenues dans la carte d'assurance maladie dite « Vitale » sous la forme d'une carte physique. Dans ce cadre, le chirurgien-dentiste recommande à l'assuré l'actualisation de sa carte Vitale physique en pharmacie notamment.

La vérification de l'ouverture du droit aux prestations de l'assuré ou de ses ayants droit peut également se faire sur la base du service d'acquisition des informations relatives à la situation administrative de l'assuré, intégré au poste de travail (ADRI). Ce service permet au chirurgien-dentiste d'obtenir une situation de droit à jour pour le patient lors de l'établissement de la feuille de soin électronique, en interrogeant directement les droits de ce dernier dans les bases de données de l'Assurance Maladie. L'utilisation de la carte Vitale sous sa forme application mobile fait appel systématiquement au service en ligne de consultation des droits des assurés de l'assurance maladie. La situation ainsi obtenue par appel au service d'acquisition des droits de l'assuré est opposable à la caisse gestionnaire de la même manière que le sont les données de droits présentes dans la « carte Vitale » physique.

L'appréciation de la justification de l'ouverture des droits s'effectue à la date des soins.

Article 46.5 - Les règles de télétransmission de la facturation

Article 46.5.1 - L'équipement informatique des caisses d'assurance maladie

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

Article 46.5.2 - Equipement informatique du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste met en œuvre les moyens nécessaires :

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

Article 46.5.3 - Liberté de choix du réseau

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

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

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

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

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

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

Article 46.6 - Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques

Article 46.6.1 - Etablissement des FSE

La télétransmission des FSE s'effectue selon les règles contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur complétées des dispositions de la présente convention.

Article 46.6.2- Délai de transmission des FSE

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

Article 46.6.3 - Délai de paiement en cas de dispense d'avance des frais

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

Article 46.6.4 - Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais

Les organismes d'assurance maladie s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement de la part obligatoire des actes facturés en mode sécurisé via la carte vitale (physique ou application mobile), sur la base des informations, relatives à la couverture maladie obtenue quel que soit le support utilisé (physique ou application mobile), pour la facturation au jour de la réalisation de l'acte.

Lorsque la caisse assume la responsabilité du règlement de la part relevant du régime complémentaire (C2S), elle supporte également, sur cette part, les obligations résultant de la garantie de paiement.

En cas de tiers-payant intégral coordonné par l'assurance de maladie obligatoire, les organismes d'assurance maladie s'engagent à effectuer le paiement de la part obligatoire et de la part complémentaires des FSE sur la base des informations relatives à la couverture maladie obtenues via la carte vitale physique ou application mobile à la date de réalisation de l'acte.

Article 46.6.5 - Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique

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

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

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie sans dispense d'avance des frais à l'assuré, le chirurgien-dentiste signe le duplicata et le remet à l'assuré.

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

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

Article 47 - Les autres procédures de facturation

Article 47.1 - La feuille de soins SESAM « dégradé »

Article 47.1.1 - Procédure exceptionnelle

En cas d'impossibilité de produire des FSE sécurisée Vitale du fait de l'absence, de la non-présentation ou de la défectuosité de la carte d'assurance maladie (La « carte Vitale » présente sous la forme d'une carte physique ou sous la forme d'une application sur un terminal mobile), le chirurgien-dentiste réalise une feuille de soins SESAM « dégradé ».

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

Article 47.1.2 -Télétransmission des feuilles de soins SESAM « dégradé »

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

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

Les feuilles de soins SESAM « dégradé » n'ouvrent pas droit à la garantie de paiement prévue à l'article 46.6.4 et ne rentrent pas dans le calcul du taux de télétransmission défini à l'article 48.1.

En cas de dispense d'avance des frais sur la part obligatoire, la caisse règle directement au chirurgien-dentiste les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie.

En cas de dispense d'avance des frais sur la part obligatoire et sur la part complémentaire la caisse d'assurance maladie et l'organisme complémentaire règlent directement au chirurgien-dentiste les sommes correspondantes aux remboursements dus sur leurs parts respectives.

Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

Article 47.2 - La facturation via la feuille de soins sur support papier

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

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

Dans ce cas, la caisse règle directement au chirurgien-dentiste les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie

En cas de dispense d'avance des frais sur la part obligatoire et la part complémentaire, il se charge de l'envoi à cette même caisse des documents nécessaires à la prise en charge dans les délais qui lui sont impartis par la réglementation ainsi qu'à l'organisme complémentaire.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie et l'organisme complémentaire règlent directement au chirurgien-dentiste les sommes correspondantes aux remboursements dus sur leurs parts respectives.

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

Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

Article 47.3 - Le déploiement de la norme NOEMIE 580

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

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

Article 47.4 - La mise en place d'un centre de services inter-régimes (CESI)

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

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

Des sollicitations par « chat », à partir du portail amelipro ou par une application smartphone sont progressivement proposées.

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

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

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

Le délégué du numérique en santé (DNS) ainsi que l'ensemble des interlocuteurs habituels en caisse restent à la disposition du chirurgien-dentiste.

Article 47.5 - Mise à disposition de téléservices par l'assurance maladie obligatoire

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

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

Les téléservices suivants sont d'ores et déjà disponibles :

- Services en support des tâches et démarches administratives ;
- Plusieurs services disponibles sur le portail amelipro permettent au chirurgien-dentiste d'accéder à des informations administratives concernant son activité :
 - o la consultation des droits des patients en temps réel ;
 - o leurs affections de longue durée (ALD) ;
 - o la commande de formulaires divers ;
 - o la saisie des horaires de consultation publiées dans l'annuaire santé sur ameli.fr ;
 - o le service en lien avec la Convention nationale.

Ce service permet actuellement de réaliser la déclaration annuelle des indicateurs, ainsi que la consultation du montant et du détail de la rémunération forfaitaire pour l'aide à la modernisation et l'informatisation du cabinet professionnel (FAMI).

- La prescription d'arrêt de travail en ligne :

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

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

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

L'assurance maladie met également à disposition des chirurgiens-dentistes le service d'accès au dossier médical partagé (DMP) au sein de Mon espace santé. Ce service est accessible en web via un lien sur amelipro en complément de l'accès au DMP en intégré logiciel.

Des travaux sont en cours également pour mettre à disposition des chirurgiens-dentistes le service ordonnance numérique.

Article 48 - Valorisation de la modernisation du cabinet dentaire : forfait de modernisation et d'informatisation du cabinet dentaire

Article 48.1 Forfait de modernisation et d'informatisation du cabinet dentaire

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

Ces critères sont les suivants :

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

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

Le chirurgien-dentiste impliqué peut également bénéficier d'une aide complémentaire de 100 euros (soit un total de 590 euros/an) pour l'aide à l'équipement informatique, si celui-ci participe à une équipe de soins primaires ou exerce dans une maison de santé pluriprofessionnelle partageant un projet de santé commun ou à une communauté professionnelle territoriale de santé.

Le chirurgien-dentiste impliqué dans les actions « d'aller vers » à destination des publics fragiles, conformément à l'article 41 de la convention, peut bénéficier d'une rémunération forfaitaire optionnelle intégrée au versement du FAMI à hauteur de 300 euros par an (en plus des 490 euros ou 590 euros sus mentionnés), à condition que le chirurgien-dentiste réalise au moins 3 interventions en dehors de son cabinet au cours de l'année.

Article 48.2 Déploiement des outils et usages numériques

En lien avec la feuille de route du numérique en santé et la généralisation du service Mon espace santé à l'ensemble de la population, les partenaires conventionnels s'engagent à poursuivre les travaux en vue d'accélérer le déploiement et les usages des outils numériques en faveur d'une meilleure coordination des soins et d'une facilitation des échanges entre professionnels de santé et patients.

À ce titre, ils conviennent d'engager des travaux sur 2023/2024 portant notamment sur :

- la mise en œuvre de la gestion de l'identité nationale de santé (INS) ;
- le déploiement de l'ordonnance numérique en tant que professionnels prescrits et prescripteurs décrite à l'annexe XVII ;
- l'usage du dossier médical partagé (DMP) au sein de Mon espace santé ;
- l'usage de la MSSanté notamment pour favoriser les échanges sécurisés avec les patients via Mon espace santé ;
- l'usage de l'application carte Vitale en cabinet.

Ces travaux pourront permettre de faire évoluer les indicateurs du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet professionnel défini à l'article 48.1 de la convention.

Titre VIII - Dispositions sociales

Article 49 - Participation de l'Assurance Maladie au Régime des Prestations Complémentaires Vieillesse

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

Article 50 - Prestations Complémentaires de Vieillesse

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

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

Article 51 - Assurance maladie maternité décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

La participation de l'Assurance Maladie à la cotisation des chirurgiens-dentistes conventionnés prévue à l'article L. 646-3 du code de la sécurité sociale est déterminée de manière à ce que le taux de cotisation restant à la charge des chirurgiens-dentistes libéraux s'élève à 0,10 %. Elle est calculée selon la formule suivante :

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

Où :

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

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

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

$$\text{TC} = (1 - \text{TP})$$

le taux URSSAF est défini comme suit :

$$(\text{dépassements} - \text{montants remboursés forfaits C2S}) / (\text{montants remboursables actes} + \text{montants remboursés forfaits C2S})$$

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

Article 52 – Attractivité de l'exercice libéral

Les partenaires conventionnels s'engagent à travailler sur l'attractivité de la profession pour pérenniser l'installation libérale des jeunes générations.

Titre IX : Vie conventionnelle et dispositifs de sanction

Article 53 – Instances conventionnelles

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

- une commission paritaire nationale (CPN) ;
- des commissions paritaires régionales (CPR) ;
- des commissions paritaires départementales (CPD) ;
- un comité technique paritaire permanent national (CTPPN).

Les partenaires conventionnels veilleront à respecter le rythme de ces instances après avoir constaté une diminution des réunions lors de la dernière convention liée à la crise sanitaire.

Les commissions et le comité adoptent un règlement intérieur reprenant *a minima* le règlement type défini en annexe XII, qui précise notamment les règles de convocations aux réunions, de fixation de l'ordre du jour, de quorum et les procédures de vote. Dans le cas où un règlement intérieur ne serait pas adopté par la commission, le règlement type en annexe de la convention s'applique.

Article 54.1 – Composition des instances paritaires conventionnelles (CPN, CPR, CPD)

Article 54.1.1 – Composition

La CPN se réunit en formation plénière, en formation restreinte ou en formation chirurgien-dentiste. Les CPR et CPD se réunissent en formation restreinte ou en formation chirurgien-dentiste. Outre les membres listés ci-dessous, peut participer à titre consultatif dans chaque instance, réunie en « formation plénière », un représentant de l'Ordre des chirurgiens-dentistes sur invitation des participants de la CPN, de la CPR ou de la CPD.

a. Composition en formation plénière :

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 6 sièges s'il y a deux syndicats signataires et représentatifs. Au-delà de deux syndicats signataires et représentatifs, la section est majorée de 2 sièges par syndicat supplémentaire. Par exemple, si trois syndicats sont signataires et représentatifs, la section comprendra 8 sièges. Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Les représentants des syndicats dentaires signataires et représentatifs sont désignés parmi leurs adhérents placés sous le régime de la présente convention, en exercice et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention.

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

En cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire, la commission constituée de l'ensemble des signataires de la convention, se réunit dans les deux mois à compter de la date de signature du nouveau signataire ou de retrait effectif d'un signataire.

La commission fixe lors de cette réunion la composition de chacune de ses deux sections comportant un nombre égal de membres, de la façon suivante :

- une section professionnelle dont le nombre de sièges et leur répartition sont arrêtés par les organisations syndicales représentatives signataires de la convention ;
- une section sociale dont le nombre de sièges est égal à celui de la section professionnelle et donne lieu à une répartition entre les régimes membres de cette commission.

Section sociale

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

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

Si plus de deux syndicats signent la convention, la section sociale est majorée de deux sièges supplémentaires selon la même logique que pour la section professionnelle. Dans ce cas, les sièges supplémentaires de la section sociale sont attribués au régime général. Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Siège également dans cette formation, avec voix délibérative, 1 représentant de l'UNOCAM, sous réserve de la signature de la convention par l'UNOCAM.

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

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

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

b. Composition en formation restreinte :

En formation restreinte, la composition de la section professionnelle est identique à celle de la formation plénière et celle de la section sociale aussi à l'exception de l'UNOCAM qui n'a aucune voix dans cette formation.

c. Dispositions complémentaires communes aux deux formations

Chaque section désigne son président, en l'absence d'accord sur cette désignation, la présidence de la commission revient à l'autre section.

Quelle que soit la nature plénière ou restreinte de la formation de la commission, pour qu'une commission soit valablement installée les 12 sièges (ou 16 sièges dans le cas de la signature de la convention par 3 syndicats) des membres titulaires de la section professionnelle et de la section sociale doivent être pourvus. La désignation des suppléants peut intervenir dans un second temps.

d. Composition en « formation chirurgiens-dentistes »

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

Il est nécessaire qu'il y ait un nombre égal de représentants de praticiens libéraux issus de la section professionnelle que de praticiens conseil issus de la section sociale.

Article 54.1.2 Mise en place des instances paritaires

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

Elles se réunissent au minimum une fois par an, et également dans les cas suivants :

- à la demande de l'une des parties signataire de la convention ;
- en cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champs conventionnel ou de retrait d'un signataires dans les trois mois qui suivent ce changement.

Article 54.2– Rôles et missions des instances paritaires

Article 54.2.1 Rôles et missions de la commission paritaire nationale

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

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

- du dispositif de prévention destiné à la « génération sans carie » ;
- des autres mesures de prévention ;
- des mesures démographiques et notamment des demandes de conventionnement transmises par les CPD ;
- du suivi de la réforme du 100 % santé ;
- du suivi de l'indice dentaire ;
- des dépenses dentaires.

La CPN peut diligenter des études en fonction des données disponibles et des possibilités offertes par les systèmes d'information.

La CPN réunie en formation restreinte traite de tous les sujets n'intéressant que les relations entre l'UNCAM et les chirurgiens-dentistes.

Elle est notamment chargée des missions suivantes :

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

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

Article 54.2.2 – Rôles et missions de la Commission paritaire régionale

La commission paritaire régionale est chargée notamment des missions suivantes :

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

La CPR adresse à la CPN au cours du dernier trimestre de chaque année un rapport sur ses activités de l'année en cours. Elle informe régulièrement la CPN de ses travaux et de ceux des CPD et lui transmet annuellement une synthèse.

Article 54.2.3 – Rôles et missions de la Commission paritaire départementale

La commission paritaire départementale est chargée notamment des missions suivantes :

- elle facilite l'application de la convention par une coopération permanente des caisses d'assurance maladie et des syndicats signataires de chirurgiens-dentistes ;
- elle s'efforce de régler les problèmes en conciliant les points de vue. Si, exceptionnellement, elle n'y parvient pas, l'une ou l'autre des parties peut soumettre le dossier à la Commission paritaire nationale ;
- elle conduit toute analyse concernant l'évolution de la consommation des soins bucco-dentaires dans le département et les conditions d'accès aux soins dentaires ;
- elle examine les conditions d'application du dispositif de prévention bucco-dentaire et notamment, le dispositif « génération sans carie » ;
- elle donne un avis sur les dossiers de demande de conventionnement en zone « non prioritaire » ;

- elle donne un avis sur les dossiers qui lui sont soumis dans le cadre des procédures conventionnelles prévues à l'article 56 relatif au non-respect des dispositions conventionnelles ;
- elle informe régulièrement la CPN de ses travaux et lui établit annuellement un rapport d'activité, et notamment un bilan d'application du dispositif bucco-dentaire ;
- elle est informée des dossiers relatifs à l'exercice illégal dans le cadre de l'article L. 4161-5 du code de la santé publique et des actions engagées dans le cadre des articles L. 377-2 et suivants du code de la sécurité sociale.

Article 55 - Comité technique paritaire permanent national (CTPPN)

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

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

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

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

Article 56 - Non-respect des dispositions conventionnelles

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

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

Article 56.1 – De l'examen des cas de manquement

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

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

- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables et de responsabilité, en dehors des cas autorisés ;
- la non-utilisation ou mauvaise utilisation, de façon répétée, des documents auxquels sont subordonnées la constatation des soins et leur prise en charge par l'assurance maladie ;
- la non inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens de la présente convention et de la réglementation ;
- l'utilisation abusive du DE ou du DP ;
- la facturation d'actes non réalisés ;

- les fraudes telles que définies par l'article R. 147-11 du code de la sécurité sociale ;
- le non-respect de façon répétée de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;
- la facturation, de façon répétée, d'actes non médicalement justifiés constatés par le service du contrôle médical ;
- le non-respect des règles en vigueur relatives à l'usage des cartes professionnelles et des cartes vitales dont le détournement de leur usage en dehors de toute dérogation autorisée par l'assurance maladie ;
- le manquement à l'obligation de fournir un devis préalable conforme à l'annexe III de la présente convention lorsqu'il est obligatoire ;
- le non-respect de manière répétée de l'obligation de télétransmission à l'assurance maladie, prévue à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations ;
- le non-respect de façon répétée des honoraires limites de facturation définis par la présente convention ;
- le non-respect de façon répétée du tact et de la mesure dans la fixation des honoraires perçus ;
- le non-respect de façon répétée des dispositions conventionnelles arrêtées en matière de prévention bucco-dentaire.

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

Article 56.2 – Les mesures encourues

En fonction de la gravité et de la répétition des faits reprochés, les sanctions susceptibles d'être prononcées à l'encontre d'un chirurgien-dentiste, pour une période ne pouvant excéder 3 ans, sont les suivantes :

- suspension du droit à des dépassements autorisés (DE, DP) en cas d'abus répétés dûment constatés ;
- suspension de la participation des caisses à la prise en charge des cotisations sociales des chirurgiens-dentistes ;
- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel, avec ou sans sursis.

Cette sanction est, pour une durée égale à celle de la suspension du conventionnement, assortie :

- de l'impossibilité pour le chirurgien-dentiste de se faire remplacer pendant toute la durée de la sanction ou d'exercer en tant que chirurgien-dentiste remplaçant ;
- de la suppression de la participation des caisses aux cotisations sociales pour une durée égale à celle de la mise hors convention - uniquement en cas de suspension du conventionnement de trois mois ou plus.

Article 56.3 – Procédure de sanction

Article 56.3.1 – Procédure préalable d'avertissement

En cas de constatation, par une caisse, d'un non-respect par le chirurgien-dentiste des dispositions conventionnelles, la caisse de rattachement du chirurgien-dentiste, pour le compte de l'ensemble des caisses et des autres régimes, lui adresse un courrier d'avertissement par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception. Cet avertissement doit comporter l'ensemble des anomalies reprochées au professionnel.

Les partenaires conventionnels s'engagent également à respecter la charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'assurance maladie.

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

Cette procédure d'avertissement préalable n'est pas applicable en cas de constatation par la CPAM :

- d'une fraude mentionnée à l'article R. 147-11 du code de la sécurité sociale ;
- d'un non-respect, de façon répétée, de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du même code ;
- de faits sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire constituant en outre une infraction au regard des règles conventionnelles.

Lorsqu'il est constaté la modification de la pratique du chirurgien-dentiste, dans le délai d'un mois, tel qu'elle lui a été notifiée dans le courrier d'avertissement, le directeur de la caisse peut décider de l'abandon de la procédure. La pratique du chirurgien-dentiste fera toutefois l'objet d'un suivi attentionné.

Article 56.3.2 – Relevé de constatation

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

Pour les traitements d'orthopédie dento-faciale, la pratique est observée uniquement sur les semestres de traitements initiés après la réception du courrier d'avertissement.

En cas de récurrence dans un délai de trois ans maximum suivant la réception du courrier d'avertissement, la caisse procédera à ce même envoi et la procédure d'avertissement sera réputée effectuée.

Le relevé de constatation précise :

- les manquements reprochés au chirurgien-dentiste ;
- les sanctions encourues ;
- le délai maximum d'un mois laissé au chirurgien-dentiste pour adresser ses observations écrites ou demander à être entendu par le directeur de la caisse ou son représentant.

Le chirurgien-dentiste dispose d'un délai d'un mois à compter de la date d'envoi du relevé de constatations pour présenter ses observations écrites au directeur de la caisse ou demander à être entendu. À cette occasion, le chirurgien-dentiste peut se faire assister par un avocat ou un confrère de son choix.

En cas d'observations écrites du chirurgien-dentiste, le directeur de la caisse peut solliciter un entretien avec celui-ci. L'entretien doit se tenir dans les 15 jours suivant la réception des observations écrites.

La caisse dresse un compte-rendu d'entretien qu'elle adresse au chirurgien-dentiste par tout moyen donnant date certaine à sa réception dans un délai de 8 jours suivant l'entretien. L'absence de signature du chirurgien-dentiste ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure.

À l'issue du délai d'un mois à compter de la date d'envoi du relevé de constatations ou après l'entretien du chirurgien-dentiste si celui-ci intervient postérieurement à l'expiration de ce délai, la caisse dispose d'un délai d'un mois pour décider :

- 1° - Soit de mettre fin à la procédure engagée à l'encontre du chirurgien-dentiste ; dans ce cas, elle doit nécessairement en aviser le chirurgien-dentiste et la CPD ;
- 2° - Soit de poursuivre la procédure engagée à l'encontre du chirurgien-dentiste ; dans ce cas, la caisse demande au président de la CPD de réunir celle-ci et d'en aviser le chirurgien-dentiste.

Article 56.3.3 – Examen par la commission paritaire départementale

À l'issue des échanges contradictoires, lorsque les faits reprochés justifient la poursuite de la procédure, le directeur de la caisse demande au Président de la CPD de réunir cette dernière. La CPD doit se tenir dans un délai maximal de deux mois à compter de la demande du directeur. À l'issue de ce délai, l'avis de la CPD est réputé rendu.

Ce délai est augmenté d'un mois lorsque la CPD juge nécessaire de recueillir, auprès du praticien concerné, des éléments d'information relatifs à sa pratique et de rendre son avis en formation « chirurgiens-dentistes ».

Le cas échéant, le courrier d'avertissement, le relevé de constatations, les observations écrites du chirurgien-dentiste, le compte rendu d'entretien, et tout document utile sont joints à l'ordre du jour de la CPD.

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

Dans un délai minimal de quinze jours précédant la réunion de la CPD, le chirurgien-dentiste est invité à être entendu par la commission et à fournir les explications qu'il juge utiles.

Lorsque la CPD juge nécessaire de recueillir, auprès du praticien concerné, des éléments d'information relatifs à sa pratique, les éléments du dossier sont transmis à la formation « chirurgiens-dentistes » de la CPD. À cette occasion, il peut se faire assister par un confrère et/ou un avocat de son choix. Il peut envoyer des observations écrites à la commission en formation « chirurgiens-dentistes » au plus tard sept jours avant la date de la réunion.

La CPD émet en séance un avis sur la décision à prendre, après avoir entendu l'intéressé. En absence du professionnel concerné, la commission en prend acte, instruit le dossier et délibère. En cas de partage des voix des membres de la CPD, l'avis est réputé rendu.

L'avis de la CPD, signé par le Président et le Vice-Président de la commission, est adressé dans le délai de quinze jours suivant la réunion au directeur de la caisse et au chirurgien-dentiste. Il s'agit d'un avis simple qui ne lie pas les directeurs de caisse.

Article 56.4 - Notification de la décision

Dans un délai d'un mois suivant la réception de l'avis de la CPD, le directeur de la caisse, arrête sa décision et la notifie au praticien par tout moyen donnant date certaine à sa réception.

La décision précise :

- les motifs ayant conduit à la sanction prononcée ;
- la nature de la sanction et sa date d'entrée en vigueur ;
- Les voies et délais de recours dont dispose le chirurgien-dentiste pour contester la décision devant la juridiction compétente.

Une copie de la notification est adressée à la CPR et à la CPD.

En cas de déconventionnement, la décision est également notifiée à l'UNOCAM.

Article 56.5 - Les condamnations par l'ordre ou les tribunaux

Lorsqu'une juridiction ordinale ou pénale a prononcé à l'égard d'un chirurgien-dentiste une sanction devenue définitive non assortie de sursis :

- d'interdiction du droit de donner des soins;
- d'interdiction d'exercer ;
- de radiation ;
- d'emprisonnement.

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

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinale ou pénale constituent un manquement au regard des règles conventionnelles, les caisses peuvent envisager à l'encontre du praticien l'enclenchement d'une procédure de sanction conventionnelle, sans le préalable de l'avertissement visé à l'article 56.3.1.

Article 56.6 - Procédure exceptionnelle de déconventionnement

En cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels notamment dans les cas de nature à justifier, en présence d'un préjudice financier pour l'assurance maladie, le dépôt d'une plainte pénale en application de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale, le directeur de la caisse de rattachement du chirurgien-dentiste peut décider de suspendre les effets de la convention, après avis du directeur général de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet.

Cette suspension provisoire ne peut excéder trois mois.

Préalablement au prononcé de la suspension, le directeur de la caisse notifie au professionnel, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, un courrier indiquant les faits reprochés, la mesure de suspension envisagée et sa durée. Il transmet ces éléments au directeur général de l'UNCAM.

Le professionnel dispose d'un délai de dix jours à compter de la date d'envoi du courrier pour demander à être entendu, assisté le cas échéant de la personne de son choix, dans un délai qui ne saurait excéder quinze jours à compter de la même date. Il peut également, dans ce délai de quinze jours, présenter des observations écrites.

À compter de la date de réception des observations écrites ou du lendemain de l'audition du chirurgien-dentiste, ou, en l'absence de réponse, à l'issue du délai de 15 jours mentionné à l'alinéa précédent, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut :

1° Soit décider d'abandonner la procédure, sans préjudice de la poursuite, le cas échéant, de la procédure de déconventionnement de la présente convention. Dans ce cas, il en informe l'intéressé dans les meilleurs délais ;

2° Soit décider de suspendre les effets de la convention à l'égard du chirurgien-dentiste pour une durée qu'il fixe, dans la limite de 3 mois, sous réserve d'avoir recueilli l'avis du directeur général de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet. Cette décision doit être notifiée dans les 15 jours et prend effet à compter du lendemain de sa réception. Elle précise les délais et voies de recours.

Le préalable de l'avertissement décrit à l'article 56.3.1 ne s'applique pas à cette procédure.

Article 56.7 - Continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur de la convention

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

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

Fait à Paris, le 21 juillet 2023

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
Le Directeur Général,

Thomas FATOME

Pour l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie
Le Président,

Marc LECLERE

Pour la Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux,
Le Président

M. Patrick SOLERA

Pour les Chirurgiens-dentistes de France,
Le Président

M. Pierre-Olivier DONNAT

ANNEXE I : TARIFS

Article 1 : tarifs en vigueur en euros

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

Tarifs en euros	Départements métropolitains	Antilles	Réunion, Guyane, Mayotte
Consultation du chirurgien-dentiste omnipraticien et spécialiste	23,00	27,60	27,60
Visite du chirurgien-dentiste omnipraticien et spécialiste	23,00	27,60	27,60
TO (Traitement d'Orthodontie)	2,15	2,15	2,15
Z	1,33	1,33	1,33
Majoration du dimanche ou jour férié**	19,06	19,06	19,06
Majoration de nuit	25,15	25,15	25,15
Indemnité forfaitaire de déplacement	2,74	2,74	2,74
Valeur de l'indemnité kilométrique Plaine Montagne A pied-à ski	0,61 0,91 4,57	0,65 0,97 4,88	0,69* 1,02* 4,88
Avis ponctuel de consultant (article 18.c de la NGAP)	50,00	60,00	60,00
Majoration spécifique de permanence des soins pour les actes cliniques et techniques effectués par un chirurgien-dentiste***	30 €	30 €	30 €

	Tarifs en euros
Examen de prévention bucco-dentaire de 3 à 24 ans et femmes enceintes	
Examen simple (BDC)	30 €
Examen avec réalisation d'1 ou 2 radiographies intrabuccales (BR2)	42 €
Examen avec réalisation de 3 ou 4 radiographies intrabuccales (BR4)	54 €
Examen avec réalisation d'une radio panoramique (BRP)	54 €
Supplément à l'examen bucco-dentaire lors de la prise en charge de patients vivant avec un handicap sévère (BDX)	23 €
Consultation bucco-dentaire complexe (article 15.8 de la NGAP)	46 €

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

**hors majorations spécifiques pour la permanence des soins dentaires

*** Lorsque le chirurgien-dentiste inscrit sur le tableau de permanence inscrit auprès du conseil départemental de l'Ordre intervient dans le cadre de la permanence des soins dentaires, celui-ci bénéficie pour les actes cliniques et techniques pratiqués dans le cadre de la permanence des soins dentaires, d'une majoration spécifique dénommée « MCD ».

Cette majoration spécifique est également applicable par le chirurgien-dentiste conventionné non inscrit au tableau de garde, qui intervient sur appel du régulateur en remplacement du chirurgien-dentiste de permanence indisponible.

Les majorations de nuit, de dimanche et jours fériés, définies dans l'annexe tarifaire de la convention nationale, ne sont pas cumulables avec la majoration MCD.

Les interventions réalisées en dehors de ce cadre par les chirurgiens-dentistes libéraux donnent lieu à l'application et à la prise en charge par l'assurance maladie des majorations en vigueur, aux conditions habituelles.

Article 2 : nouveaux tarifs en euros

Les tableaux ci-après annulent et remplacent les dispositions préexistantes concernées.

La mesure tarifaire ci-après entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025

	Tarifs en euros
Bilan dentaire spécifique lors de l'entrée en établissement et service médico-social	40 €
Examen de prévention bucco-dentaire de 3 à 24 ans et femmes enceintes	
Examen simple (BDC)	40 €
Examen avec réalisation d'1 ou 2 radiographies intrabuccales (BR2)	52 €
Examen avec réalisation de 3 ou 4 radiographies intrabuccales (BR4)	64 €
Examen avec réalisation d'une radio panoramique (BRP)	64 €

Codes actes	Libellés	Acti- vité	Pha- se	Majora- tion DROM (1)	Tarifs applicables jusqu'au 31.01.2024 (2)	Tarifs applicables à compter du 1.02.2024 (2)	Tarifs applicables à compter du 1.01.2025	Tarifs applicables à compter du 1.01.2026	Tarifs applicables à compter du 1.01.2027	Tarifs applicables à compter du 1.01.2028
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent	1	0	1,079	26,03	26,03	26,03	26,03	26,03	26,03
HBBD006	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents	1	0	1,079	52,06	52,06	52,06	52,06	52,06	52,06
HBBD007	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents	1	0	1,079	78,08	78,08	78,08	78,08	78,08	78,08
HBBD004	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents	1	0	1,079	104,11	104,11	104,11	104,11	104,11	104,11
HBBD039	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents	1	0	1,079	119,30	119,30	119,30	119,30	119,30	119,30
HBBD404	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents	1	0	1,079	143,15	143,15	143,15	143,15	143,15	143,15
HBBD098	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents	1	0	1,079	167,01	167,01	167,01	167,01	167,01	167,01
HBBD427	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents	1	0	1,079	190,87	190,87	190,87	190,87	190,87	190,87
HBBD001	Détartrage et polissage des dents	1	0	1,079	28,92	28,92	28,92	28,92	28,92	28,92
HBFD010	Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct	1	0	1,079	60,00	60,00	62,40	62,40	62,40	62,40
HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau inrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux	1	0	1,079	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
HBMD460	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau inrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux	1	0	1,079	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivoanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	1	0	1,079	29,30	29,30	30,47	30,47	30,47	30,47
HBMD050	Restauration d'une dent d'un secteur incisivoanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	1	0	1,079	50,00	50,00	52,00	52,00	52,00	52,00
HBMD054	Restauration d'une dent d'un secteur incisivoanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	1	0	1,079	65,50	65,50	68,12	68,12	68,12	68,12
HBMD044	Restauration d'une dent d'un secteur incisivoanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	1	0	1,079	65,50	65,50	68,12	68,12	68,12	68,12
HBMD047	Restauration d'une dent d'un secteur incisivoanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	1	0	1,079	94,60	94,60	98,38	98,38	98,38	98,38

Codes actes	Libellés	Acti- vité	Pha- se	Majora- tion DROM (1)	Tarifs applicables jusqu'au 31.01.2024 (2)	Tarifs applicables à compter du 1.02.2024 (2)	Tarifs applicables à compter du 1.01.2025	Tarifs applicables à compter du 1.01.2026	Tarifs applicables à compter du 1.01.2027	Tarifs applicables à compter du 1.01.2028
HBMD053	Restauration d'une dent d'un secteur prémololaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	1	0	1,079	29,30	29,30	30,47	30,47	30,47	30,47
HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémololaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	1	0	1,079	50,00	50,00	52,00	52,00	52,00	52,00
HBMD038	Restauration d'une dent d'un secteur prémololaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	1	0	1,079	65,50	65,50	68,12	68,12	68,12	68,12
HBMD042	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire	1	0	1,079	100,00	100,00	104,00	104,00	104,00	104,00
HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire	1	0	1,079	23,00	23,00	23,92	36,00	36,00	36,00
HBFD017	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire	1	0	1,079	40,00	40,00	41,60	41,60	41,60	41,60
HBFD019	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire	1	0	1,079	100,00	100,00	104,00	104,00	104,00	104,00
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente	1	0	1,079	40,00	40,00	41,60	41,60	41,60	41,60
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire	1	0	1,079	61,00	61,00	63,44	63,44	63,44	63,44
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire	1	0	1,079	61,00	61,00	63,44	63,44	63,44	63,44
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente	1	0	1,079	100,00	100,00	104,00	104,00	104,00	104,00
HBFD015	Exérèse du contenu canalair non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire	1	0	1,079	47,00	47,00	48,88	48,88	48,88	48,88
HBFD474	Exérèse du contenu canalair non vivant d'une molaire temporaire	1	0	1,079	110,00	110,00	114,40	114,40	114,40	114,40
HBFD458	Exérèse du contenu canalair non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature	1	0	1,079	47,00	47,00	48,88	48,88	48,88	48,88
HBFD395	Exérèse du contenu canalair non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature	1	0	1,079	68,00	68,00	70,72	70,72	70,72	70,72
HBFD326	Exérèse du contenu canalair non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire	1	0	1,079	68,00	68,00	70,72	70,72	70,72	70,72
HBFD150	Exérèse du contenu canalair non vivant d'une molaire permanente immature	1	0	1,079	110,00	110,00	114,40	114,40	114,40	114,40
HBFD001	Exérèse du contenu canalair non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente	1	0	1,079	47,00	47,00	48,88	48,88	48,88	48,88
HBFD297	Exérèse du contenu canalair non vivant d'une première prémolaire maxillaire	1	0	1,079	68,00	68,00	70,72	70,72	70,72	70,72

Codes actes	Libellés	Acti- vité	Pha- se	Majora- tion DROM (1)	Tarifs applicables jusqu'au 31.01.2024 (2)	Tarifs applicables à compter du 1.02.2024 (2)	Tarifs applicables à compter du 1.01.2025	Tarifs applicables à compter du 1.01.2026	Tarifs applicables à compter du 1.01.2027	Tarifs applicables à compter du 1.01.2028
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	1	225,75	225,75	225,75	225,75	225,75	225,75
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	1	258,00	258,00	258,00	258,00	258,00	258,00
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	1	290,25	290,25	290,25	290,25	290,25	290,25
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	1	322,50	322,50	322,50	322,50	322,50	322,50
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	1	354,75	354,75	354,75	354,75	354,75	354,75
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	1	387,00	387,00	387,00	387,00	387,00	387,00
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	1	419,25	419,25	419,25	419,25	419,25	419,25
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	1	451,50	451,50	451,50	451,50	451,50	451,50
YYYY465	Supplément pour examen spécifique prélabial et postérieur à l'acte de pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire dans le traitement du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil	1	0	1	70,00	70,00	70,00	70,00	70,00	70,00
YYYY183	Supplément pour actes bucco-dentaires pour un patient en situation de handicap sévère	1	0	1,077	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
YYYY185	Supplément pour actes bucco-dentaires réalisés en 2 séances ou plus pour prise en charge d'un patient en situation de handicap sévère	1	0	1	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00
YYYY614	Supplément pour soins chirurgicaux dentaires pour un patient en ALD et traité par anticoagulants oraux directs [AOD] ou par antivitamine K [AVK]	1	0	1,077	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
YYYY755	Supplément pour avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe réalisée en cabinet sous anesthésie locale	1	0	1	125,00	125,00	125,00	125,00	125,00	125,00
HBLD010***	Seance d'application de fluorure diamine d'argent	1	0	1				35,00	35,00	35,00
HBLD006**	Pose d'un mainteneur d'espace interdentaire unitaire scellé	1	0	1				30,00	30,00	30,00
HBFD007***	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent permanente	1	0	1,079				80,00	80,00	80,00
HBLD011***	Coiffe pédodontique préformée	1	0	1,079				150,00	150,00	150,00

Codes actes	Libellés	Acti- vité	Pha- se	Majora- tion DROM (1)	Tarifs applicables jusqu'au 31.01.2024 (2)	Tarifs applicables à compter du 1.02.2024 (2)	Tarifs applicables à compter du 1.01.2025	Tarifs applicables à compter du 1.01.2026	Tarifs applicables à compter du 1.01.2027	Tarifs applicables à compter du 1.01.2028
Modificateurs										
N	Majoration pour réalisation d'un acte de restauration des tissus durs de la dent et/ou d'endodontie sur des dents permanentes chez un enfant de moins de 13 ans				15,70%	15,70%	15,70%	15,70%	15,70%	15,70%
J	Majoration transitoire de chirurgie				6,50%	6,50%	6,50%	6,50%	6,50%	6,50%
K	Majoration forfait modifiables pour les actes d'accouchement réalisés par les sages-femmes. Majoration forfait modifiables pour les actes d'accouchement réalisés par les gynécologues-obstétriciens et pour les actes réalisés par les chirurgiens admettant la majoration transitoire de chirurgie, en secteur 1 ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique [OPTAM-CO] définie aux articles 49 et suivants de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et par les chirurgiens-dentistes spécialistes en chirurgie orale				20%	20%	20%	20%	20%	20%
9**	Majoration pour réalisation d'un acte de restauration coronaire ou d'endodontie chez un ayant droit ou assuré sociaux âgé de 3 à 24 ans inclus					30%	30%	30%	30%	30%

* A compter du 1 février 2024, Les populations de patients concernés au titre des ALD sont les suivantes :

- les patients diabétiques de type 1 et de type 2 (code 8) ;
- les patients en insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves (code 5) ;
- les patients en déficit immunitaire primitif, infection par le VIH (code 7) ;
- les patients avec une maladie coronaire (code 13) ;
- les patients avec une polyarthrite rhumatoïde (code 22) ;
- les patients avec une spondylarthrite grave (code 27).

sous réserves de son inscription préalable à la liste visée à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par décision UNCAM

** sous réserves de son inscription préalable à la liste visée à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par décision UNCAM

*** sous réserves de l'avis de la HAS et de son inscription préalable à la liste visée à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par décision UNCAM,

(1) coefficients de majoration pour les antilles, la guyane, la réunion et mayotte applicables aux tarifs de remboursement « métropole »

(2) Les mesures tarifaires prévues entrent en vigueur le 1er février 2024 ou à la date d'échéance du délai de 6 mois susmentionné si elle est postérieure

ANNEXE III : DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE
(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis)

DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE
conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au JO du 25 août 2018)

Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité. Ce devis est informatif, les montants des honoraires et prises en charge sont définis selon les droits effectifs à la date de réalisation de l'acte. Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis.

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Nom Prénom :
 Identifiant du praticien RPPS [.....] N°Adell[.....] ou
 N° de l'établissement (FINISS) : [.....]
 Raison sociale et adresse :

Date du devis : - - / - - / - - - -
 Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : - - / - - / - - - -

Ce devis contient pages indissociables
 Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : Date de naissance : - - / - - / - - - -
 N° de Sécurité sociale du patient :

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel reste à charge selon son contrat :

Nom de l'organisme complémentaire :
 N° de contrat ou d'adhérent :
 Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

Lieu de fabrication du dispositif médical : - au sein de l'Union Européenne - hors Union Européenne

- sans sous-traitance du fabricant - avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée : - au sein de l'Union Européenne - hors Union Européenne

A l'issue du traitement, il vous sera remis une fiche de traçabilité et la déclaration de conformité du dispositif médical (document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

Légende explicative du devis:

* HN = Hors Nomenclature,

*** Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoire sont informatifs. La prise en charge définitive est définie à la date de réalisation de l'acte.

**	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	2	Alliage non précieux ISO 22674 2016	3	C-éramo-céramique NF EN ISO 9693 2016
	4	Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	5	Polymères de base NF EN 20795:1:2013	6	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017

Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
1	100% Santé	soumis à honoraires limites de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable
2	Modéré	soumis à honoraires limites de facturation honoraires libres	selon le contrat du patient
3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
4	Complémentaire santé solidaire	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire

Notice explicative pour le patient figurant au dos du devis

Ce devis s'applique à tout traitement, pour lequel un dispositif médical sur mesure est nécessaire (prothèse dentaire essentiellement). Le chirurgien-dentiste vous précise la date du devis et la date de fin de validité de ce devis.

Votre chirurgien-dentiste vous informe des différentes possibilités de traitement qui vous sont offertes et peut vous proposer plusieurs devis le cas échéant.

Si vous désirez transmettre ce devis à votre organisme complémentaire pour connaître votre reste à charge, vous pouvez renseigner le pavé correspondant.

Dans ce devis, le chirurgien-dentiste décrit le traitement qu'il vous propose ainsi que les différents matériaux utilisés. Il vous précise la nature de l'acte conformément à la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM) ou pour les actes d'orthodontie, à la Nomenclature Générale des Actes et Prestations (NGAP). Lorsqu'un acte est non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire, le chirurgien-dentiste indique dans la colonne Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire la mention « NR » (Non remboursable). Par ailleurs, quand l'acte n'est pas décrit à la CCAM ou à la NGAP, le chirurgien-dentiste indique la mention « HN » (Hors nomenclature).

Lorsque le chirurgien-dentiste vous propose un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention de la complémentaire), il doit mentionner dans la partie « information alternative thérapeutique » du devis les actes sans reste à charge (panier 100% santé) ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé constituant une alternative thérapeutique chaque fois qu'elle existe et si elle est ou non réalisée par le praticien

Le chirurgien-dentiste doit indiquer le lieu de fabrication du dispositif médical (exemple : couronne), qui peut être :

- au sein de l'Union européenne (UE),
- hors de l'Union européenne.

En cas de sous-traitance de la fabrication du dispositif par le fournisseur, le chirurgien-dentiste en précise le lieu.

Une déclaration de conformité du dispositif médical, garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, vous sera remise par votre chirurgien-dentiste en fin de traitement.

ANNEXE IV - METHODOLOGIE DE CLASSIFICATION DES ZONES RELATIVES AUX CHIRURGIENS-DENTISTES

Méthodologie de classification des zones relatives aux chirurgiens-dentistes

Les partenaires conventionnels ont mené des travaux en lien avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère de la Santé et de la Prévention afin de rénover la méthodologie de classification des zones pour lesquelles les partenaires conventionnels ont défini des mesures d'incitation ou de régulation en vue d'une meilleure répartition géographique de l'offre des chirurgiens-dentistes.

Ils proposent de retenir la méthode suivante pour déterminer, d'une part, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins dentaires mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique et, d'autre part, celles dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé mentionnées au 2° de ce même article.

1. Unité territoriale

Ces zones identifiées sont classées en cinq niveaux de dotation : zones « très sous dotées », zones « sous dotées », zones « intermédiaires », zones « très dotées » et zones « non prioritaires ».

Le découpage des zones est défini par référence à une unité territoriale à l'échelle du Territoire de vie sante (TVS). Il s'agit d'un agrégat de communes autour d'un pôle d'équipements et de services, constitué selon une logique proche du découpage en « bassins de vie » de l'Insee.

Ce découpage vise à délimiter le territoire le plus resserré possible au sein duquel les habitants ont accès aux équipements et services considérés comme les plus courants.

2. Source des données

- Découpage en Territoire de vie santé (TVS).

Le TVS est l'unité géographique de référence produite par la DREES (mise à jour chaque année) utilisée dans les politiques incitatives à l'installation des professionnels de santé en zone sous-dense.

- Variables d'activité

Les informations sur l'activité et les honoraires des chirurgiens-dentistes libéraux et des centres de santé dentaire, quel que soit le régime d'affiliation de leurs patients, sont issues du système national d'information inter régimes de l'assurance maladie.

- Variables administratives

Les variables administratives par cabinet de chirurgiens-dentistes libéraux et par centre de santé dentaire sont issues du fichier national des professionnels de santé (FINPS).

- Distances et temps de trajet entre communes

Les données concernant les distances entre communes sont issues du distancier Metric de l'Insee.

La population résidente étudiée est issue des données du recensement INSEE (2019).

3. Méthodologie

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est calculé en fonction :

- de l'offre et de la demande dans les communes environnantes, de façon décroissante avec la distance ;

- du niveau estimé d'activité des chirurgiens-dentistes en exercice, sur la base des observations passées (honoraires remboursables - hors orthopédie dentofaciale- sur 2021 - pour les chirurgiens-dentistes libéraux de 65 ans et moins et les chirurgiens-dentistes salariés en centre de santé dentaire) ;
- des besoins de soins bucco-dentaires de la population, sur la base des consommations de soins moyennes observées par tranche d'âges

L'indicateur d'APL est d'abord calculé pour chaque commune. Il est ensuite agrégé au niveau du TVS en faisant la moyenne des indicateurs d'APL des communes constituant chaque TVS pondérée par la population standardisée par âge de chaque commune. Chaque TVS est ensuite classé par ordre croissant en fonction de son indicateur d'APL.

A noter, au niveau régional, que les parts de population précédemment définies pour chaque type de zone peuvent être amenées à évoluer en fonction de la mise à jour de l'indicateur APL utilisé par l'ARS.

3.1. Descriptif des variables utilisées dans le calcul de l'indicateur APL

3.1.1. Le nombre de chirurgiens-dentistes en Equivalent temps plein

Le nombre de chirurgiens-dentistes en Equivalent temps plein (ETP) est calculé en fonction des honoraires sans dépassements réalisés par professionnel de santé au cours de l'année de référence (2021). L'activité de chaque chirurgien-dentiste est rapportée à la médiane (125 100 € par an en 2021) et ne peut excéder le 9^{ème} décile pour les chirurgiens-dentistes libéraux uniquement (217 200 € par an en 2021).

Seule l'activité des chirurgiens-dentistes libéraux et salariés en centre de santé dentaire est prise en compte. L'activité d'orthopédie dento-faciale (ODF) est exclue. Les chirurgiens-dentistes âgés de 65 ans et plus ne sont pas pris en compte ni ceux avec une activité très faible (honoraires annuels inférieurs à 10 000€).

Les chirurgiens-dentistes nouvellement installés au cours des 12 derniers mois dans la commune comptent pour un seul ETP.

3.1.2. La population résidente standardisée par l'âge par commune

Afin de tenir compte de l'âge de la population par commune et d'une demande en soins dentaires croissante avec l'âge, la population résidente a été standardisée à partir du nombre d'actes dentaires consommés par tranche d'âge de 5 ans.

3.1.3. Les distances entre communes

La distance entre 2 communes a été mesurée en minutes. Les temps de parcours utilisés sont issus du distancier Metric produit par l'Insee.

L'accessibilité a été considérée comme parfaite (coefficient = 1) entre 2 communes éloignées de moins de 10 minutes. L'accessibilité est réduite à 2/3 pour 2 communes éloignées entre 10 minutes et 15 minutes, et à 1/3 pour 2 communes éloignées entre 15 et 20 minutes. Entre 2 communes éloignées de plus de 20 minutes, l'accessibilité est considérée comme nulle.

3.2. Gradient social

Les partenaires conventionnels s'accordent pour utiliser l'indicateur APL (accessibilité potentielle localisée) et afin d'y ajouter la notion de gradient social, une pondération lui est appliquée à partir des deux indicateurs suivants :

- le taux de patients en affection de longue durée (ALD) parmi l'ensemble des patients consommant ;
- le taux de patient bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire (C2S) parmi l'ensemble des patients consommant.

Lorsque la part de patients en ALD d'un TVS est inférieure au 1^{er} décile ou supérieure au 9^e décile, un coefficient de pondération est appliqué de la façon suivante : pour les TVS ayant un indicateur de part en ALD supérieur ou égal au 9^e décile, l'indicateur APL du TVS est pondéré à la baisse de 10% et pour ceux appartenant au 1^{er} décile, l'indicateur APL du TVS est pondéré à la hausse de +10%.

La part des bénéficiaires C2S dans la population étant plus hétérogène, il est appliqué un coefficient pour les TVS dont la part des bénéficiaires C2S est inférieure ou égal au 2^e décile ou supérieur ou égal au 8^e décile : pour les TVS ayant l'indicateur en part de C2S supérieur au 8^e décile l'indicateur APL du TVS est pondéré à la baisse 10% et pour ceux inférieurs ou égal au 2^e décile, le coefficient pondère à la hausse l'indicateur APL du TVS de +10%.

3.3. Classement des territoires de vie santé (TVS)

Les TVS sont classés par ordre croissant de leur niveau d'APL pondéré du gradient social présenté ci-dessus. La répartition des catégories de zone est effectuée à partir du pourcentage cumulé croissant de population de la manière suivante :

- Les premiers TVS avec les APL les plus faible et représentant 30% de la population totale sont classés en zones « très sous dotées » ;
- Les TVS avec les APL immédiatement supérieurs au précédent et représentant 15% de la population sont classés en zones « sous dotées » ;
- Les TVS suivants ces 15% et représentant 35% de la population sont classés en zones « intermédiaires » ;
- Les TVS immédiatement supérieurs à ces 35% et représentant 15% de la population sont classés en zones « très dotées » ;
- Les TVS avec les APL les plus élevés et représentant 5% de la population sont classés en zones « non prioritaires ».

4. Adaptation régionale avant publication des arrêtés par les Agences régionales de santé

Si les caractéristiques sociales, économiques et géographiques d'une zone sous-dotée tenant à :

- sa géographie ;
- ses infrastructures,
- ses caractéristiques socio-économiques et leurs évolutions, qui peuvent être notamment mesurées par l'indice de désavantage social² (*French Index Deprivation, Fdep – Insee, 2019*) disponible par commune (hors DROM) cumulé et rapporté à la population du Territoire de vie santé (TVS) ;

le justifie, l'arrêté de l'agence régionale de santé définissant le zonage peut modifier le classement de cette zone selon les dispositions suivantes et après avoir mené la concertation prévue par les dispositions de l'article R. 1434-42 du code la santé publique et recueilli l'avis de la Commission paritaire régionale prévue à la présente convention.

Dans son arrêté définissant le zonage, l'ARS peut ajouter aux zones définies nationalement comme « très sous dotées », des territoires de vie santé (TVS) représentant au maximum 10% de sa population régionale. Ces TVS sont sélectionnés parmi ceux définis nationalement comme « zone sous dotée » et pour lesquels le niveau d'APL est immédiatement supérieur à celui des TVS en « zone très sous dotée ».

² Indice réalisé à partir de 4 variables de données Insee disponibles pour chaque commune : le revenu médian des ménages; la part de diplômés bacheliers de plus de 15 ans, le part d'ouvriers dans la population active et la part de personnes au chômage dans la population active.

ANNEXE V : REPARTITION DES ACTES A ENTENTE DIRECTE ENTRE LES ACTES SANS RESTE A CHARGE, LES ACTES POUR LESQUELS L'ENTENTE DIRECTE SERAIT LIMITEE ET LES ACTES POUR LESQUELS L'ENTENTE DIRECTE RESTE LIBRE

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

Codes CCAM	Honoraires limites de facturation jusqu'au 31.12.2025	Honoraires limites de facturation au 1.01.2026	Honoraires limites de facturation au 1.01.2027	Honoraires limites de facturation au 1.01.2028
HBLD090*	175,00	150,00	140,00	130,00
HBLD073**		453,20	453,20	453,20
HBLD099**		1359,60	1359,60	1359,60
HBLD490	60,00	61,80	61,80	61,80
HBLD038	290,00	298,70	298,70	298,70
HBLD634	500,00	515,00	515,00	515,00
HBLD350	440,00	453,20	453,20	453,20
HBLD680	500,00	515,00	515,00	515,00
HBLD364	275,00	283,25	283,25	283,25
HBLD476	310,00	319,30	319,30	319,30
HBLD224	368,00	379,04	379,04	379,04
HBLD371	400,00	412,00	412,00	412,00
HBLD123	450,00	463,50	463,50	463,50
HBLD270	450,00	463,50	463,50	463,50
HBLD148	450,00	463,50	463,50	463,50
HBLD231	450,00	463,50	463,50	463,50
HBLD215	490,00	504,70	504,70	504,70
HBLD262	500,00	515,00	515,00	515,00
HBLD232	500,00	515,00	515,00	515,00
HBLD032	520,00	535,60	535,60	535,60
HBLD259	1170,00	1205,10	1205,10	1205,10
HBLD101	680,00	700,40	700,40	700,40
HBLD138	720,00	741,60	741,60	741,60
HBLD083	765,00	787,95	787,95	787,95
HBLD370	800,00	824,00	824,00	824,00
HBLD349	850,00	875,50	875,50	875,50
HBLD031	1100,00	1133,00	1133,00	1133,00
HBLD035	2300,00	2369,00	2369,00	2369,00
HBLD033	870,00	896,10	896,10	896,10
HBLD785	1465,00	1508,95	1508,95	1508,95
HBMD017	85,00	87,55	87,55	87,55
HBMD114	120,00	123,60	123,60	123,60
HBMD322	150,00	154,50	154,50	154,50
HBMD404	185,00	190,55	190,55	190,55
HBMD245	215,00	221,45	221,45	221,45
HBMD198	251,00	258,53	258,53	258,53

Codes CCAM	Honoraires limites de facturation jusqu'au 31.12.2025	Honoraires limites de facturation au 1.01.2026	Honoraires limites de facturation au 1.01.2027	Honoraires limites de facturation au 1.01.2028
HBMD373	287,00	295,61	295,61	295,61
HBMD228	324,00	333,72	333,72	333,72
HBMD286	360,00	370,80	370,80	370,80
HBMD329	400,00	412,00	412,00	412,00
HBMD226	440,00	453,20	453,20	453,20
HBMD387	480,00	494,40	494,40	494,40
HBMD134	520,00	535,60	535,60	535,60
HBMD174	560,00	576,80	576,80	576,80
HBKD396	50,00	51,50	51,50	51,50
HBKD431	80,00	82,40	82,40	82,40
HBKD300	100,00	103,00	103,00	103,00
HBKD212	130,00	133,90	133,90	133,90
HBKD462	160,00	164,80	164,80	164,80
HBKD213	190,00	195,70	195,70	195,70
HBKD140	220,00	226,60	226,60	226,60
HBKD244	250,00	257,50	257,50	257,50
HBMD020	80,00	82,40	82,40	82,40
HBMD356	85,00	87,55	87,55	87,55
YYYY176	60,00	61,80	61,80	61,80
YYYY275	100,00	103,00	103,00	103,00
YYYY246	140,00	144,20	144,20	144,20
YYYY478	170,00	175,10	175,10	175,10
YYYY426	194,00	199,82	199,82	199,82
YYYY389	210,00	216,30	216,30	216,30

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

**actes pour lesquels l'entente directe sera limitée et sans reste à charge à partir du 1er janvier 2026, sous réserve de la publication préalable d'une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations prévue à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale

Liste des actes pour lesquels l'entente directe est limitée :

Codes CCAM	Honoraires limites de facturation jusqu'au 31.12.2025	Honoraires limites de facturation au 1.01.2026	Honoraires limites de facturation au 1.01.2027	Honoraires limites de facturation au 1.01.2028
HBLD745*	175	150	140	130
HBLD006*		150	150	150
HBLD073**	440			
HBMD351	350	360,5	360,5	360,5
HBLD724	60	61,8	61,8	61,8
HBLD491	550	566,5	566,5	566,5
HBLD158	550	566,5	566,5	566,5

Codes CCAM	Honoraires limites de facturation jusqu'au 31.12.2025	Honoraires limites de facturation au 1.01.2026	Honoraires limites de facturation au 1.01.2027	Honoraires limites de facturation au 1.01.2028
HBLD131	1100	1133	1133	1133
HBLD332	1200	1236	1236	1236
HBLD452	1240	1277,2	1277,2	1277,2
HBLD474	1281	1319,43	1319,43	1319,43
HBLD075	1315	1354,45	1354,45	1354,45
HBLD470	1365	1405,95	1405,95	1405,95
HBLD435	1400	1442	1442	1442
HBLD079	1430	1472,9	1472,9	1472,9
HBLD203	1450	1493,5	1493,5	1493,5
HBLD112	1500	1545	1545	1545
HBLD308	1520	1565,6	1565,6	1565,6
HBLD047	1600	1648	1648	1648
HBLD046	3600	3708	3708	3708
HBLD048	2800	2884	2884	2884
HBLD040	1170	1205,1	1205,1	1205,1
HBLD043	1635	1684,05	1684,05	1684,05
HBLD227	1635	1684,05	1684,05	1684,05
HBMD249	150	154,5	154,5	154,5
HBMD292	210	216,3	216,3	216,3
HBMD188	290	298,7	298,7	298,7
HBMD432	350	360,5	360,5	360,5
HBMD283	417	429,51	429,51	429,51
HBMD439	456,00	469,68	469,68	469,68
HBMD425	500	515	515	515
HBMD444	550	566,5	566,5	566,5
HBMD485	600	618	618	618
HBMD410	650	669,5	669,5	669,5
HBMD429	700	721	721	721
HBMD281	750	772,5	772,5	772,5
HBMD200	800	824	824	824
HBMD298	875	901,25	901,25	901,25
HBMD008	121	124,63	124,63	124,63
HBMD002	145	149,35	149,35	149,35
HBMD488	184	189,52	189,52	189,52
HBMD469	225	231,75	231,75	231,75
HBMD110	250	257,5	257,5	257,5
HBMD349	280	288,4	288,4	288,4
HBMD386	300	309	309	309
HBMD339	325	334,75	334,75	334,75
HBMD459	350	360,5	360,5	360,5
HBMD438	375	386,25	386,25	386,25
HBMD481	400	412	412	412

Codes CCAM	Honoraires limites de facturation jusqu'au 31.12.2025	Honoraires limites de facturation au 1.01.2026	Honoraires limites de facturation au 1.01.2027	Honoraires limites de facturation au 1.01.2028
HBMD449	420	432,6	432,6	432,6
HBMD312	430	442,9	442,9	442,9
HBMD289	440	453,2	453,2	453,2
HBMD400	450	463,5	463,5	463,5
LBLD017	280	288,4	288,4	288,4
YYYY159	100	103	103	103
YYYY329	200	206	206	206
YYYY258	300	309	309	309
YYYY259	392	403,76	403,76	403,76
YYYY440	470	484,1	484,1	484,1
YYYY447	540	556,2	556,2	556,2
YYYY142	635	654,05	654,05	654,05
YYYY158	702	723,06	723,06	723,06
YYYY476	750	772,5	772,5	772,5
YYYY079	810	834,3	834,3	834,3
YYYY184	840	865,2	865,2	865,2
YYYY284	860	885,8	885,8	885,8
YYYY236	880	906,4	906,4	906,4
YYYY353	900	927	927	927

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

**acte pour lequel l'entente directe devient limitée et sans reste à charge à partir du 1er janvier 2026, sous réserve de la publication préalable d'une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations prévue à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale

Liste des actes pour lesquels l'entente directe reste libre :

Codes CCAM	Libellé CCAM
HBLD425*	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramocéramiques ou céramiques monolithiques (zircone ou hors zircone) et 1 élément intermédiaire céramocéramique ou céramique monolithique (zircone ou hors zircone)
HBLD426**	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramocéramiques ou céramiques monolithiques hors zircone et 1 élément intermédiaire céramocéramique ou céramique monolithique hors zircone
HBMD460	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux
HBLD245	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoporté à « tarif libre » Avec ou sans clavette À l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042 Facturation pour : - couronnes céramométalliques sur molaires (HBLD734) - couronnes céramocéramiques (HBLD403) - couronnes alliages précieux(HBLD318) - bridges de base tout céramique (HBLD425) - bridges de base en alliage précieux (HBLD178) - adjonction de piliers d'ancrage à un bridge de base (HBMD081, HBMD087) Prise en charge limitée à l'infrastructure coronaradiculaire métallique coulée
HBLD486	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée «à tarif libre» Facturation pour : - couronnes céramométalliques sur molaires (HBLD734) - couronnes céramocéramiques (HBLD403) - couronnes en alliage précieux(HBLD318) Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive

Codes CCAM	Libellé CCAM
HBLD734	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une molaire
HBLD403	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramocéramique
HBLD318	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage précieux
HBLD418	Pose d'une couronne dentaire implantoportée
HBLD132	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque résine comportant moins de 9 dents
HBLD492	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque base résine, comportant de 9 à 13 dents
HBLD118	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à plaque base résine
HBLD199	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à plaque base résine
HBLD240	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à chassis métallique comportant moins de 9 dents
HBLD236	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à chassis métallique comportant de 9 à 13 dents
HBLD217	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à chassis métallique
HBLD171	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à chassis métallique
HBLD030	Pose d'une prothèse dentaire complète transvissée implantoportée
HBLD178	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage en alliage précieux et 1 élément intermédiaire en alliage précieux
HBLD088	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 2 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente
HBLD750	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire
HBLD411	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage métallique et 1 élément en extension métallique [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire
HBLD321	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique et 1 élément en extension céramométallique [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire
HBLD465	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage métallique et 1 élément en extension céramo métallique [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire
HBLD466	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux, pour le remplacement d'une incisive permanente
HBLD414	Pose d'une prothèse plurale collé [Bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux, pour le remplacement d'une prémolaire ou d'une molaire permanente
HBLD179	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire métallique, pour le remplacement d'une prémolaire ou d'une molaire permanente
HBLD453	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 2 éléments intermédiaires céramométalliques ou en équivalents minéraux, pour le remplacement de 2 incisives mandibulaires permanentes
HBLD093	Pose d'une prothèse plurale en extension, collée comportant 1 ancrage coronaire partiel et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever collé], pour le remplacement d'une incisive permanente
HBKD005	Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra implantaire
HBMD019	Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire
HBGD011	Ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radiculaire scellé
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire
HBMD490	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [2e élément métallique intermédiaire de bridge]
HBMD342	Adjonction d'un 2e élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale [3e élément métallique intermédiaire de bridge]
HBMD082	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire métallique supplémentaire, au-delà du 3e

Codes CCAM	Libellé CCAM
HBMD479	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [2e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]
HBMD433	Adjonction d'un 2e élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [3e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]
HBMD072	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux supplémentaire, au-delà du 3e
HBMD081	Adjonction d'un pilier d'ancrage métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]
HBMD087	Adjonction d'un pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]
HBMD776	Adjonction d'un élément en extension métallique, autre qu'une canine, à une prothèse plurale fixée [bridge] comportant au moins 2 piliers d'ancrage et 1 élément intermédiaire
HBMD689	Adjonction d'1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux, autre qu'une canine, à une prothèse plurale fixée [bridge] comportant au moins 2 piliers d'ancrage et un élément intermédiaire

*acte supprimé à compter du 31 décembre 2025, sous réserve de la publication préalable d'une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations prévue à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale

**acte ajouté à compter du 1er janvier 2026, sous réserve de la publication préalable d'une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations prévue à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale

ANNEXE VI**CONTRATS TYPE DES CONVENTION NATIONALES 2018 et 2012****CONTRAT TYPE D'AIDE A L'INSTALLATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES
DANS LES ZONES TRES SOUS DOTES EN OFFRE DE SOINS DENTAIRE
(CAICD)****Convention 2018**

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de la convention nationale des chirurgiens-dentistes ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes en zone « très sous-dotée » pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 3.1.1.1 et à l'Annexe VII de la convention nationale des chirurgiens-dentistes.
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique)]*

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

Département :

Adresse :

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

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

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

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

Nom, Prénom

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

numéro RPPS :

numéro AM :

Adresse professionnelle :

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

Article 1. Champ du contrat d'aide à l'installation

Article 1.1. Objet du contrat d'aide à l'installation

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

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide à l'installation

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

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

- soit à titre individuel
- soit en groupe

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

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

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

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

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

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

Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide à l'installation

Article 2.1. Engagements du chirurgien-dentiste signataire

Le chirurgien-dentiste s'engage à :

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

Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de santé

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

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

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

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

Article 3. Durée du contrat d'aide à l'installation

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

Article 4. Résiliation du contrat d'aide à l'installation

Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du chirurgien-dentiste

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

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

Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé

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

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

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

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

Article 5. Conséquences d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins

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

Le chirurgien-dentiste

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

Nom Prénom

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

Convention 2018

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de la convention nationale des chirurgiens-dentistes ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes en zone « très sous dotée » pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 3.1.1.2 et à l'Annexe VIII de la convention nationale des chirurgiens-dentistes.
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique)]*

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

Département :

Adresse :

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

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

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

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

Nom, Prénom

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

numéro RPPS :

numéro AM :

Adresse professionnelle :

un contrat d'aide au maintien d'activité des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés (CAMCD) installés dans les zones identifiées en zone « très sous dotée ».

Article 1. Champ du contrat d'aide au maintien d'activité

Article 1.1. Objet du contrat d'aide au maintien d'activité

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

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide au maintien d'activité

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

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

- soit à titre individuel
- soit en groupe

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

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

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

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

Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide au maintien d'activité

Article 2.1. Engagements du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste s'engage à :

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

Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé

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

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

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

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

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

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

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

Article 3. Durée du contrat d'aide au maintien d'activité

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

Article 4. Résiliation du contrat d'aide au maintien d'activité

Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du chirurgien-dentiste

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

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

Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

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

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

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

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

Article 5. Conséquences d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins

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

Le chirurgien-dentiste

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

Nom Prénom

« CONTRAT INCITATIF CHIRURGIEN-DENTISTE »**Option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés en zones « très sous-dotées »****Convention 2012**

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

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

1) Objet de l'option

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

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

2) Champ de l'option

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

3) Conditions générales d'adhésion

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

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

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

Différents modes d'exercice sont possibles :

- L'exercice en groupe qui s'entend comme :
 - le regroupement d'au moins deux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans les mêmes locaux, installés dans une zone « très sous-dotées » et liés entre eux par :
 - un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ou de société civile de moyens (SCM) ;

- ou par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'Ordre ;

- L'exercice individuel

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

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

Le chirurgien-dentiste adhérent à l'option bénéficie :

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

5) Engagements du chirurgien-dentiste

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

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

6. Adhésion à l'option

6.1 Modalités d'adhésion

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

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

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

6.2 Durée de l'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement de l'acte d'adhésion par la caisse et jusqu'au terme du contrat, soit pour une durée de 5 ans, non renouvelable, pour les chirurgiens-dentistes nouvellement installés, et pour une durée de 3 ans renouvelable pour ceux

déjà installés, dès lors que le professionnel remplit les conditions requises et que la zone est classée comme « très sous-dotée ».

6.3 Suivi des engagements et effets de l'adhésion

Le versement des aides est conditionné au respect des conditions d'exécution de l'option par le chirurgien-dentiste adhérent.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

6.4 Rupture de l'option

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

Le chirurgien-dentiste dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au chirurgien-dentiste qu'il ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet ainsi que pour exiger le remboursement des sommes qui auraient indûment été perçues.

Le chirurgien-dentiste peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Il en informe la caisse par courrier. La décision du chirurgien-dentiste prend effet dès réception par la caisse du courrier. Il ne pourra pas bénéficier des aides prévues pour l'année où il résilie l'option.

**MODELE DE FORMULAIRE D'ADHESION AU « CONTRAT INCITATIF
CHIRURGIEN-DENTISTE » OPTION 1 : AIDE A L'INSTALLATION EN ZONE
« TRES SOUS-DOTEE »**

Convention 2012

Acte d'adhésion au « Contrat incitatif chirurgien-dentiste »³

Identification du chirurgien-dentiste :

Je, soussigné (e),

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification :

Adresse du lieu d'exercice principal :

Déclare exercer :

En individuel

Déclare exercer en groupe formalisé selon le mode suivant (copie du/des contrats à annexer à l'acte d'adhésion) :

SCP

SEL

Autres contrats de société

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions de l'option conventionnelle telles qu'indiquées à l'annexe 9 du présent texte ;

2° Adhérer à l'option destinée à favoriser l'installation des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés en zone « très sous-dotée », telle que définie par l'ARS, et m'engager à en respecter les dispositions, pour une durée de 5 ans non renouvelables.

Cachet du chirurgien-dentiste

Fait à

Le

Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée⁴

Adhésion non enregistrée et motif du rejet :

Cachet de la caisse

Date

³ Document à remplir par le chirurgien-dentiste, en double exemplaire, et à envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de son exercice principal. Un exemplaire signé par la caisse est ensuite renvoyé au professionnel signataire.

⁴ Rayer les mentions inutiles

**MODELE DE FORMULAIRE D'ADHESION AU « CONTRAT INCITATIF
CHIRURGIEN-DENTISTE » OPTION 2 : AIDE AU MAINTIEN EN ZONE « TRES
SOUS-DOTEE »**

Convention 2012

Acte d'adhésion au « Contrat incitatif chirurgien-dentiste »⁵

Identification du chirurgien-dentiste :

Je, soussigné (e),

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification :

Adresse du lieu d'exercice principal :

Déclare exercer :

En individuel

Déclare exercer en groupe formalisé selon le mode suivant (copie du/des contrats à annexer à l'acte d'adhésion) :

SCP

SEL

Autres contrats de société

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions de l'option conventionnelle telles qu'indiquées à l'annexe 9 du présent texte ;

2° Adhérer à l'option destinée à favoriser le maintien en activité des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés en zone « très sous-dotée », telle que définie par l'ARS, et m'engager à en respecter les dispositions, pour 3 ans renouvelables.

Cachet du chirurgien-dentiste

Fait à

Le

Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée⁶

Adhésion non enregistrée et motif du rejet :

Cachet de la caisse

Date

⁵ Document à remplir par le chirurgien-dentiste, en double exemplaire, et à envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de son exercice principal. Un exemplaire signé par la caisse est ensuite renvoyé au professionnel signataire.

⁶ Rayer les mentions inutiles

**ANNEXE VII - CONTRAT TYPE D'AIDE A L'INSTALLATION DES
CHIRURGIENS-DENTISTES DANS LES ZONES TRES SOUS DOTES EN OFFRE
DE SOINS DENTAIRES (CAICD2023)**

Convention 2023

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de la convention nationale des chirurgiens-dentistes ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé [région] du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes en zone « très sous-dotée » pris sur la base du contrat type national prévu par les dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes susvisée.
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé [région] du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique pour les chirurgiens-dentistes)]*

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

Département :

Adresse :

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

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

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

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

Nom, Prénom

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

numéro RPPS :

numéro AM :

Adresse professionnelle :

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

Article 1. Champ du contrat d'aide à l'installation

Article 1.1. Objet du contrat d'aide à l'installation

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

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide à l'installation

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

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

- soit à titre individuel
- soit en groupe

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

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

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

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

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

Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide à l'installation

Article 2.1. Engagements du chirurgien-dentiste signataire

Le chirurgien-dentiste s'engage à :

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

Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de santé

En contrepartie des engagements du chirurgien-dentiste signataire définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au chirurgien-dentiste une aide forfaitaire au titre de l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels d'un montant de 50 000 euros.

Cette aide est versée en deux fois : 25 000 euros dans les 30 jours suivant la signature du contrat (année n) et 25 000 euros avant le 30 avril de l'année civile n+2 (3^{ème} année du contrat) à compter de la signature du contrat par l'ensemble des parties.

Article 3. Durée du contrat d'aide à l'installation

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

Article 4. Résiliation du contrat d'aide à l'installation

Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du chirurgien-dentiste

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

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

Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

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

des étapes de la procédure définie ci-après. La caisse d'assurance maladie informera en parallèle l'Agence Régionale de Santé de cette décision.

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

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

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

Article 5. Conséquences d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins

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

Le chirurgien-dentiste

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

Nom Prénom

**ANNEXE VIII CONTRAT TYPE D'AIDE AU MAINTIEN D'ACTIVITE DES
CHIRURGIENS-DENTISTES DANS LES ZONES LES ZONES DEFICITAIRES EN
OFFRE DE SOINS DENTAIRES (CAMCD2023)**

Convention 2023

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de la convention nationale des chirurgiens-dentistes ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes en zone « très sous dotée » pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 3.1.1.2 et à l'Annexe VIII de la convention nationale des chirurgiens-dentistes.
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique)]*

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

Département :

Adresse :

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

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

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

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

Nom, Prénom

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

numéro RPPS :

numéro AM :

Adresse professionnelle :

un contrat d'aide au maintien d'activité des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés (CAMCD) installés dans les zones identifiées en zone « très sous dotée ».

Article 1. Champ du contrat d'aide au maintien d'activité

Article 1.1. Objet du contrat d'aide au maintien d'activité

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

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide au maintien d'activité

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

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

- soit à titre individuel
- soit en groupe

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

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

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

Ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à l'installation (CAICD2023) mais peut être conclu à l'échéance de ce dernier.

Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide au maintien d'activité

Article 2.1. Engagements du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste s'engage à :

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

Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé

En contrepartie des engagements du chirurgien-dentiste définis à l'article 2.1, il bénéficie d'une aide forfaitaire de 4 000 euros par an au titre de l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels.

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

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

Article 3. Durée du contrat d'aide au maintien d'activité

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

Article 4. Résiliation du contrat d'aide au maintien d'activité

Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du chirurgien-dentiste

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

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

Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

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

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

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

Dans ce cas, le professionnel ne pourra pas bénéficier de l'aide prévue pour l'année au cours de laquelle son contrat est résilié.

Le chirurgien-dentiste

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

ANNEXE IX - « CONTRAT INCITATIF CHIRURGIEN-DENTISTE »**Option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés en zones « très sous-dotées »****(Dispositions transitoires)**

Conformément aux dispositions de l'article 34.3 de la convention, les contrats incitatifs chirurgiens-dentistes issus de la précédente convention, en cours à la date d'entrée en vigueur du présent texte s'appliquent selon les dispositions figurant à la présente annexe jusqu'à l'adoption par le directeur général de l'agence régionale de santé des contrats types régionaux définis à l'article 3.1.1.

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

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

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

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

6) Objet de l'option

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

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

7) Champ de l'option

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

8) Conditions générales d'adhésion

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

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

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

Différents modes d'exercice sont possibles :

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

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

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

Le chirurgien-dentiste adhérent à l'option bénéficie :

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

10) Engagements du chirurgien-dentiste

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

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

6. Adhésion à l'option

6.1 Modalités d'adhésion

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

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

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

6.2 Durée de l'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement de l'acte d'adhésion par la caisse et jusqu'au terme du contrat, soit pour une durée de 5 ans, non renouvelable, pour les chirurgiens-dentistes nouvellement installés, et pour une durée de 3 ans renouvelable pour ceux déjà installés, dès lors que le professionnel remplit les conditions requises et que la zone est classée comme « très sous-dotée ».

6.3 Suivi des engagements et effets de l'adhésion

Le versement des aides est conditionné au respect des conditions d'exécution de l'option par le chirurgien-dentiste adhérent.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

6.4 Rupture de l'option

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

Le chirurgien-dentiste dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au chirurgien-dentiste qu'il ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet ainsi que pour exiger le remboursement des sommes qui auraient indûment été perçues.

Le chirurgien-dentiste peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Il en informe la caisse par courrier. La décision du chirurgien-dentiste prend effet dès réception par la caisse du courrier. Il ne pourra pas bénéficier des aides prévues pour l'année où il résilie l'option.

ANNEXE X – MODELE DE FORMULAIRE D’ADHESION AU « CONTRAT INCITATIF CHIRURGIEN-DENTISTE » OPTION 1 : AIDE A L’INSTALLATION EN ZONE « TRES SOUS-DOTEE »

Acte d’adhésion au « Contrat incitatif chirurgien-dentiste »⁷

Identification du chirurgien-dentiste :

Je, soussigné (e),

Nom :

Prénom :

Numéro d’identification :

Adresse du lieu d’exercice principal :

Déclare exercer :

En individuel

Déclare exercer en groupe formalisé selon le mode suivant (copie du/des contrats à annexer à l’acte d’adhésion) :

SCP

SEL

Autres contrats de société

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions de l’option conventionnelle telles qu’indiquées à l’annexe 9 du présent texte ;

2° Adhérer à l’option destinée à favoriser l’installation des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés en zone « très sous-dotée », telle que définie par l’ARS, et m’engager à en respecter les dispositions, pour une durée de 5 ans non renouvelables.

Cachet du chirurgien-dentiste

Fait à

Le

Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée⁸

Adhésion non enregistrée et motif du rejet :

Cachet de la caisse

Date

⁷ Document à remplir par le chirurgien-dentiste, en double exemplaire, et à envoyer à la caisse primaire d’assurance maladie du lieu de son exercice principal. Un exemplaire signé par la caisse est ensuite renvoyé au professionnel signataire.

⁸ Rayer les mentions inutiles

**MODELE DE FORMULAIRE D'ADHESION AU « CONTRAT INCITATIF
CHIRURGIEN-DENTISTE » OPTION 2 : AIDE AU MAINTIEN EN ZONE « TRES
SOUS-DOTEE »**

Acte d'adhésion au « Contrat incitatif chirurgien-dentiste »⁹

Identification du chirurgien-dentiste :

Je, soussigné (e),

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification :

Adresse du lieu d'exercice principal :

Déclare exercer :

En individuel

Déclare exercer en groupe formalisé selon le mode suivant (copie du/des contrats à annexer à l'acte d'adhésion) :

SCP

SEL

Autres contrats de société

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions de l'option conventionnelle telles qu'indiquées à l'annexe 9 du présent texte ;

2° Adhérer à l'option destinée à favoriser le maintien en activité des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés en zone « très sous-dotée », telle que définie par l'ARS, et m'engager à en respecter les dispositions, pour 3 ans renouvelables.

Cachet du chirurgien-dentiste

Fait à

Le

Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée¹⁰

Adhésion non enregistrée et motif du rejet :

Cachet de la caisse

Date

⁹ Document à remplir par le chirurgien-dentiste, en double exemplaire, et à envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de son exercice principal. Un exemplaire signé par la caisse est ensuite renvoyé au professionnel signataire.

¹⁰ Rayer les mentions inutiles

- ANNEXE XI - LISTE DES SOINS COMPLEMENTAIRES PRIS EN CHARGE AU TITRE DU DISPOSITIF D'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE ET DU BILAN DENTAIRE SPECIFIQUE LORS DE L'ENTREE EN ESMS

Chapitre et Codes	Libellés
07.01.04.01	Radiographie de la bouche
HBQK389	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües
HBQK191	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 2 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK331	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 3 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK443	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 4 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK428	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 5 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK480	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 6 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK430	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 7 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK142	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 8 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK046	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 9 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK065	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 10 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK424	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 11 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK476	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 12 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK093	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 13 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK041	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 14 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK002	Radiographie panoramique dentomaxillaire
HBQK001	Radiographie pelvibuccale [occlusale]
07.02.02.03	Réimplantation de dent et autogreffe de germe
HBED022	Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement
07.02.02.04	Prophylaxie buccodentaire
HBLD045	Application de vernis fluoré sur les 2 arcades dentaires
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent
HBBD006	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents
HBBD007	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents
HBBD004	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents
HBBD039	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents
HBBD404	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents
HBBD098	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents
HBBD427	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents

Chapitre et Codes	Libellés
HBJD001	Détartrage et polissage des dents
HBFD010	Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage
07.02.02.05	Restauration des tissus durs de la dent
HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux
HBMD460	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD050	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD054	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD044	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD047	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD053	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD038	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD042	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire
07.02.02.06	Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent
HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire
HBFD017	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD019	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente
HBFD015	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD474	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire
HBFD458	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature
HBFD395	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature
HBFD326	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature
HBFD001	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD297	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire
HBFD003	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD024	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente
07.02.02.08	Autres actes thérapeutiques sur la racine de la dent
HBB003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification
HBB0234	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification

Chapitre et Codes	Libellés
HBBD001	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification
07.02.02.10	Avulsion de dents temporaires
HBGD035	Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade
HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade
HBGD309	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade
HBGD284	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade
HBGD065	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade
HBGD462	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade
HBGD464	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade
HBGD263	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade
HBGD280	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade
HBGD093	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade
HBGD362	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade
HBGD054	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade
HBGD111	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade
HBGD174	Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade
HBGD057	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade
HBGD133	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade
HBGD123	Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade
HBGD468	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade
HBGD282	Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade
HBGD201	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade
HBGD042	Avulsion d'1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse
HBGD026	Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses
07.02.02.11	Avulsion de dents permanentes
HBGD036	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD043	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD319	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD489	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD497	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD106	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD076	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD422	Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD420	Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD064	Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD356	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD146	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD382	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD247	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD197	Avulsion de 15 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD333	Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD261	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD499	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD461	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD278	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD258	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD311	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD235	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD374	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD475	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD285	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD338	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD193	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD345	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD414	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD245	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD283	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD022	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie
HBGD034	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD287	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD078	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD060	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD312	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD142	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD231	Avulsion de 8 dents à 10 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD349	Avulsion de 11 dents à 13 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD067	Avulsion de 14 dents à 16 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD418	Avulsion de 17 dents à 19 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD441	Avulsion de 20 dents à 22 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD105	Avulsion de 23 dents à 25 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD191	Avulsion de 26 dents à 28 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD262	Avulsion de 29 dents à 32 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD031	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines
HBGD032	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD415	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD169	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
07.02.02.12	Autres avulsions de dents ou racines
HBGD039	Avulsion d'1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD002	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD453	Avulsion de 3 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD218	Avulsion de 4 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD480	Avulsion de 5 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD206	Avulsion de 6 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD396	Avulsion de 7 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD113	Avulsion de 8 dents à 10 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD438	Avulsion de 11 dents à 13 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD122	Avulsion de 14 dents à 16 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD028	Avulsion d'une incisive permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD126	Avulsion de 2 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD062	Avulsion de 3 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD430	Avulsion de 4 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD372	Avulsion de 5 à 6 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD148	Avulsion de 7 à 8 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD014	Avulsion d'une canine permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD015	Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD145	Avulsion de 3 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD416	Avulsion de 4 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD459	Avulsion d'une prémolaire retenue ou à l'état de germe
HBGD386	Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD279	Avulsion de 3 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD199	Avulsion de 4 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD385	Avulsion de 5 à 6 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD359	Avulsion de 7 à 8 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD047	Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD492	Avulsion de 2 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD316	Avulsion de 3 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD117	Avulsion de 4 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD181	Avulsion de 5 à 6 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD210	Avulsion de 7 à 8 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD018	Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe
HBGD004	Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe
HBGD025	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD021	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD044	Avulsion d'une dent à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD322	Avulsion de 2 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD160	Avulsion de 3 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD403	Avulsion de 4 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD300	Avulsion d'une dent en désinclusion avec couronne sous muqueuse en position palatine ou linguale

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD358	Avulsion de 2 dents en désinclusion avec couronnes sous muqueuses en position palatine et/ou linguale
HBGD003	Avulsion d'un odontoïde inclus ou d'une dent surnuméraire à l'état de germe
HBGD402	Avulsion de 2 odontoïdes inclus ou de 2 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD281	Avulsion de 3 odontoïdes inclus ou de 3 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD171	Avulsion de 4 odontoïdes inclus ou de 4 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD016	Avulsion d'une racine incluse
HBGD466	Avulsion de 2 racines incluses
HBGD299	Avulsion de 3 racines incluses
HBGD102	Avulsion de 4 racines incluses
HBGD159	Avulsion de 5 racines incluses
HBGD465	Avulsion de 6 racines incluses
HBGD017	Avulsion d'une dent ectopique
HBGD190	Avulsion de 2 dents ectopiques
HBGD397	Avulsion de 3 dents ectopiques
HBGD080	Avulsion de 4 dents ectopiques
07.02.05.01	Curetage périapical dentaire
HBGB005	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée
HBGB003	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine
HBGB002	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire
HBGB004	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire
07.02.05.02	Actes thérapeutiques sur le parodonte par soustraction
HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents
18.02.07.01	Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif
HBQK040	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK303	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK061	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües, perinterventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique

ANNEXE XII : REGLEMENT INTERIEUR TYPE DES INSTANCES CONVENTIONNELLES

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables à la commission paritaire nationale et aux commissions paritaires régionales et départementales visées aux articles 37 et suivants du présent texte.

Article 1 - Organisation des commissions paritaires conventionnelles**Article 1.1 - Secrétariat de la commission**

Le secrétariat et les moyens nécessaires au fonctionnement sont assurés par l'UNCAM pour la CPN, par le représentant régional auprès du régime général (coordonnateur) ou par une caisse de la région pour la CPR, et par l'une des caisses membres de la commission pour la CPD.

Le secrétariat assure les tâches administratives de l'instance.

Article 1.2 - Organisation des réunions des commissions

La commission se réunit autant que de besoin et au minimum deux fois par an pour la CPN, et au minimum une fois par an pour les CPR et CPD.

Les convocations sont adressées, par mail, par le secrétariat aux membres de la commission au moins quinze jours avant la date de la réunion, sauf urgence acceptée par le président et le vice-président.

Elles sont accompagnées de l'ordre du jour établi après accord de ces derniers ainsi que des documents utiles, le cas échéant, à l'examen des sujets qui y sont inscrits.

Chaque caisse ou organisation syndicale peut convier en séance des conseillers techniques ou des experts. Les membres de la commission sont informés, au moins sept jours avant la date de la séance, de la qualité des personnes conviées en tant qu'experts et des sujets de l'ordre du jour sur lesquels leur compétence est requise. En séance, ces experts n'interviennent que sur ces sujets.

Lorsque la commission se réunit pour instruire une procédure de sanction conventionnelle à l'encontre d'un chirurgien-dentiste, les conseillers techniques et les experts ne sont pas habilités à assister aux délibérations de la commission.

Lorsque la commission se réunit pour une procédure conventionnelle à l'encontre de l'un des membres de la section professionnelle, celui-ci ne peut siéger lors de l'examen de son dossier.

A titre exceptionnel, pour tenir compte des difficultés d'organisation rencontrées (éloignement des représentants de la section professionnelle du lieu d'implantation de l'instance paritaire), les membres de la commission peuvent décider, après accord du président et du vice-président, de se réunir par visio-conférence ou de solliciter l'avis de la commission par courriel.

Article 1.3 - Commissions électroniques

La Commission peut se réunir et délibérer par voie électronique, avec l'accord de son Président et de son Vice-Président, sous réserve de la conservation des échanges et des décisions prises.

Il est également possible de valider, par voie électronique, le compte-rendu des réunions et d'arrêter par ce biais l'ordre du jour des réunions d'instances paritaires conventionnelles, sous réserve de la conservation des échanges.

Le secrétariat de l'instance conventionnelle envoie un message pour indiquer la tenue de cette délibération par voie électronique, de la date et de l'heure de son début ainsi que de la date et de l'heure à laquelle interviendra au plus tôt sa clôture, au moins 15 jours à l'avance.

La commission est ouverte par un message du secrétariat de l'instance à l'ensemble des membres, qui rappelle la date et l'heure limite pour la présentation des contributions et prend fin par un message de ce même secrétariat.

La commission électronique et les décisions prises dans ce cadre sont valides à la condition que l'ensemble des participants dispose des moyens techniques permettant leur participation effective pendant la durée de la délibération.

Article 1.4 - Présidence des sections et des commissions

Lors de la première réunion de la commission, chacune des sections qui la composent désigne son président parmi ses membres. En cas de carence de désignation d'un président par une des sections, la présidence de la commission est assurée par l'autre section.

Le président de la section professionnelle et le président de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'une année, la présidence et la vice-présidence de la commission. Au titre de la 1^{ère} année d'application de convention, la présidence de la commission sera assurée par le président de la section professionnelle.

A la date anniversaire de la publication au Journal Officiel du présent texte, il est procédé automatiquement à l'alternance de la présidence, sans qu'il soit nécessaire que l'instance se réunisse au préalable.

La présidence de plusieurs commissions ne peut être assurée simultanément par la même personne.

Article 2 – Délibérations

Article 2.1 - Vérification des règles de quorum et de parité

La commission ne peut valablement délibérer que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée. Le quorum correspond à un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié du nombre des membres composant chacune des sections.

La parité nécessite un nombre égal de membres présents ou représentés dans la section professionnelle et dans la section sociale.

En cas d'impossibilité de siéger, les membres de la commission se font représenter par leurs suppléants ou donnent délégation de vote à un autre membre de la même section. Aucun membre ne peut recevoir plus de deux délégations.

En l'absence de quorum, un constat de carence est établi pour prendre acte de l'absence de quorum et une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours.

La commission de nouveau réunie délibère alors valablement sur tous les sujets, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés, sous réserve que la parité soit respectée. Dans le cas où la parité n'est pas respectée, un constat de carence est établi et les dispositions de l'article 3 du présent règlement intérieur sont applicables.

Article 2.2 - Règles de vote

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées, sauf dans les cas prévus par la convention nationale où les décisions sont prises à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des abstentions.

En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. Le vote s'établit alors à bulletin secret. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs, nuls ou des abstentions.

En cas de partage des voix lors d'un second tour de vote portant sur un avis requis en matière de sanction conventionnelle, l'absence d'accord qui vaut avis de la commission est actée dans le procès-verbal.

Le secrétariat de la commission est chargé de transmettre au président de chaque section un relevé de décision de chaque réunion de la commission, par mail, dans les quarante-cinq jours suivant la date de réunion de celle-ci. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section dans un délai de quinze jours à compter de sa date de transmission. Il est ensuite adressé à chaque membre de la commission.

Ces délais ne sont pas applicables lorsque sont mises en œuvre les procédures conventionnelles. Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations dans les conditions prévues par le code pénal.

Article 3 - Situation de carence de la commission

Les partenaires conventionnels reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

- défaut de constitution de l'une ou de l'autre des sections dans le délai imparti ;
- défaut de parité au sein de la commission ;
- impossibilité pour le président et le vice-président de la commission de fixer une date ou d'arrêter un ordre du jour en commun malgré deux tentatives successives ;
- refus par l'une ou l'autre section de voter un point inscrit à l'ordre du jour malgré deux tentatives successives.

Dans le premier cas, la section constituée constate la carence et assure seule les missions de la commission.

Dans les trois autres cas, un constat de carence est dressé. La section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président de la commission à prendre toute disposition pour remédier à la situation.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat de carence, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce qu'il soit remédié à cette situation.

Article 4 - Groupe de travail

La commission met en place les groupes de travail paritaires qu'elle juge nécessaire.

Article 5 - Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission

Les membres de la section professionnelle de la commission perçoivent une indemnité de vacation de 12C par séance et une indemnité de déplacement, pour leur participation aux réunions de la commission. Lorsque les instances se tiennent en visio-conférence (réunion « dématérialisée ») et/ou lorsque les réunions durent moins de 90 minutes, l'indemnité de vacation est fixée à 9C par séance.

L'indemnité de déplacement et de séjour est fixée, lors de la première réunion de la commission, conformément aux modalités prévues pour les conseillers des caisses.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux chirurgiens-dentistes qui participent aux sous-commissions et aux groupes de travail créés par la commission ainsi qu'à la commission chargée de déterminer les règles de hiérarchisation des actes et prestations.

Les indemnités des chirurgiens-dentistes pour leur participation aux instances conventionnelles sont assimilées à des honoraires d'actes conventionnés.

ANNEXES XIII - LA COMMISSION DES CHIRURGIENS-DENTISTES CHARGÉE DE DETERMINER LES RÈGLES DE HIÉRARCHISATION DES ACTES DENTAIRE (CHAP)

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, une commission de hiérarchisation des actes et prestations est mise en place.

Article 1 - Missions

Cette commission a pour objet de définir les règles de hiérarchisation des prestations et des actes pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie et de valider la hiérarchisation qui en résulte.

Elle peut faire appel, en tant que de besoin, à des experts des sociétés savantes ou des experts économistes.

Article 2 - Composition

La commission est composée de représentants des syndicats représentatifs et de représentants de l'UNCAM. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.

Sont membres avec voix délibérative deux collèges comprenant autant de membres chacun :

- le collège professionnel, composé de deux représentants pour chaque syndicat représentatif des chirurgiens-dentistes, avec pour chacun d'entre eux un titulaire et un suppléant ;
- le collège de l'UNCAM comprenant autant de membres (titulaires et suppléants) que le collège professionnel ;
- un président désigné d'un commun accord par les membres de la commission.

Peuvent assister aux travaux :

- un représentant de l'Etat (et son suppléant) ;
- un représentant de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATI) ou de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DGOS) ;
- un représentant de la Haute Autorité de santé (HAS) ;
- un représentant de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM).

Le secrétariat de cette commission est assuré par l'UNCAM.

Article 3 – Indemnisation des membres de la commission

Le président et les membres titulaires du collège professionnel de la commission, ou, en leur absence, les membres suppléants, perçoivent une indemnité pour perte de ressources dont le montant est établi selon les règles d'indemnisation définies par la convention nationale des chirurgiens-dentistes pour la commission paritaire nationale. Les frais de déplacement du président, des membres titulaires du collège professionnel de la commission (ou, en leur absence, des membres suppléants) et des personnalités ou experts désignés par le président après avis de la commission, sont pris en charge par la Cnam dans les conditions applicables aux agents de direction de la Cnam.

Des honoraires peuvent être versés aux personnalités ou experts désignés par le président après avis de la commission. Le montant de ces honoraires est fixé au cas par cas par le président, en fonction de l'importance des travaux demandés.

Article 4 - Règlement intérieur

La commission élabore et adopte un règlement intérieur, qui précise notamment les règles de convocation aux réunions, de fixation de l'ordre du jour, de quorum et de vote.

ANNEXE XIV : SUIVI DE L'INDICE DENTAIRE ET MODALITES DE CALCUL DE L'EVOLUTION DES CHARGES

La présente annexe définit l'indice dentaire et sa méthodologie de calcul pour le suivi de l'indice dentaire défini à l'article 31.2 de la convention.

1. Structure des charges liées à l'activité dentaire

Les données liées aux charges et revenus des chirurgiens-dentistes sont issues des données des AGA (UNASA, ARAPL). La structure des charges liées à l'activité dentaire est calculée chaque année à partir des données comptables des AGA reconstituées au prorata du nombre d'adhérents. Seuls ces postes, en lien avec la déclaration 2035, sont retenus. Ces données sont fournies pour l'année N à partir d'octobre N+1.

Pour l'année 2018, la structure des charges est la suivante :

Case 2035	Libellé compte de résultat	Détail composition du poste (libellés UNASA, ARAPL)	Structure des charges (source : UNASA 2018, effectifs : 5363)		Structure des charges (source : ARAPL 2018, effectifs : 4151)		Moyenne pondérée par les effectifs
BA	Achats de marchandises (Charges d'exploitation)	Achats	49 717	29,8%	50 900	30,1%	29,9%
BK	Charges sociales personnelles totales (facultatives+oblig)	Charges sociales personnelles	29 674	17,8%	29 900	17,7%	17,7%
BB	Salaires et traitements (Charges d'exploitation)	Salaires nets	15 097	9,0%	15 100	8,9%	9,0%
BH	Travaux, fournitures et services extérieurs	Honoraires, primes d'assurance, autres TFSE	12 755	7,6%	13 000	7,7%	7,7%
BC	Charges sociales sur salaires (parts patronales et ouvrières) (Charges d'exploitation)	Charges sociales	12 755	7,6%	12 500	7,4%	7,5%
BF	Loyers et charges locatives	Loyers et charges locatives	11 974	7,2%	11 700	6,9%	7,1%
BG	Location de matériel	Locations, autres locations	11 193	6,7%	12 200	7,2%	6,9%
BM	Frais divers de gestion (yc frais de réception depuis 2002)	Frais de réception, fournitures de bureau (et téléphone), autres frais divers de gestion	7 549	4,5%	7 800	4,6%	4,6%
BV	Contribution sociale généralisée déductible	CSG déductible	7 809	4,7%	7 800	4,6%	4,6%
BJ	Transports et déplacements	Frais de déplacement	4 165	2,5%	4 200	2,5%	2,5%
BS	Autres impôts et taxes	Autres impôts	3 384	2,0%	2 600	1,5%	1,8%
BN	Charges financières (compte de résultat)	Frais financiers	781	0,5%	800	0,5%	0,5%
JY (ex-BE)	Cotisation foncière entreprise (Taxe professionnelle)	Taxe professionnelle		0,0%	800	0,5%	0,2%
	Total		166 850	100,0%	169 300	100,0%	100,0%

Les données retenues pour chaque indicateur sont celles du mois de décembre de l'année N. Les indicateurs sont calculés à partir des données comptables des AGA (ARAPL et UNASA) reconstituées au prorata du nombre d'adhérents.

La distinction des charges sociales facultatives et personnelles ne figurant pas dans les documents de synthèse des AGA, les partenaires conventionnels s'accordent à préciser que la part des charges sociales personnelles facultatives est égale à 20% du montant des charges sociales personnelles totales pour l'année 2018. Ce ratio sera réévalué chaque année en commission paritaire nationale à partir des nouvelles données de charges fournies par la DREES.

2. Les indices retenus

Les données retenues pour chaque indice sont celles du mois de décembre de l'année N-1. Les indices sont issus de l'INSEE.

En cas de modification d'un indicateur, d'une rupture, d'arrêt d'une série ou bien encore de nouvelles réglementations impactant la structure de charges, les partenaires conventionnels décident en CPN des éventuelles modifications à prendre en compte et de leurs effets sur l'indice dentaire.

Le détail des postes de charges et indices afférents est résumé dans le tableau ci-dessous :

Rubrique 2035	Libellé compte de résultat	Libellé de l'indice retenu	Identifiant de l'indice retenu	Source
BA	Achats de marchandises (Charges d'exploitation)	Indice de prix de production de l'industrie française pour le marché français – CPF 32.50 – Instruments et fournitures à usage médical et dentaire Prix de marché – Base 2015 – Données mensuelles brutes	10534748	INSEE
BT	Charges sociales personnelles totales obligatoires	A définir en CPN en cas d'évolution réglementaire		
BU	Charges sociales personnelles facultatives	Indice annuel des prix à la consommation - Base 2015 - Ensemble des ménages - France - Nomenclature Coicop : 12.4 - Protection sociale	1765115	INSEE
BB	Salaires et traitements (Charges d'exploitation)	Indice des salaires mensuels de base - Activités pour la santé humaine (NAF rév. 2, niveau A38 QA) - Base 100 au T2 2017	10562681	INSEE
BH	Travaux, fournitures et services extérieurs	Indice des prix à la consommation - Base 2015 - Ensemble des ménages - France - Ensemble hors tabac	1763852	INSEE
BC	Charges sociales sur salaires (parts patronales et ouvrières) (Charges d'exploitation)	Indice du coût horaire du travail révisé – tous salariés (ICHTrev-TS) indice de charges - Activités spécialisées, scientifiques, techniques	Indice du coût horaire du travail révisé – tous salariés (ICHTrev-TS) indice de charges	INSEE
BF	Loyers et charges locatives	Indice des loyers des activités tertiaires (ILAT) - Base 100 au 1er trimestre 2010	001617112	INSEE
BG	Location de matériel	Indice de prix de production de l'industrie française pour le marché français – CPF 32.50 – Instruments et fournitures à usage médical et dentaire Prix de marché – Base 2015 – Données mensuelles brutes	10534748	INSEE
BM	Frais divers de gestion (y compris frais de réception depuis 2002)	Indice des prix à la consommation - Base 2015 - Ensemble des ménages - France - Ensemble hors tabac	1763852	INSEE

Rubrique 2035	Libellé compte de résultat	Libellé de l'indice retenu	Identifiant de l'indice retenu	Source
BV	Contribution sociale généralisée déductible	A définir en CPN en cas d'évolution réglementaire		
BJ	Transports et déplacements	Indice annuel des prix à la consommation - Base 2015 - Ensemble des ménages - France - Nomenclature Coicop : 07 – Transports	1763641	INSEE
BS	Autres impôts et taxes	Indice des prix à la consommation - Base 2015 - Ensemble des ménages - France - Ensemble hors tabac	1763852	INSEE
BN	Charges financières (compte de résultat)	Indice annuel des prix à la consommation - Base 2015 - Ensemble des ménages - France - Nomenclature Coicop : 12.6 - Services financiers n.c.a	1763825	INSEE
JY anciennement BE	Cotisation foncière entreprise	Indice des loyers des activités tertiaires (ILAT) - Base 100 au 1er trimestre 2010	001617112	INSEE

ANNEXE XV : GRILLE DES ADAPTATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE EN SANTE BUCCO-DENTAIRE DES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP

Champ d'utilisation : Cette échelle concerne uniquement les patients atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap. Sont exclues, à titre d'exemple, les personnes souffrant de phobies dentaires ainsi que les personnes âgées ne souffrant pas d'handicap sévère, qui ne sont pas concernées par cette grille et dont la prise en charge n'ouvre pas droit aux mesures tarifaires liées au handicap (article 12 de la convention).

Consignes d'utilisation : Cette échelle est à remplir à la fin de chaque séance avec un patient handicapé dès lors que le praticien a rencontré une difficulté pour réaliser les soins, et vous permet de justifier la raison d'une adaptation de la prise en charge. Pour chacun des domaines, cochez, dans la colonne de droite la case correspondant à la situation du patient (une seule case par domaine). Dès lors, que pour un patient atteint d'un handicap sévère ou d'un polyhandicap, une case correspondant à une prise en charge « modérée » ou « majeure » est cochée, les mesures tarifaires liées au handicap (article 12 de la convention) peuvent être facturées.

Adaptation de la prise en charge	DOMAINES ayant nécessité une adaptation de la prise en charge du patient pour réaliser les actes bucco-dentaires
DOMAINE DE LA COMMUNICATION	
Aucune	Pas de problème de communication
Mineure	Ex. Communication interpersonnelle lente ; Troubles cognitifs mineurs ; Malentendant ; Malvoyant ; Troubles de l'élocution ou de la communication verbale
Modérée	Ex. Communication par l'intermédiaire d'une tierce personne ; Troubles cognitifs modérés ; déficience sensorielle complète <input type="checkbox"/>
Majeure	Ex. Pas de communication ; Troubles cognitifs sévères ; Démence sévère <input type="checkbox"/>
DOMAINE DES PROCEDURES FACILITATRICES (sédation consciente / hypnose / AG)	
Aucune	Aucune procédure facilitatrice n'a été nécessaire pour réaliser l'examen ou les soins
Mineure	Prémédication orale pour réaliser l'examen ou les soins.
Modérée	Sédation consciente ou hypnose pour réaliser l'examen ou les soins. <input type="checkbox"/>
Majeure	Anesthésie générale ou sédation profonde en présence d'un médecin anesthésiste, quelle que soit l'indication. <input type="checkbox"/>
DOMAINE DE LA COOPERATION pendant l'examen ou le soin (avec ou sans technique facilitatrice) (voir annexe 1*)	
Aucune	Détendu ; Coopérant
Mineure	Mal à l'aise ; Tendu ; La continuité thérapeutique est préservée mais avec beaucoup d'anxiété
Modérée	Réticent ; Manifestation de l'opposition verbalement ou avec les mains ; La séance se déroule avec difficultés <input type="checkbox"/>
Majeure	Très perturbé ou totalement déconnecté ; La séance est régulièrement interrompue ; Réactions de fuite, Séance avec contention ou prématurément stoppée. <input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L'ETAT DE SANTE GENERALE (voir annexe 2**)	
Aucune	Patient en bonne santé générale
Mineure	Patient présentant une maladie systémique légère ou bien équilibrée
Modérée	Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère <input type="checkbox"/>
Majeure	Patient présentant une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital <input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L'ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE	
Aucune	Pas de facteur de risque particulier induisant un mauvais état bucco-dentaire
Mineure	Présence d'un facteur de risque uniquement en lien avec une hygiène défaillante ou une alimentation sucrée
Modérée	Présence d'un facteur de risque modéré en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie, ex. Troubles de la déglutition ; Fente labiopalatine ; Gastrostomie ; Trachéotomie ; Limitation de l'ouverture buccale, Spasticité <input type="checkbox"/>
Majeure	Association de plusieurs facteurs de risque en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie ET en lien avec une hygiène défaillante ou une alimentation sucrée <input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L'AUTONOMIE	
Aucune	Pas de perte d'autonomie pour accéder aux soins dentaires
Mineure	Besoin d'une assistance hors du cabinet dentaire ex. prises de rdv, transport par un tiers (parent, VSL, taxi); fauteuil roulant
Modérée	Besoin d'un accompagnateur lors des soins ex.aide aux transferts ; à la prise en charge comportementale ; à la communication <input type="checkbox"/>
Majeure	Ex. Besoin d'être porté lors des transferts ; Interruption de la continuité des soins cause hospitalisations/épisodes aigus fréquentes ; Besoin de plusieurs accompagnateurs lors des soins <input type="checkbox"/>
DOMAINE DE LA GESTION MEDICO-ADMINISTRATIVE (ex. constitution du dossier médical ; lien avec l'établissement, la famille, l'assistant social ; contact avec la tutelle)	
Aucune	Pas de gestion médico-administrative particulière
Mineure	La gestion médico-administrative est faite par une tierce personne (famille, assistant social, établissement, médecin traitant...) ou dans le cadre d'une procédure de télémedecine bucco-dentaire.
Modérée	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec un seul secteur (médical, médico-social ou médico-légal) <input type="checkbox"/>

Majeure	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec et entre plusieurs secteurs (médical, médico-social et/ou médico-légal)	<input type="checkbox"/>
---------	--	--------------------------

*Voir Echelle de Venham in extenso en annexe 1

**Voir Echelle ASA in extenso en annexe 2

Ce document est à conserver dans le dossier du patient (renseignements nécessaires à l'évaluation des mesures et à communiquer au service médical de l'assurance maladie à sa demande).

Annexe 1

Score	Echelle de VENHAM modifiée*
0	Détendu , souriant, ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément, ou dès qu'on le lui demande.
1	Mal à l'aise, préoccupé . Pendant une manoeuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement pour montrer son inconfort. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. Le patient est disposé à – et capable de – exprimer ce qu'il ressent quand on le lui demande. Expression faciale tendue. Respiration parfois retenue. Capable de bien coopérer avec le dentiste.
2	Tendu . Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Pendant une manoeuvre stressante, protestations verbales, pleurs (discrets), mains tendues et levées, mais sans trop gêner le dentiste. Le patient interprète la situation avec une exactitude raisonnable et continue d'essayer de maîtriser son anxiété. Les protestations sont plus gênantes. Le patient obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée.
3	Réticent à accepter la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Protestations énergiques, pleurs. Utilise les mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Protestations sans commune mesure avec le danger ou exprimée bien avant le danger. Parvient à faire face à la situation, avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficultés.
4	Très perturbé par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement. Importantes contorsions, nécessitant parfois une contention. Le patient peut être accessible à la communication verbale et finir, après beaucoup d'efforts et non sans réticence, à essayer de se maîtriser. La séance est régulièrement interrompue par les protestations.
5	Totalement déconnecté de la réalité du danger. Pleure à grands cris, se débat ; inaccessible à la communication verbale. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuite. Tente activement de s'échapper. Contention indispensable.

*Hennequin et al. French versions of two indices of dental anxiety and patient cooperation. Eur Cells Mater, 2007; 13: 3

Annexe 2

ASA PS Classification** (American Society of Anesthesiologists)

Score	Définition	Exemples, non exclusifs :
ASA I	Patient en bonne santé	Bon état général, non-fumeur, pas ou peu de consommation d'alcool
ASA II	Patient présentant une maladie systémique mineure ou bien équilibrée	Maladie mineure sans limitation fonctionnelle importante. Exemples non-exclusifs : tabagisme, consommation sociale d'alcool, grossesse, obésité (30 < IMC < 40), diabète équilibré, hypertension artérielle contrôlée, insuffisance respiratoire mineure
ASA III	Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère	Limitation fonctionnelle importante ; Une ou plusieurs maladies modérées à sévères. Exemples non-exclusifs : diabète non équilibré, hypertension artérielle non contrôlée, insuffisance respiratoire modérée, obésité morbide (IMC ≥40), hépatite active, insuffisance rénale avec dialyse régulière, antécédent datant de > 3 mois d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'accident ischémique transitoire ou d'insuffisance coronaire ayant nécessité la pose de stent
ASA IV	Patient présentant une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital	Exemples non-exclusifs : antécédent datant de < de 3 mois d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'accident ischémique transitoire ou d'insuffisance coronaire ayant nécessité la pose de stent, d'ischémie cardiaque, de dysfonction valvulaire sévère, sepsis, coagulation intravasculaire disséminée, insuffisance respiratoire aiguë, insuffisance rénale terminale sans dialyse

** disponible à : www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system »

ANNEXE XVI. – FORMULE D'ADHESION A LA CONVENTION NATIONALE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Pour exercer dans le cadre de la convention, le chirurgien-dentiste doit, à l'occasion de ses démarches d'enregistrement auprès de sa caisse de rattachement, formuler son choix d'exercer ou non sous le régime de la convention.

Ce formulaire d'adhésion est à remplir par le chirurgien-dentiste qui le remet à la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'exercice principal.

Identification du chirurgien-dentiste :

Je soussigné (e),

Nom :

Prénom :

N° d'inscription à l'Ordre :

Déclare adhérer à la convention nationale conclue entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs signataire des chirurgiens-dentistes en vigueur à la date de signature.

Fait à

Le

Signature du chirurgien-dentiste

Adhésion enregistrée par la caisse primaire le :

Fait à

Le

Cachet de la caisse primaire

ANNEXE XVII : ORDONNANCE NUMERIQUE

Le dispositif e-prescription est opérationnel et doit tirer des enseignements sur lesquels capitaliser pour la définition d'un modèle commun à toutes les prescriptions en vue de leur dématérialisation : la e-prescription unifiée. Le nom de marque déposé pour ce service est ordonnance numérique.

1. Principes fondateurs de l'ordonnance numérique

- Périmètre des prescriptions concernées

L'ordonnance numérique s'applique à toutes les prescriptions exécutées en ville.

Les **prescripteurs peuvent tout prescrire en e-prescription** :

- les médicaments de manière codifiée (comme dans l'expérimentation),
- l'ensemble des dispositifs médicaux (DM),
- tous les autres actes en format texte libre dans l'attente d'une codification.

- Conditions de mise en œuvre : la mobilisation de l'ensemble des acteurs

Les parties signataires s'accordent sur le principe d'une organisation partenariale pour accompagner l'évolution majeure que représente l'ordonnance numérique, service socle du numérique en santé et dont la généralisation au plus tard au 31 décembre 2024 est prévue par l'ordonnance n°2020-1408 du 18 novembre 2020.

Elles conviennent de la nécessité de mobiliser les professionnels de santé impliqués dans la prescription et la délivrance des produits de santé ainsi que leurs prestataires de services informatiques, sur les travaux devant concourir à la mise en œuvre de la dématérialisation de la prescription.

- Engagements de l'Assurance maladie

L'Assurance Maladie s'engage à :

- ce que les chirurgiens-dentistes conservent leur liberté de prescription conformément aux textes en vigueur et à ne pas modifier les prescriptions enregistrées par le chirurgiens-dentistes dans la base (la prise en charge, ou non, d'un produit de santé par l'Assurance Maladie ne remettant pas en question la liberté de prescrire du chirurgiens-dentistes) ;
- ce que la solution technique permettant d'informer le prescripteur concernant la prise en charge n'ait pas d'impact sur le contenu de la prescription ;
- s'assurer que la solution technique mise en place soit interopérable avec les logiciels des professionnels de santé afin qu'elle ne complexifie pas les processus métier ;
- permettre l'enregistrement des données de prescription dans le DMP intégré dans le service Mon espace santé des patients ;
- recourir à la consultation et à l'exploitation des données issues de la dématérialisation des prescriptions dans le respect des dispositions législatives et réglementaires qui régissent ses missions et définissent son champ d'intervention dans le cadre de la prise en charge des prestations ;
- à préserver la liberté de choix du prescrit par le patient ; un prescrit dont le logiciel n'est pas encore autorisé ordonnance numérique continue à exécuter la prescription à partir de l'ordonnance papier que lui remet le patient.

- Conditions de respect de confidentialité

La prescription enregistrée par le chirurgien-dentiste dans la base de données ne contient ni l'identité du patient (les données du patient transmises sont limitées au prénom et à la date de naissance) ni l'identité du prescripteur (pas de transmission ni du nom, ni du prénom, ni des numéros Assurance Maladie, N° FINESS, ou RPPS).

- Prérequis pour disposer du service ordonnance numérique

L'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription (LAP) conforme au référentiel de certification HAS en application des II et III de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est un prérequis à l'autorisation e-prescription des logiciels prescripteurs.

Le processus e-prescription est intégré dans les logiciels métiers qui sont utilisés quotidiennement par les chirurgiens-dentistes dans leurs cabinets.

- Gouvernance

Les parties signataires s'accordent pour assurer le suivi du déploiement de l'ordonnance numérique dans le cadre de la Commission Paritaire nationale.

2. Réception

La transmission d'une ordonnance numérique à l'Assurance Maladie par les professionnels de santé se fait au moyen d'un module intégré au sein de leur logiciel métier qui structure les données au format décrit dans les cahiers des charges éditeurs publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale.

L'envoi des données est sécurisé par l'emploi d'une carte de la famille CPS ou par un dispositif d'authentification équivalent conformément à la réglementation en vigueur.

Un contrôle des listes de révocation des certificats des cartes de la famille des CPS est effectué automatiquement à la réception des flux afin d'interdire l'accès au service à partir de cartes de la famille des CPS perdues ou volées.

L'Assurance Maladie reçoit les flux sur son infrastructure inter régimes, en vérifie la conformité et enregistre les données véhiculées dans une base de données sécurisée. Elle envoie un accusé de réception au professionnel de santé. Ce dernier n'est pas conservé par l'Assurance Maladie.

L'intégrité des ordonnances numériques est assurée par des contrôles automatiques lors du processus d'alimentation de la base.

L'unicité du numéro d'identification de l'ordonnance numérique est assurée via un contrôle permettant de vérifier, avant insertion d'une nouvelle ordonnance numérique en base, que ce numéro d'identification ne correspond pas à une e-prescription déjà existante.

3. Conservation et accès aux données

- Les ordonnances numériques reçues et enregistrées dans la base sécurisée sont conservées 5 ans. Elles sont ensuite détruites.
- La base ordonnance numérique est inter régimes et est hébergée par l'Assurance Maladie.
- Les professionnels de santé peuvent accéder à la base pour consulter les ordonnances numériques en s'authentifiant via leur carte de la famille CPS ou un dispositif d'authentification équivalent conformément à la réglementation en vigueur.
- Un contrôle des listes de révocation des certificats des cartes de la famille CPS est également effectué afin d'interdire l'accès à la base à partir de cartes perdues ou volées.
- L'accès en consultation des données de l'ordonnance numérique est autorisé conformément aux dispositions réglementaires notamment :
 - pour le prescrit, à partir du numéro d'identifiant de l'ordonnance numérique figurant sur l'ordonnance remise par le patient ;
 - pour le prescripteur, une fois que l'ordonnance numérique a été exécutée et sauf opposition de ses patients dûment informés ;
 - pour un agent de l'Assurance maladie, exclusivement pour les prescriptions exécutées et selon le besoin d'en connaître dans le cadre de la mission de service public de l'assurance maladie.
- Le système d'information de l'Assurance Maladie ne permet pas :
 - d'effacer une ordonnance numérique existante, (en dehors de la destruction automatique au-delà des 5 ans),

- de remplacer une ordonnance numérique existante, c'est-à-dire dont le numéro d'identification est déjà affecté,
- de modifier les données d'une ordonnance numérique existante.

4. Spécifications techniques

La liste des données reçues par l'Assurance Maladie est décrite dans les cahiers des charges éditeurs ordonnance numérique publiés sur le site du GIE SESAM Vitale.

a. Les fonctionnalités du système disponibles pour le prescripteur

i. Créer une ordonnance numérique

Le prescripteur rédige la prescription dans son logiciel métier à partir de son module LAP pour les prescriptions de médicaments.

Un numéro unique d'identification de la prescription est généré soit par le logiciel conformément au cahier des charges éditeurs, soit par l'Assurance Maladie.

Le prescripteur enregistre les données de la prescription dans la base nationale des ordonnances numériques (sans les données d'identification du prescripteur ni celles du patient). Il enregistre aussi la non opposition du patient à ce qu'il accède aux données d'exécution de cette prescription, une fois que l'ordonnance aura été exécutée par le prescrit.

Pour les médicaments et les dispositifs médicaux, les données sont codées et structurées. Pour les autres types de prescriptions, la désignation de l'acte à réaliser s'effectue au travers d'un texte libre dans un premier temps, puis de manière structurée lorsqu'une codification sera disponible.

Après réception d'un accusé de réception, le prescripteur imprime l'ordonnance sur laquelle apparaît le numéro unique de la prescription. Cet identifiant est véhiculé dans un QRcode qui intègre également les identifiants du prescripteur, les nom, prénom et date de naissance du patient. Cet identifiant est aussi imprimé en clair sur l'ordonnance remise au patient.

L'exemplaire remis au patient contient également toutes les données conformes à la réglementation en vigueur. Son logiciel lui permet d'enregistrer, en parallèle, dans le DMP du patient intégré dans le service Mon espace santé, l'ordonnance avec QRcode en format PDF dans un premier temps, puis à terme en données de prescription structurées. Le prescripteur remet un exemplaire de l'ordonnance au patient.

ii. Rechercher et consulter une ordonnance numérique

Le prescripteur peut consulter les données de l'ordonnance numérique, les données de dispensation ou d'exécution ainsi que les éventuelles modifications apportées par le prescrit. Ces données lui sont accessibles selon les textes en vigueur.

b. Les fonctionnalités du système disponibles pour le prescrit

i. Consulter une ordonnance numérique

Le professionnel prescrit scanne le code 2D figurant sur l'ordonnance remise par le patient. Il peut aussi saisir le numéro d'identification de la prescription indiqué en clair sur l'ordonnance.

A partir de l'identifiant de l'ordonnance numérique, il peut interroger la base et récupérer les données de l'ordonnance numérique transmises précédemment par le prescripteur, soit depuis son logiciel métier, soit via le téléservice mis à sa disposition

ii. Exécuter une ordonnance numérique

Le professionnel prescrit exécute la prescription et enregistre dans la base des ordonnances numériques :

- les données de dispensation ou d'exécution des actes,

- les données relatives à la feuille de soins correspondant à l'acte (dont le numéro de la feuille de soins) ce qui permet de faire le lien entre la feuille de soins et la prescription,
- les informations d'identification du prescript, du patient (NIR, nom, prénom, date de naissance et rang de naissance, du Régime : Régime, Caisse, Centre, INS qualifié) et du prescripteur.

Le prescript a la possibilité de préciser s'il a apporté une modification à une ou plusieurs lignes de l'ordonnance numérique s'il l'estime nécessaire ou pour signaler une situation particulière (exemple rupture de stock). Le prescript adresse la ou les lignes de prescription modifiée(s), en indiquant un code motif. Conformément à la réglementation en vigueur, il précise s'il a pu ou non contacter le prescripteur.

La solution mise en œuvre par l'Assurance Maladie permet, après enregistrement dans la base des ordonnances numériques des données d'exécution par le prescript, d'alimenter automatiquement la base de gestion des pièces justificatives.

Ces pièces justificatives contiennent les informations nécessaires au remboursement (les identifications du prescripteur et du patient, la date de prescription, et les produits et actes prescrits selon la codification en vigueur).

1. Caractéristiques permettant la lecture automatique des éléments d'identification du prescripteur

Les éléments d'identification du prescripteur figurent en clair sur l'exemplaire de l'ordonnance remis par le patient. Elles sont également contenues dans le code 2D. Ce code 2D facilite la récupération des identifiants (dont le RPPS) par le prescript dans son logiciel métier.

ANNEXE XVIII : MONTANT MAXIMAL DES DÉPASSEMENTS APPLICABLES AUX BÉNÉFICIAIRES DU DROIT À LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ VISÉS À L'ARTICLE L. 861-1 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Applicable sous réserve des dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale

Prothèses dentaires incluses dans le panier de soins C2S et montants maximaux pris en charge

(a) Ne concerne que la facturation aux patients C2S

Article 1 : montant en vigueur en euros

Code Acte	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	FDA	182,75	545,25	728,00
HBLD032	Pose d'une prothèse amovible de transition complète unimaxillaire à plaque base résine	FDA	182,75	317,25	500,00
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	FDA	365,50	1090,50	1456,00
HBLD083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents	FDA	150,50	419,50	570,00
HBLD101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents	FDA	129,00	351,00	480,00
HBLD123	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents	FDA	107,50	292,50	400,00
HBLD138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents	FDA	139,75	340,25	480,00
HBLD148	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 9 dents	FDA	129,00	271,00	400,00
HBLD215	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 11 dents	FDA	150,50	269,50	420,00
HBLD224	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 5 dents	FDA	86,00	264,00	350,00
HBLD231	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 10 dents	FDA	139,75	280,25	420,00
HBLD232	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 13 dents	FDA	172,00	278,00	450,00
HBLD259	Pose d'une prothèse amovible de transition complète bimaxillaire à plaque base résine	FDA	365,50	634,50	1000,00
HBLD262	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 12 dents	FDA	161,25	258,75	420,00
HBLD270	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 8 dents	FDA	118,25	281,75	400,00
HBLD349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents	FDA	172,00	398,00	570,00
HBLD364	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents	FDA	64,50	210,50	275,00
HBLD370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents	FDA	161,25	408,75	570,00
HBLD371	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 6 dents	FDA	96,75	253,25	350,00

Code Acte	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)
HBLD476	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 4 dents	FDA	75,25	234,75	310,00
YYYY176	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	21,50	1,41	22,91
YYYY246	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	64,50	4,22	68,72
YYYY275	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	43,00	2,82	45,82
YYYY389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	129,00	8,45	137,45
YYYY426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	107,50	7,04	114,54
YYYY478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	86,00	5,63	91,63
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	FDC	279,50	470,73	750,23
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux	FDC	120,00	130,00	250,00
HBLD073*	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique zircone sur une molaire	FDC			
HBLD350	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique zircone sur une dent autre qu'une molaire	FDC	120,00	280,00	400,00
HBLD490	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée sans reste à charge	FDC	10,00	30,00	40,00
HBLD634	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une incisive, une canine ou une première prémolaire	FDC	120,00	310,00	430,00
HBLD680	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur une incisive, une canine ou une première prémolaire	FDC	120,00	310,00	430,00
HBLD785	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive	FDC	279,50	956,26	1235,76
HBKD140	Changement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	120,40	99,60	220,00
HBKD212	Changement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	68,80	61,20	130,00
HBKD213	Changement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	103,20	86,80	190,00
HBKD244	Changement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	137,60	112,40	250,00
HBKD300	Changement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	51,60	48,40	100,00
HBKD396	Changement d'1 facette d'une prothèse dentaire amovible	FDR	17,20	22,80	40,00
HBKD431	Changement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	34,40	35,60	70,00
HBKD462	Changement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	86,00	74,00	160,00
HBMD017	Adjonction ou changement d'1 élément d'une prothèse dentaire amovible	FDR	21,50	63,50	85,00
HBMD020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine sans renfort métallique, fêlée ou fracturée	FDR	21,50	53,50	75,00
HBMD114	Adjonction ou changement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	32,25	77,75	110,00

Code Acte	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)
HBMD134	Adjonction ou changement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	150,50	369,50	520,00
HBMD174	Adjonction ou changement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	161,25	398,75	560,00
HBMD198	Adjonction ou changement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	75,25	164,75	240,00
HBMD226	Adjonction ou changement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	129,00	311,00	440,00
HBMD228	Adjonction ou changement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	96,75	223,25	320,00
HBMD245	Adjonction ou changement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	64,50	135,50	200,00
HBMD286	Adjonction ou changement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	107,50	252,50	360,00
HBMD322	Adjonction ou changement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	43,00	97,00	140,00
HBMD329	Adjonction ou changement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	118,25	281,75	400,00
HBMD356	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine avec renfort métallique, fêlée ou fracturée	FDR	21,50	58,50	80,00
HBMD373	Adjonction ou changement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	86,00	194,00	280,00
HBMD387	Adjonction ou changement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	139,75	340,25	480,00
HBMD404	Adjonction ou changement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	53,75	116,25	170,00
HBLD090*	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés sans reste à charge	FDC	90,00	40,00	130,00
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	FDA	623,50	1490,50	2114,00
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA	311,75	745,25	1057,00
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA	494,50	1290,50	1785,00
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents	FDA	236,50	513,50	750,00
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents	FDA	268,75	481,25	750,00
HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents	FDA	290,25	559,75	850,00
HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents	FDA	193,50	362,50	556,00
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents	FDA	279,50	570,50	850,00
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents	FDA	301,00	549,00	850,00
HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents	FDA	204,25	510,75	715,00
HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents	FDA	258,00	492,00	750,00
HBLD452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents	FDA	215,00	500,00	715,00

Code Acte	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents	FDA	247,25	502,75	750,00
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents	FDA	225,75	489,25	715,00
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	322,50	21,12	343,62
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	225,75	14,79	240,54
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	258,00	16,90	274,90
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	32,25	2,11	34,36
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	354,75	23,24	377,99
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	419,25	27,46	446,71
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	96,75	6,34	103,09
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	129,00	8,45	137,45
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	387,00	25,35	412,35
YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	64,50	4,22	68,72
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	451,50	29,57	481,07
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	161,25	10,56	171,81
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	193,50	12,67	206,17
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	290,25	19,01	309,26
HBLD006*	Pose d'un mainteneur d'espace interdentaire unitaire scellé	FDC			
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique, et 1 élément intermédiaire métallique	FDC	279,50	637,00	916,50
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique, et 1 élément intermédiaire céramométallique	FDC	279,50	803,28	1082,78
HBLD227	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une dent autre qu'une incisive	FDC	279,50	956,26	1235,76
HBLD745*	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés à entente directe limitée	FDC	90,00	40,00	130,00
HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux	FDC	100,00	150,00	250,00
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'1 élément	FDR	38,70	46,30	85,00
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments	FDR	32,25	42,75	75,00

Code Acte	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	FDR	58,05	56,95	115,00
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	129,00	21,00	150,00
HBMD249	Adjonction ou changement d'1 élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	43,00	27,00	70,00
HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	215,00	15,00	230,00
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	FDR	116,10	88,90	205,00
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	86,00	24,00	110,00
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	FDR	109,65	85,35	195,00
HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	FDR	77,40	67,60	145,00
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	FDR	64,50	60,50	125,00
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	FDR	70,95	64,05	135,00
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	FDR	122,55	92,45	215,00
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	301,00	9,00	310,00
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	172,00	18,00	190,00
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	FDR	90,30	74,70	165,00
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	258,00	12,00	270,00
HBMD444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	344,00	6,00	350,00
HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments	FDR	103,20	81,80	185,00
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments	FDR	83,85	71,15	155,00
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments	FDR	51,60	53,40	105,00
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments	FDR	96,75	78,25	175,00
HBMD485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	387,00	3,00	390,00
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments	FDR	45,15	49,85	95,00
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire	FDC	38,70	1,50	40,20
HBMD410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	430,00		430,00

Code Acte	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)
HBMD429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	473,00		473,00
HBMD281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	516,00		516,00
HBMD200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	559,00		559,00
HBMD298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	602,00		602,00
Orthopédie dento-faciale					
Traitement des dysmorphoses, par période de six mois, dans la limite de six périodes :					
- sans multiattaches		FDO	193,5	139,5	333
Traitement des dysmorphoses :					
- sans multiattaches		FDO	193,50	270,50	464,00
Séance de surveillance (au maximum deux par semestre)					
		///	10,75		10,75
Contention après traitement orthodontique :					
– 1re année		///	161,25		161,25
– 2e année		///	107,50		107,50
Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée					
		///	387,00		387,00
Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre total ou à la division palatine :					
– forfait annuel, par année		///	430,00		430,00
– en période d'attente		///	129,00		129,00
Traitement d'orthopédie dento-faciale avec multiattaches au-delà du seizième anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires pour une période de six mois non renouvelable,					
		FDO	193,50	187,62	381,12

Article 2 : nouveaux montants en euros

Les tableaux ci-après annulent et remplacent les dispositions préexistantes concernées.

Code Acte	Tarifs applicables à compter du 1.02.2024 (1)			Tarifs applicables à compter du 1.01.2025			Tarifs applicables à compter du 1.01.2026			Tarifs applicables à compter du 1.01.2027			Tarifs applicables à compter du 1.01.2028		
	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (a) (2-1)	Montant maximum proposition (2)
HBLD0031 A	182,75	646,50	829,25	182,75	747,75	930,50	182,75	810,53	993,28	182,75	881,41	1064,16	182,75	950,25	1133,00
HBLD0032 A	182,75	326,15	508,90	182,75	335,05	517,80	182,75	340,57	523,32	182,75	346,80	529,55	182,75	352,85	535,60
HBLD0035 A	365,50	1318,75	1684,25	365,50	1547,00	1912,50	365,50	1688,52	2054,02	365,50	1848,30	2213,80	365,50	2003,50	2369,00
HBLD0083 A	150,50	473,99	624,49	150,50	528,48	678,98	150,50	562,26	712,76	150,50	600,40	750,90	150,50	637,45	787,95
HBLD101 A	129,00	406,10	535,10	129,00	461,20	590,20	129,00	495,36	624,36	129,00	533,93	662,93	129,00	571,40	700,40
HBLD123 A	107,50	308,38	415,88	107,50	324,26	431,76	107,50	334,11	441,61	107,50	345,23	452,73	107,50	356,00	463,50
HBLD138 A	139,75	405,65	545,40	139,75	471,05	610,80	139,75	511,60	651,35	139,75	557,38	697,13	139,75	601,85	741,60
HBLD148 A	129,00	286,88	415,88	129,00	302,76	431,76	129,00	312,61	441,61	129,00	323,73	452,73	129,00	334,50	463,50
HBLD215 A	150,50	290,68	441,18	150,50	311,86	462,36	150,50	324,99	475,49	150,50	339,82	490,32	150,50	354,20	504,70
HBLD224 A	86,00	271,26	357,26	86,00	278,52	364,52	86,00	283,02	369,02	86,00	288,10	374,10	86,00	293,04	379,04
HBLD231 A	139,75	291,13	430,88	139,75	302,01	441,76	139,75	308,76	448,51	139,75	316,38	456,13	139,75	323,75	463,50

Code Acte	Co di fica tion (a)	Tarifs applicables à compter du 1.02.2024 (1)			Tarifs applicables à compter du 1.01.2025			Tarifs applicables à compter du 1.01.2026			Tarifs applicables à compter du 1.01.2027			Tarifs applicables à compter du 1.01.2028		
		Tarif de respo n sabi lé (1)	Dépasse ment maximum autorisé en sus du tarif de responsabi lité (a) (2-1)	Montant maximu m propositi on (2)	Tarif de respo n sabi lé (1)	Dépasse ment maximum autorisé en sus du tarif de responsabi lité (a) (2-1)	Montant maximu m propositi on (2)	Tarif de respo n sabi lé (1)	Dépasse ment maximum autorisé en sus du tarif de responsabi lité (a) (2-1)	Montant maximu m propositi on (2)	Tarif de respo n sabi lé (1)	Dépasse ment maximum autorisé en sus du tarif de responsabi lité (a) (2-1)	Montant maximu m propositi on (2)	Tarif de respo n sabi lé (1)	Dépasse ment maximum autorisé en sus du tarif de responsabi lité (a) (2-1)	Montant maximu m propositi on (2)
YYYY478	FD A	86,00	26,50	112,50	86,00	47,37	133,37	86,00	60,31	146,31	86,00	74,92	160,92	86,00	89,10	175,10
HBLD033	FD C	279,50	507,20	786,70	279,50	543,67	823,17	279,50	566,28	845,78	279,50	591,81	871,31	279,50	616,60	896,10
HBLD038	FD C	120,00	142,18	262,18	120,00	154,36	274,36	120,00	161,91	281,91	120,00	170,44	290,44	120,00	178,70	298,70
HBLD073	FD C				120,00			120,00	333,20	453,20	120,00	333,20	453,20	120,00	333,20	453,20
HBLD350	FD C	120,00	293,30	413,30	120,00	306,60	426,60	120,00	314,85	434,85	120,00	324,16	444,16	120,00	333,20	453,20
HBLD099*	FD C				279,50			279,50	1080,10	1359,60	279,50	1080,10	1359,60	279,50	1080,10	1359,60
HBLD490	FD C	10,00	35,45	45,45	10,00	40,90	50,90	10,00	44,28	54,28	10,00	48,10	58,10	10,00	51,80	61,80
HBLD634	FD C	120,00	331,25	451,25	120,00	352,50	472,50	120,00	365,68	485,68	120,00	380,56	500,56	120,00	395,00	515,00
HBLD680	FD C	120,00	331,25	451,25	120,00	352,50	472,50	120,00	365,68	485,68	120,00	380,56	500,56	120,00	395,00	515,00
HBLD785	FD C	279,50	1024,56	1304,06	279,50	1092,86	1372,36	279,50	1135,21	1414,71	279,50	1183,02	1462,52	279,50	1229,45	1508,95
HBKD140	FD R	120,40	101,25	221,65	120,40	102,90	223,30	120,40	103,92	224,32	120,40	105,08	225,48	120,40	106,20	226,60
HBKD212	FD R	68,80	62,18	130,98	68,80	63,16	131,96	68,80	63,77	132,57	68,80	64,46	133,26	68,80	65,10	133,90
HBKD213	FD R	103,20	88,23	191,43	103,20	89,66	192,86	103,20	90,55	193,75	103,20	91,55	194,75	103,20	92,50	195,70
HBKD244	FD R	137,60	114,28	251,88	137,60	116,16	253,76	137,60	117,33	254,93	137,60	118,65	256,25	137,60	119,90	257,50

Code Acte	Tarifs applicables à compter du 1.02.2024 (1)			Tarifs applicables à compter du 1.01.2025			Tarifs applicables à compter du 1.01.2026			Tarifs applicables à compter du 1.01.2027			Tarifs applicables à compter du 1.01.2028			
	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1)	Montant maximum proposé (2)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1)	Montant maximum proposé (2)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1)	Montant maximum proposé (2)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1)	Montant maximum proposé (2)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1)	Montant maximum proposé (2)	
HBKD300	FD R	51,60	49,15	100,75	51,60	49,90	101,50	51,60	50,37	101,97	51,60	50,90	102,50	51,60	51,40	103,00
HBKD396	FD R	17,20	25,68	42,88	17,20	28,56	45,76	17,20	30,35	47,55	17,20	32,37	49,57	17,20	34,30	51,50
HBKD431	FD R	34,40	38,70	73,10	34,40	41,80	76,20	34,40	43,72	78,12	34,40	45,89	80,29	34,40	48,00	82,40
HBKD462	FD R	86,00	75,20	161,20	86,00	76,40	162,40	86,00	77,14	163,14	86,00	77,98	163,98	86,00	78,80	164,80
HBMD017	FD R	21,50	64,14	85,64	21,50	64,78	86,28	21,50	65,18	86,68	21,50	65,63	87,13	21,50	66,05	87,55
HBMD020	FD R	21,50	55,35	76,85	21,50	57,20	78,70	21,50	58,35	79,85	21,50	59,65	81,15	21,50	60,90	82,40
HBMD114	FD R	32,25	81,15	113,40	32,25	84,55	116,80	32,25	86,66	118,91	32,25	89,04	121,29	32,25	91,35	123,60
HBMD134	FD R	150,50	373,40	523,90	150,50	377,30	527,80	150,50	379,72	530,22	150,50	382,45	532,95	150,50	385,10	535,60
HBMD174	FD R	161,25	402,95	564,20	161,25	407,15	568,40	161,25	409,75	571,00	161,25	412,69	573,94	161,25	415,55	576,80
HBMD198	FD R	75,25	169,38	244,63	75,25	174,01	249,26	75,25	176,88	252,13	75,25	180,12	255,37	75,25	183,28	258,53
HBMD226	FD R	129,00	314,30	443,30	129,00	317,60	446,60	129,00	319,65	448,65	129,00	321,96	450,96	129,00	324,20	453,20
HBMD228	FD R	96,75	226,68	323,43	96,75	230,11	326,86	96,75	232,24	328,99	96,75	234,64	331,39	96,75	236,97	333,72
HBMD245	FD R	64,50	140,86	205,36	64,50	146,22	210,72	64,50	149,54	214,04	64,50	153,29	217,79	64,50	156,95	221,45
HBMD286	FD R	107,50	255,20	362,70	107,50	257,90	365,40	107,50	259,57	367,07	107,50	261,46	368,96	107,50	263,30	370,80

Code Acte	Codi- fica- tion (a)	Tarifs applicables à compter du 1.02.2024 (1)			Tarifs applicables à compter du 1.01.2025			Tarifs applicables à compter du 1.01.2026			Tarifs applicables à compter du 1.01.2027			Tarifs applicables à compter du 1.01.2028		
		Tarif de respo- nabi- lé (1)	Dépasse- ment maximum autorisé en sus du tarif de respon- sabi- lé (a) (2-1)	Montant maximu- m proposi- tion (2)	Tarif de respo- nabi- lé (1)	Dépasse- ment maximum autorisé en sus du tarif de respon- sabi- lé (a) (2-1)	Montant maximu- m proposi- tion (2)	Tarif de respo- nabi- lé (1)	Dépasse- ment maximum autorisé en sus du tarif de respon- sabi- lé (a) (2-1)	Montant maximu- m proposi- tion (2)	Tarif de respo- nabi- lé (1)	Dépasse- ment maximum autorisé en sus du tarif de respon- sabi- lé (a) (2-1)	Montant maximu- m proposi- tion (2)	Tarif de respo- nabi- lé (1)	Dépasse- ment maximum autorisé en sus du tarif de respon- sabi- lé (a) (2-1)	Montant maximu- m proposi- tion (2)
HBMD32 2	FD R	43,00	100,63	143,63	43,00	104,26	147,26	43,00	106,51	149,51	43,00	109,05	152,05	43,00	111,50	154,50
HBMD32 9	FD R	118,2 5	284,75	403,00	118,2 5	287,75	406,00	118,2 5	289,61	407,86	118,2 5	291,71	409,96	118,2 5	293,75	412,00
HBMD35 6	FD R	21,50	60,00	81,50	21,50	61,50	83,00	21,50	63,00	84,50	21,50	64,50	86,00	21,50	66,05	87,55
HBMD37 3	FD R	86,00	197,90	283,90	86,00	201,80	287,80	86,00	204,22	290,22	86,00	206,95	292,95	86,00	209,61	295,61
HBMD38 7	FD R	139,7 5	343,85	483,60	139,7 5	347,45	487,20	139,7 5	349,68	489,43	139,7 5	352,20	491,95	139,7 5	354,65	494,40
HBMD40 4	FD R	53,75	116,25	170,00	53,75	116,25	170,00	53,75	116,25	170,00	53,75	116,25	170,00	53,75	136,80	190,55
HBLD006 *	FD C				30,00			30,00	120,00	150,00	30,00	120,00	150,00	30,00	120,00	150,00

(b) Les mesures tarifaires prévues entrent en vigueur le 1er février 2024 ou à la date d'échéance du délai de 6 mois susmentionné si elle est postérieure

* sous réserves de son inscription préalable à la liste visée à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par décision UNCAM.

ANNEXE XIX : LISTE DES ACTES OUVERTS AU MODIFICATEUR 9 AU PROFIT DE LA GENERATION SANS CARIE

Codes CCAM	Libellés
HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire
HBFD001	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD003	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD024	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente
HBFD297	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD015	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD017	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD019	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire
HBFD474	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire
HBFD326	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire
HBBD001	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification
HBBD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification
HBBD234	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature
HBFD395	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature
HBFD458	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature
HBFD010	Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct
HBMD042	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire
HBMD038	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD044	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD047	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD050	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD053	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD054	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire

ANNEXE XX : LISTE DES ACTES OUVERTS AUX CHIRURGIENS-DENTISTES ET AUX MODIFICATEURS J et K

Codes CCAM	Libellés
ADCA004	Déroutement du nerf alvéolaire inférieur [dentaire inférieur], par abord intrabuccal
ADPA004	Décompression du nerf alvéolaire inférieur [dentaire inférieur], par abord intrabuccal
GBPA004	Sinusotomie maxillaire, par abord de la fosse canine [abord vestibulaire]
HAAA001	Approfondissement du vestibule oral [sillon gingivojugal] par section mucopériostée avec greffe cutanée ou muqueuse
HAAA002	Approfondissement du vestibule oral [sillon gingivojugal] par section mucopériostée
HAAA003	Approfondissement du plancher de la bouche par section musculaire
HADA001	Labioglossopexie
HADA002	Hyomandibulopexie
HAFA009	Exérèse de kyste du plancher de la bouche, par abord intrabuccal et par abord facial
HAFA014	Vermillonectomie avec reconstruction de lèvre par lambeau muqueux rétrolabial
HAFA019	Exérèse de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de plus de 4 cm de grand axe, par abord intrabuccal
HAFA021	Exérèse non transfixiante de lésion infiltrante de la joue, par abord intrabuccal
HAFA022	Exérèse transfixiante de lésion de la joue, par abord facial
HAFA031	Exérèse d'une lèvre débordant sur une ou plusieurs unités adjacentes
HAFA032	Exérèse de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de 2 cm à 4 cm de grand axe, par abord intrabuccal
HAFA034	Exérèse de kyste du plancher de la bouche, par abord intrabuccal
HAJA002	Évacuation de collection pelvilinguale, par abord intrabuccal
HAJD004	Évacuation de collection de la base de la langue
HAMA001	Glossoplastie de réduction
HAMA002	Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau bilatéral de lèvre ou de joue
HAMA003	Réparation de perte de substance du vermillon labial par lambeau muqueux hétérolabial [lambeau en rideau]
HAMA004	Réparation de perte de substance du vermillon labial par lambeau de langue
HAMA005	Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau libre
HAMA008	Réparation de perte de substance du vermillon labial par lambeau muqueux rétrolabial ou avancement du vermillon restant
HAMA010	Réparation de perte de substance de la lèvre inférieure par lambeau de glissement ou de rotation mentonnier
HAMA016	Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau hétérolabial
HAMA018	Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau hétérolabial et lambeau bilatéral de lèvre et/ou de joue
HAMA021	Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau hétérolabial et lambeau unilatéral de lèvre et/ou de joue
HAMA023	Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau nasogénien unilatéral et lambeau controlatéral de lèvre et/ou de joue
HAMA026	Pelviglossoplastie
HAMA027	Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau cutané local
HAMA029	Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau unilatéral de lèvre ou de joue
HAMA030	Commissuroplastie labiale

Codes CCAM	Libellés
HAND003	Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de plus de 4 cm de grand axe, par voie buccale sans laser
HAND005	Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de plus de 4 cm de grand axe, par voie buccale avec laser
HAPA003	Libération musculaire et muqueuse d'une ankyloglossie
HAPA004	Marsupialisation d'un kyste du plancher de la bouche
HASA011	Fermeture d'une macrostomie congénitale de 3 cm ou plus, avec reconstruction de la commissure labiale
HASA013	Fermeture d'une communication buccosinusienne et/ou buconasale par lambeau palatin, par abord intrabuccal
HASA018	Fermeture d'une communication buccosinusienne par lambeau de glissement vestibulojugal, par abord intrabuccal
HASA024	Fermeture d'une macrostomie congénitale de moins de 3 cm, avec reconstruction de la commissure labiale
HASA025	Fermeture d'une communication buccosinusienne par lambeau de transposition du corps adipeux de la joue, par abord intrabuccal
HASD001	Fermeture secondaire bilatérale d'une fente alvéolaire par gingivopériostoplastie ou lambeau muqueux, avec autogreffe osseuse
HASD002	Fermeture secondaire unilatérale d'une fente alvéolaire par gingivopériostoplastie ou lambeau muqueux
HASD004	Fermeture secondaire bilatérale d'une fente alvéolaire par gingivopériostoplastie ou lambeau muqueux
HASD005	Fermeture secondaire unilatérale d'une fente alvéolaire par gingivopériostoplastie ou lambeau muqueux, avec autogreffe osseuse
HCCA001	Dérivation du conduit parotidien [de Sténon] pour suppléance lacrymale
HCCA002	Suture de plaie de conduit salivaire
HCCD001	Dérivation oropharyngée bilatérale du conduit parotidien [de Sténon], par voie buccale
HCEA001	Transposition unilatérale ou bilatérale des conduits submandibulaires [de Wharton]
HCFA001	Exérèse de glande submandibulaire [Submandibulectomie] [Sousmaxillectomie] élargie à sa loge, par abord cervicofacial
HCFA003	Exérèse de glande sublinguale, par abord direct
HCFA007	Exérèse de petite glande salivaire [glande salivaire accessoire]
HCFA011	Exérèse de glande submandibulaire [Submandibulectomie] [Sousmaxillectomie], par abord cervicofacial
HCGA002	Ablation de calcul canalaire d'une glande salivaire, par abord cervicofacial sans guidage endoscopique
HCGA003	Ablation de calcul du bassinnet de la glande submandibulaire, par abord intrabuccal sans guidage endoscopique
HCSA001	Fermeture de fistule salivaire parenchymateuse ou juxtaglandulaire
HDAA002	Véloplastie d'allongement avec lambeau palatin
HDMA010	Véloplastie secondaire intravélaire
LABA004	Apposition modelante de l'étage moyen de la face, par abord direct
LAFA012	Résection modelante de l'étage moyen de la face, par abord intrabuccal
LAGA002	Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse du massif facial sur 3 sites ou plus, par abord direct
LAGA003	Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse ou de distraction du massif facial sur un site, par abord direct
LAGA004	Ablation de matériel externe d'ostéosynthèse ou de distraction du crâne et/ou du massif facial

Codes CCAM	Libellés
LAGA005	Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse ou de distraction du massif facial sur 2 sites, par abord direct
LAHA002	Biopsie d'un os de la face, par abord direct
LALA001	Pose de plusieurs implants intraosseux crâniens et/ou faciaux pour fixation d'épithèse
LALA002	Pose d'un implant intraosseux crânien ou facial pour fixation d'épithèse ou d'appareillage auditif ostéo-intégré
LBAA001	Allongement osseux progressif de l'os maxillaire ou de la mandibule par distracteur, par abord direct
LBBA003	Apposition modelante de la mandibule, par abord intrabuccal ou facial
LBBA004	Comblement de perte de substance mandibulaire interruptrice segmentaire latérale respectant la région articulaire, par abord intrabuccal ou facial
LBBA005	Apposition modelante du menton, par abord intrabuccal
LBBA006	Comblement de perte de substance mandibulaire interruptrice segmentaire antérieure limitée au corps, par abord intrabuccal ou facial
LBCA001	Ostéosynthèse de fracture extracondyloïde bifocale de la mandibule, à foyer ouvert
LBCA002	Ostéosynthèse de fracture extracondyloïde plurifocale de la mandibule, à foyer ouvert
LBCA003	Ostéosynthèse et/ou suspension faciale pour fracture occlusofaciale de type Le Fort I, par abord direct
LBCA004	Ostéosynthèse de fracture du condyle de la mandibule à foyer ouvert, sans dissection du nerf facial
LBCA005	Ostéosynthèse et/ou suspension faciale pour fracture occlusofaciale de type Le Fort III, par abord direct
LBCA006	Ostéosynthèse de fracture extracondyloïde unifocale de la mandibule, à foyer ouvert
LBCA007	Ostéosynthèse de fracture du condyle de la mandibule à foyer ouvert, avec dissection du nerf facial
LBCA008	Ostéosynthèse de fracture comminutive de la mandibule avec parage d'un délabrement des tissus mous de la face
LBCA009	Ostéosynthèse et/ou suspension faciale pour fracture occlusofaciale de type Le Fort II, par abord direct
LBCA010	Ostéosynthèse de disjonction intermaxillaire ou de fracture du palais, par abord intrabuccal
LBCB001	Ostéosynthèse de fracture extracondyloïde plurifocale de la mandibule, à foyer fermé
LBCB002	Ostéosynthèse de fracture extracondyloïde unifocale de la mandibule, à foyer fermé
LBDD001	Blocage maxillomandibulaire avec ablation de matériel d'ostéosynthèse, pour traitement de pseudarthrose mandibulaire
LBEA001	Réduction d'une luxation temporo-mandibulaire, par abord direct
LBED001	Réduction orthopédique de fracture occlusofaciale [fracture type Le Fort I, II ou III], avec contention par blocage maxillomandibulaire
LBED004	Réduction orthopédique de disjonction intermaxillaire ou de fracture du palais, avec contention par blocage maxillomandibulaire
LBEP009	Réduction orthopédique de disjonction intermaxillaire ou de fracture du palais, avec contention par appareillage personnalisé
LBFA003	Réséction partielle de la tête du condyle de la mandibule, par abord facial
LBFA004	Réséction de la mandibule pour pseudarthrose avec comblement par autogreffe osseuse, par abord direct
LBFA008	Réséction non interruptrice extracondyloïde de la mandibule, par abord direct
LBFA009	Réséction interruptrice segmentaire antérieure du corps de la mandibule avec comblement, par abord direct

Codes CCAM	Libellés
LBFA010	Réséction modelante du menton, par abord intrabuccal
LBFA015	Exérèse de lésion du ramus de la mandibule, par abord intrabuccal
LBFA017	Réséction interruptrice extracondyloïdienne segmentaire latérale de la mandibule avec comblement, par abord direct
LBFA018	Réséction modelante de la mandibule, par abord intrabuccal
LBFA020	Réséction interruptrice segmentaire antérieure du corps de la mandibule par abord direct, avec pose de dispositif intrafocal de contention, sans comblement
LBFA025	Coronoïdectomie mandibulaire, par abord intrabuccal
LBFA027	Réséction interruptrice extracondyloïdienne segmentaire latérale de la mandibule par abord direct, avec pose de dispositif intrafocal de contention, sans comblement
LBFA029	Réséction interruptrice segmentaire antérieure du corps de la mandibule par abord direct, sans pose de dispositif intrafocal de contention ni comblement
LBFA032	Éminectomie [Condyloplastie temporale] ou création de butée temporomandibulaire
LBFA036	Réséction interruptrice extracondyloïdienne segmentaire latérale de la mandibule par abord direct, sans pose de dispositif intrafocal de contention ni comblement
LBGA005	Évidement de la mandibule, par abord intrabuccal
LBLD024	Pose d'une attelle portegreffon ou d'une endoprothèse, après réséction mandibulaire interruptrice
LBPA001	Ostéotomie d'antépositionnement des épines mentonnières [apophyses geni] de la mandibule, par abord intrabuccal
LBPA002	Ostéotomie sagittale du corps de la mandibule, par abord intrabuccal
LBPA003	Décortication de la mandibule, par abord intrabuccal
LBPA004	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire d'avancée type Le Fort I non segmentée, par abord intrabuccal
LBPA005	Ostéotomie interruptrice du corps de la mandibule, en avant du trou mentonnier, par abord intrabuccal
LBPA006	Ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 3 fragments ou plus, par abord intrabuccal
LBPA007	Ostéotomie verticale rétrolingulaire [rétrospigienne] du ramus de la mandibule, par abord facial
LBPA008	Ostéotomie maxillaire segmentaire postérieure bilatérale, par abord intrabuccal
LBPA009	Ostéotomie maxillaire segmentaire postérieure unilatérale, par abord intrabuccal
LBPA011	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 2 fragments et transposition du menton osseux, par abord intrabuccal
LBPA012	Ostéotomie maxillaire interalvéolaire [Corticotomie alvéolodentaire] unique ou multiple, par abord intrabuccal
LBPA013	Ostéotomie de transposition du menton osseux, par abord intrabuccal
LBPA014	Ostéotomie interruptrice du corps de la mandibule, en arrière du trou mentonnier, par abord intrabuccal
LBPA015	Ostéotomie maxillaire type Le Fort I non segmentée avec recul ou déplacement vertical, par abord intrabuccal
LBPA016	Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en arrière du trou mentonnier, par abord intrabuccal
LBPA017	Ostéotomie maxillaire d'élévation sans mobilisation du palais, par abord intrabuccal
LBPA018	Ostéotomie sousalvéolaire totale de la mandibule, par abord intrabuccal
LBPA019	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers, par abord intrabuccal

Codes CCAM	Libellés
LBPA020	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 3 fragments ou plus, par abord intrabuccal
LBPA021	Ostéotomie sagittale unilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], par abord intrabuccal
LBPA022	Ostéotomie maxillaire type hémi-Le Fort I, par abord intrabuccal
LBPA023	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 2 fragments, par abord intrabuccal
LBPA024	Ostéotomie d'un segment du maxillaire pour correction d'une malposition fragmentaire séquellaire d'une fente orofaciale, par abord intrabuccal
LBPA025	Ostéotomie de la mandibule pour cal vicieux, par abord direct
LBPA026	Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers, par abord intrabuccal
LBPA027	Ostéotomie maxillaire totale basse préimplantaire ou préprothétique avec interposition, par abord intrabuccal
LBPA028	Ostéotomie maxillaire de type Le Fort I pour séquelle d'une fente orofaciale, par abord intrabuccal
LBPA029	Ostéotomie maxillaire type Le Fort I non segmentée avec avancée, par abord intrabuccal
LBPA030	Ostéotomie verticale rétrolingulaire [rétrospigienne] du ramus de la mandibule, par abord intrabuccal
LBPA031	Ostéotomie maxillaire segmentaire antérieure, par abord intrabuccal
LBPA032	Ostéotomie sagittale intermaxillaire sans pose d'un disjoncteur fixe, par abord intrabuccal
LBPA033	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 3 fragments ou plus et transposition du menton osseux, par abord intrabuccal
LBPA034	Ostéotomie segmentaire antérieure préimplantaire ou préprothétique de la mandibule avec interposition, par abord intrabuccal
LBPA035	Ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 2 fragments, par abord intrabuccal
LBPA036	Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers, avec ostéotomie maxillaire segmentaire antérieure, par abord intrabuccal
LBPA037	Ostéotomie interruptrice de la symphyse mandibulaire, par abord intrabuccal
LBPA039	Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers, avec ostéotomie de transposition du menton osseux, par abord intrabuccal
LBPA040	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire d'avancée type Le Fort I non segmentée et ostéotomie de transposition du menton osseux, par abord intrabuccal
LBPA041	Ostéotomie angulaire ou préangulaire de la mandibule, par abord facial
LBPA042	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], par abord intrabuccal
LBPA043	Ostéotomie sagittale intermaxillaire avec pose d'un disjoncteur fixe, par abord intrabuccal
LCJA002	Évacuation de collection de la région des muscles masticateurs, par abord intrabuccal et par abord facial
LCJA004	Évacuation de collection de la région des muscles masticateurs, par abord intrabuccal
LCPA001	Libération d'une rétraction des tissus mous de la région masticatrice, par abord direct
LZGA001	Ablation de biomatériau de la face et/ou du cou, par abord direct
QAJH004	Évacuation de collection de la face, par voie transcutanée avec guidage radiologique
YYYY188	Supplément pour prélèvement peropératoire et pose d'autogreffe osseuse à distance du foyer opératoire

ANNEXE XXI : LISTE DES ACTES OUVERTS AU MODIFICATEUR N

Codes CCAM	Libellés
HBBD001	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification
HBBD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification
HBBD234	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification
HBFD001	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD003	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire
HBFD024	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature
HBFD297	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire
HBFD326	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD395	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature
HBFD458	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature
HBMD038	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD043	Restauration d'une dent sur 1 face par matériau incrusté [inlay-onlay]
HBMD044	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD046	Restauration d'une dent sur 2 faces par matériau incrusté [inlay-onlay]
HBMD047	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD050	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD053	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD054	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD055	Restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay]
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux
HBMD460	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux

ANNEXE XXII : CHANGEMENTS DE CODES REGROUPEMENTS

Les changements de codes regroupements ci-après seront mis en œuvre lors d'une prochaine version de la CCAM.

Article 1 : actes CCAM + activité + phase passant du code regroupement ADC au code regroupement ASC

LBGA00410	HBGD12210	HBGD26210	HBGD10610	HBBA00310
LBGA28010	HBGD06710	HBGD34510	HBGD46210	HBBA00210
LBGA16810	HBGD24710	HBGD14510	HBGD46510	HBBA00410
LBGA00310	HBGD17410	HBGD16010	HBGD14810	HBMA00310
LBGA00210	HBGD19710	HBGD45310	HBGD35910	HBMA00610
LBGA00610	HBGD05710	HBGD39710	HBGD39610	HAJD00310
LBGA00710	HBGD33310	HBGD28710	HBGD14210	HAJA00910
LBGA00810	HBGD13310	HBGD41510	HBGD07610	HAJA00810
LBGA00910	HBGD41810	HBGD31910	HBGD46410	HAJA00710
LBGA13910	HBGD26110	HBGD30910	HBGD11310	HAJA01010
LCGA00210	HBGD12310	HBGD06210	HBGD23110	PAFA01010
HBAA33810	HBGD49910	HBGD28110	HBGD42210	HBED01510
HBFD01410	HBGD46810	HBGD31610	HBGD26310	HBED00910
HAAA00210	HBGD46110	HBGD27910	HBGD42010	HBED01610
HAAA00110	HBGD01510	HBGD29910	HBGD28010	HBED01110
HBED02210	HBGD32210	HBGD02110	HBGD30010	LBEA00110
HBED00510	HBGD00210	HBGD41410	GBBA36410	HBMA00410
HBGD01410	HBGD19010	HBGD24510	GBBA00210	HBED00110
HBGD04410	HBGD35810	HBGD28310	HBDD00710	HBED00310
HBGD03910	HBGD03410	HBGD41610	HBGB00110	HBED02110
HBGD01710	HBGD03210	HBGD40310	HBGB00510	LBFA03110
HBGD02210	HBGD04310	HBGD21810	HBGB00310	LBFA02910
HBGD03110	HBGD02610	HBGD08010	HBGB00410	HAPA00110
HBGD03610	HBGD03710	HBGD07810	HBGB00210	YYYY18310
HBGD04210	HBGD12610	HBGD16910	HBPDP00110	YYYY18510
HBGD03510	HBGD40210	HBGD48910	HBPDP00210	YYYY75510
HBGD02810	HBGD49210	HBGD28410	HBPA00110	YYYY61410
HBGD00310	HBGD38610	HBGD43010	LAPB45110	HBDD00810
HBGD04710	HBGD46610	HBGD17110	LAPB00210	HBDD01410
HBGD45910	HBGD02510	HBGD11710	LAPB00410	HBGD21010
HBGD01610	HBGD44110	HBGD19910	LAPB31110	HBGD28210
HBGD00410	HBGD27810	HBGD10210	LAPB00310	LAPB12210
HBGD01810	HBGD20110	HBGD03810	LAPB00110	LAPB28810
HBGD06410	HBGD25810	HBGD37210	LAPB00510	LAPB40810
HBGD09310	HBGD31110	HBGD18110	LAPB00610	LAPB45910
HBGD43810	HBGD10510	HBGD38510	LAPB00710	LBGA04910
HBGD34910	HBGD23510	HBGD48010	LAPB04710	LBGA05210
HBGD35610	HBGD37410	HBGD06010	LAPB03010	LBGA11310
HBGD36210	HBGD47510	HBGD49710	LCJA00310	LBGA35410
HBGD14610	HBGD19110	HBGD06510	LBFA03010	LBGA44110
HBGD05410	HBGD28510	HBGD15910	LBFA02310	PAFA00310
HBGD38210	HBGD33810	HBGD20610	LBFA00210	

HBGD11110	HBGD19310	HBGD31210	HAPA00410	
-----------	-----------	-----------	-----------	--

Article 2 : actes CCAM + activité + phase passant du code regroupement ATM au code regroupement ADM

HANP00210	LBMP00210	LBLD01610	HBLD01510	LBMP00310
ZAMP00110	HALD00110	LBLD02310	LBLD00310	HBMD06110
LABA00210	LBLD01210	LBLD01810	LBLD01410	HAPD00110
QAJH00210	LBLD02210	LBLD01110	HBLD07810	LBMP00110
ADQB00110	LBLD00610	LBLD00910	HBLD05710	YYYY46510
LBQP00110	HBLD02010	HBLD00810	HALD00310	HALD00210
HBSD00110	LBLD02110	LBLD00110	HALD00410	ZALP00210
HASD00310	LBLD00210	HBLD01910	HALD00510	
HBMD01410	LBLD00710	HBLD01810	LBLA00110	

Article 3 : actes CCAM + activité + phase passant du code regroupement ADI au code regroupement AID

ZAQP00110	LAQK02710	HBQK04110	HBQK48010	HBQK30310
HBQK38910	HBQK06510	HBQK19110	HBQK43010	LAQK01210
HBQK06110	HBQK42410	HBQK33110	HBQK14210	LAQK00110
HBQK00210	HBQK47610	HBQK44310	HBQK04610	LAQK00810
HBQK00110	HBQK09310	HBQK42810	HBQK04010	