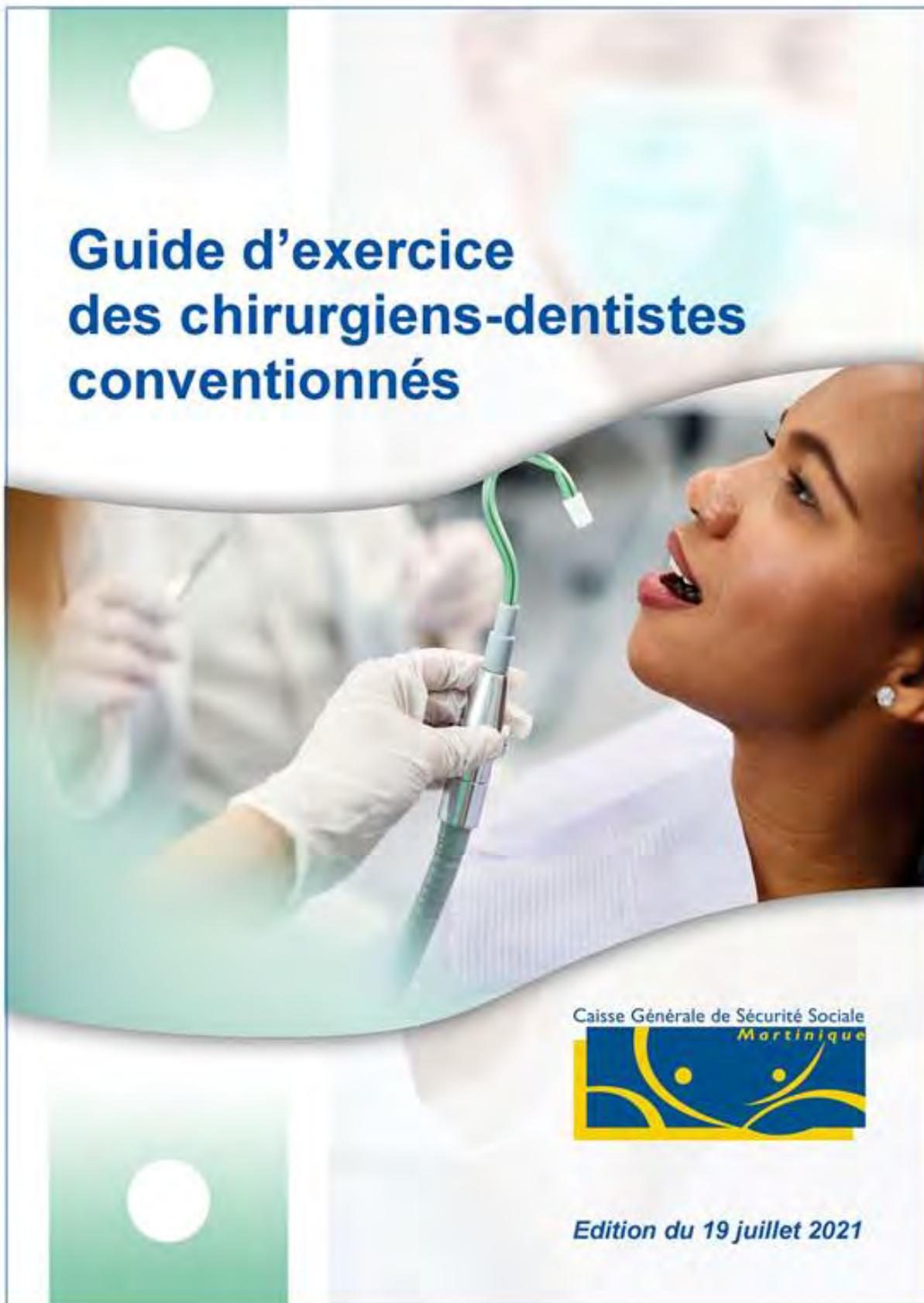


Guide d'exercice des chirurgiens-dentistes conventionnés



Caisse Générale de Sécurité Sociale
Martinique



Edition du 19 juillet 2021



AVANT-PROPOS

Ce guide a été créé afin de vous offrir un document de référence reprenant l'ensemble des informations utiles à la gestion de votre activité en tant que chirurgien-dentiste conventionné. Il se présente par fiches thématiques.

Il vous informe notamment sur les différents cas de prises en charge dont vos patients peuvent bénéficier, selon les soins à apporter ou la situation dans laquelle ils se trouvent.

Vous y trouverez également les contacts et liens utiles.

La CGSS Martinique vous souhaite une bonne lecture

Sources :

- *Assurance Maladie*
- *CGSS Martinique*

SOMMAIRE

LA CONVENTION DENTAIRE	3
LA HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)	6
LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX (CCAM) GENERALITES.....	8
LE SERVICE MEDICAL DE L'ASSURANCE MALADIE	15
LES INSTANCES CONVENTIONNELLES	17
L'AGENCE NATIONALE DE SECURITE DES MEDICAMENTS ET DES PRODUITS DE SANTE (ANSM)	19
CONSULTATION.....	20
AVIS PONCTUEL CONSULTANT DU CHIRURGIEN-DENTISTE SPECIALISTE	22
HONORAIRES	23
DEVIS CONVENTIONNEL	25
AFFECTION DE LONGUE DUREE (ALD).....	28
DIABETE ET SOINS DENTAIRES	30
AIDE MEDICALE D'ETAT (AME).....	31
CONE BEAM	33
ORTHESE D'AVANCEE MANDIBULAIRE (OAM).....	35
AGENCES DENTAIRES MULTIPLES CHEZ L'ADULTE	39
EXAMEN BUCCO-DENTAIRE DE PREVENTION DE 3 A 24 ANS (EBD).....	43
EXAMEN DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE DES FEMMES ENCEINTES	45
ACCIDENTS DE TRAVAIL OU DE TRAJET	47
LES ACCIDENTS AVEC TIERS RESPONSABLE.....	51
ATTENTATS ET SOINS DENTAIRES	52
ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (ODF)	55
PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP SEVERE	57
PATIENTS SOUS ANTICOAGULANTS	62
PERMANENCE DES SOINS.....	64
PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS	66
PRESCRIPTION DE SUBSTITUTS NICOTINIQUES.....	68
PRESCRIPTION D'ARRET DE TRAVAIL.....	69
PRESCRIPTION D'EXAMEN DE BIOLOGIE	70
PRESCRIPTION D'UN BILAN ORTHOPHONIQUE.....	71
PRESCRIPTION DE TRANSPORT	72
FRAIS DE DEPLACEMENT AU DOMICILE DU PATIENT	74
CONTACTS & LIENS UTILES.....	76

LA CONVENTION DENTAIRE

Rôle de la convention dentaire

La convention dentaire nationale organise les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie.

Les particularités de la convention en cours

La convention organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie signée le 21 juin 2018 par l'UNCAM, la CNSD, l'UD, l'UNOCAM a été publiée au JO le 25 août 2018.

La convention qui met un terme à l'application du règlement arbitral de mars 2017, procède à la revalorisation des soins conservateurs, tout en plafonnant une partie des soins prothétiques.

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

Les avenants à la convention

L'avenant 1 à la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie signé le 14 février 2019 (JO du 6 avril 2019), tient compte des travaux portant sur les libellés des actes validés par la Commission de hiérarchisation des actes et prestations du 18 octobre 2018 et fait évoluer en conséquence les annexes tarifaires de la convention. Le texte conventionnel comporte également quelques rectifications techniques.

L'avenant 2 à la Convention Nationale signé le 14 février 2019 (JO du 6 avril 2019), fait évoluer le panier des actes du panier de soins CMU-C et ACS. Une annexe XVIII est créée et comporte les prothèses dentaires incluses dans le panier de soins CMU-C/ACS et les montants maximaux pris en charge.

L'avenant 3 à la Convention Nationale signé le 26 novembre 2019 (JO du 07 février 2020) fait évoluer le modèle de devis conventionnel au regard de la réforme du 100 % santé, définit la clause d'indexation des honoraires limites de facturation, élargit le champ des bénéficiaires des mesures portant sur le handicap en étendant la valorisation de la prise en charge spécifique.

Le dispositif de rééquilibrage

L'article 4 « dispositif de rééquilibrage de l'activité dentaire au profit des soins dentaires et chirurgicaux » de la convention de 2018 décrit le dispositif échelonné sur 5 ans à compter du 1^{er} avril 2019 et se poursuivant jusqu'en 2023 :

Revalorisation progressive des soins dentaires fréquents

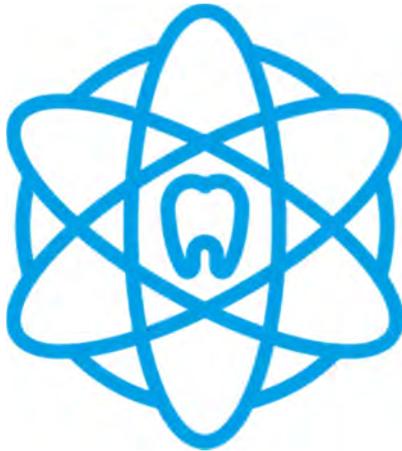
(Cf. convention 2018 et avenant 1 annexe III tarifs des actes bucco-dentaires figurant à la CCAM),

Définition d'honoraires limites (plafonds) de facturation progressifs pour des actes faisant l'objet d'une entente directe, applicable à une liste d'actes prothétiques ciblés, dont le champ est progressivement élargi sur toute la durée de la convention (Cf. convention 2018 et avenant 1 annexe IV honoraires limites de facturation des actes pouvant faire l'objet d'une entente directe)

Les premiers plafonds prothétiques ont été mis en place au 1^{er} avril 2019. Puis à partir du 1^{er} janvier 2020, les actes prothétiques remboursables se répartissent en 3 catégories distinctes selon l'entente directe et l'importance du reste à charge pour le patient.

Cf. convention 2018 et avenant 1 « répartition des actes à entente directe entre les actes sans reste à charge, les actes pour lesquels l'entente directe serait limitée et les actes pour lesquels l'entente directe reste libre ».

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



UN PANIER SANS RESTE À CHARGE (RAC 0) composé d'actes prothétiques avec un honoraire limite de facturation instauré par la convention et une prise en charge intégrale (par l'Assurance Maladie obligatoire et l'Assurance Maladie complémentaire) les rendant accessibles pour le patient sans reste à charge.

UN PANIER TARIFS MAITRISÉS (RAC modéré) composé d'actes prothétiques avec un honoraire limite de facturation, une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire mais sans obligation pour l'Assurance Maladie complémentaire d'une prise en charge intégrale. Il en résulte pour le patient un reste à charge maîtrisé.

UN PANIER TARIFS LIBRES composés d'actes prothétiques sans honoraire limite de facturation, avec un remboursement par l'Assurance Maladie obligatoire et par l'Assurance Maladie complémentaire. Il en résulte pour le patient un reste à charge.

La mise en œuvre effective du dispositif « 100 % santé » est fixée au 01/01/2020.

Le principe de revoyure

L'article 5 de la convention nationale 2018 « Principe de revoyure annuelle et modalités de déclenchement de celle-ci » prévoit que l'effet des mesures de rééquilibrage fera l'objet d'un suivi annuel qui permettra d'affiner l'estimation de la fréquence et de la répartition des actes sur la base de la nomenclature modifiée.

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

La clause d'indexation des plafonds

L'article 6 de la convention nationale 2018 « clause d'indexation des plafonds » prévoit une clause de révision annuelle des honoraires limites de facturation des actes prothétiques, dès lors qu'ils ont atteints leur valeur cible.

L'avenant 3 comporte une annexe XIX définissant un indice dentaire pour le calcul de cette clause d'indexation.

Les revalorisations tarifaires

La convention prévoit la revalorisation progressive des actes de soins conservateurs (restaurations coronaires, inlay-onlay), d'endodontie, de scellements de sillons, d'extraction (dents temporaires et définitives).

Le calendrier des revalorisations des tarifs s'étale de 2019 à 2023 :

- Restaurations coronaires : selon les actes de 2019 à 2022
- Endodontie : en 2021
- Scellement de sillons : en 2023
- Avulsions : dents temporaires 2019 puis 2023, dents permanentes en 2023

Le calendrier de mise en œuvre des revalorisations et les tarifs des actes bucco-dentaires figurent à la CCAM (Annexe III Avenant I de la convention).

La prise en charge de nouveaux actes

HBFD010 Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct

Base de remboursement : 60 euros

Extension de la prise en charge des actes de comblement (scellement de sillons) aux enfants jusqu'à la date du 16ème anniversaire

Facturation d'une consultation d'urgence de 8h à 20 h pour la rémunération du geste opératoire destiné à soulager la douleur consécutive à une infection ou une inflammation pulpaire.

Base de remboursement : C à 23 euros

HBLD045 Application de vernis fluoré sur les 2 arcades dentaires « Indication : acte de prévention en cas de risque carieux élevé.

Facturation : la prise en charge est limitée aux enfants de 6 à 12 ans présentant un risque carieux individuel (RCI) élevé, sur les 2 arcades, 2 fois par an maximum »

Base de remboursement : 25 euros

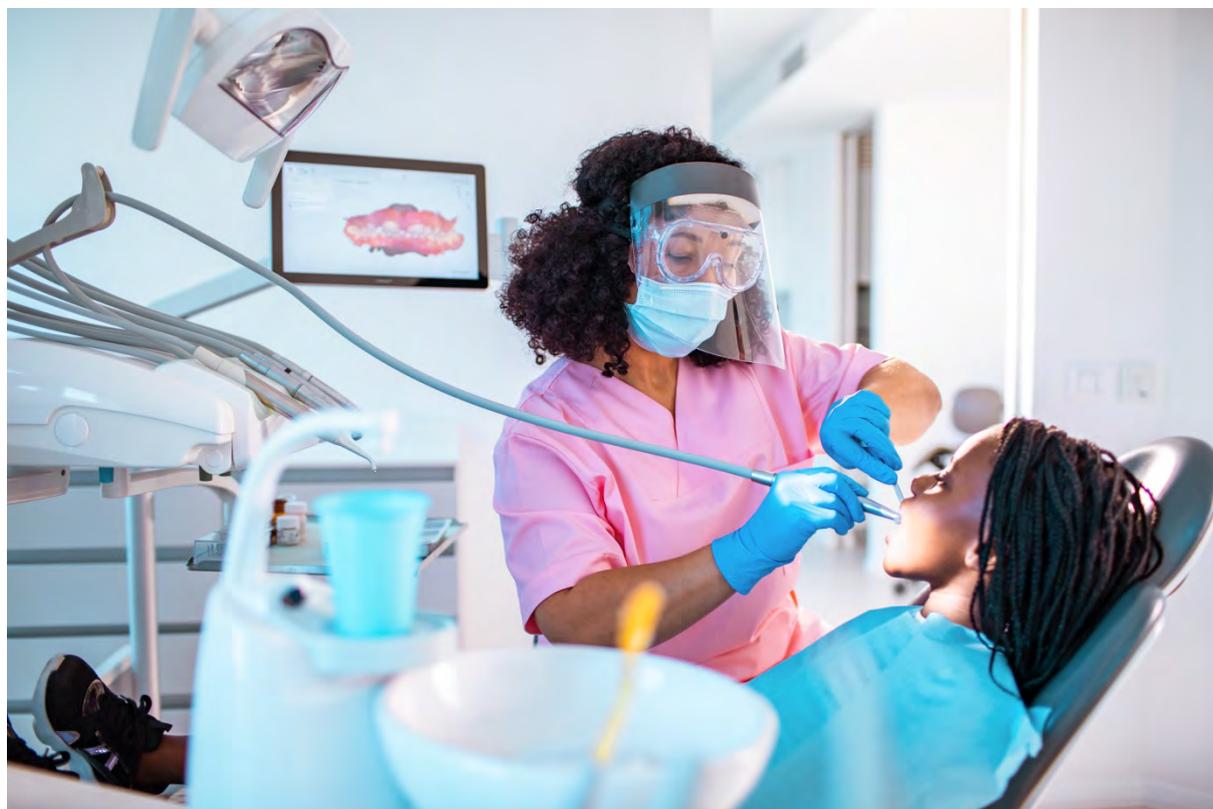
Des dispositifs d'accompagnement à la prise en charge des patients en situation spécifique

Ces dispositifs d'accompagnement concernent :

- Les patients diabétiques
- Les patients en situation de handicap
- Les patients sous anticoagulants

Ces dispositifs sont décrits dans des fiches spécifiques.

LA HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)



Le statut de la HAS

Créée en 2004, la Haute autorité de santé (HAS) est une autorité publique indépendante à caractère scientifique, et disposant d'une autonomie financière (anciennement ANDEM puis ANAES).

Les missions de la HAS

Ses missions sont :

- Evaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels, et proposer ou non leur remboursement par l'Assurance Maladie,
- Promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins,
- Améliorer la qualité des soins,
- Veiller à la qualité de l'information médicale diffusée,
- Informer les professionnels de santé et le grand public,
- Développer la concertation et la collaboration avec les acteurs du système de santé en France et à l'étranger.

Elle publie régulièrement des recommandations, dont certaines concernent les chirurgiens-dentistes. Elle a donc un impact sur votre activité, rappelé dans le préambule de la Convention dentaire.

Les recommandations de la HAS s'imposent aux chirurgiens-dentistes

Le chirurgien-dentiste s'engage, par la convention, à réaliser des soins conformes aux données acquises de la science, selon les recommandations de la HAS.

Tous les actes inscrits à la CCAM ont, au préalable, fait l'objet d'une validation par la HAS, leur prise en charge est soumise au respect des conditions de bonne pratique édictées par la HAS.

QUELQUES PUBLICATIONS DE LA HAS CONCERNANT LES CHIRURGIENS-DENTISTES (LISTE NON EXHAUSTIVE)

<https://www.has-sante.fr>

- Mesures et précautions essentielles lors des soins bucco-dentaires après le confinement Réponse rapide dans le cadre du confinement Mise en ligne le 18/05/2020
- Avulsions des 3èmes molaires : indications, techniques et modalités Recommandations de Bonne Pratique Mise en ligne le 30/07/2019
- Evaluation du parage de plaie de la pulpe par coiffage pulpaire direct – rapport d'évaluation technologique Evaluation des technologies de Santé Mise en ligne le 28/03/2019
- Evaluation de la pose d'une couronne transitoire pour couronne dentoportée - Rapport d'évaluation technologique Evaluation des technologies de Santé Mise en ligne le 07/03/2019
- Evaluation de l'assainissement parodontal Rapport d'évaluation technologique Evaluation des technologies de Santé Mise en ligne le 21/12/2018
- Evaluation des prothèses plurales en extension (bridges cantilever) et des prothèses plurales collées (bridges collés) Evaluation des technologies de Santé Mise en ligne le 15/04/2016
- Evaluation clinique et économique des dispositifs médicaux et prestations associées pour prise en charge du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) – Mise en ligne le 03/12/2014
- Avis de la HAS sur le référentiel concernant la prise en charge par l'Assurance Maladie des soins d'ODF en fonction de la gravité de la pathologie - Mise en ligne le 06/07/2011
- Traitement implantoprothétique de l'adulte atteint d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare – Mise en ligne le 16/09/2010
- Stratégies de prévention de la carie dentaire Mise en ligne mars 2010
- Tomographie volumique à faisceau conique de la face (cone beam computerized tomography) - Mise en ligne le 29/12/2009
- Restauration dentaire par matériau incrusté (Inlay-Onlay) – Mise en ligne le 23/10/2009.
- Traitement endodontique – Mise en ligne le 17/09/2008
- Conditions de réalisation des actes d'implantologie orale : environnement technique – Mise en ligne le 02/07/2008
- Prothèses dentaires à infrastructure céramique – Mise en ligne le 19/12/2007
- Avis favorable de la HAS concernant la pose d'implants chez les enfants atteints d'agénésies dentaires – Mise en ligne le 30/01/2007
- Guide des indications et procédures des examens radiologiques en odonto-stomatologie – Mise en ligne le 01/05/2006
- Pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire 2006
- Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique 2005
- Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale 2005

LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX (CCAM) GENERALITES



La Classification commune des actes médicaux (CCAM)

La CCAM est composée de 3 livres :

- le livre premier (dispositions générales) et le livre III (dispositions diverses) qui précisent les conditions de codage et de facturation des actes techniques,
- le livre II constitué de 19 chapitres et qui énumère les actes techniques (pris en charge et non pris en charge),

Les principes de codage et de facturation en CCAM

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

Les 4 lettres ont une signification descriptive, les 3 chiffres sont un compteur aléatoire.

Les deux premières lettres précisent la localisation anatomique de l'acte, la troisième lettre décrit l'action et la quatrième lettre le mode d'accès ou la technique utilisée.

Code	Libellé			
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivo-canin sur l face par matériau inséré en phase plastique, sans ancre radiculaire	I	0	19.28
[N]	(ZZLP025, HBQK06)			

L'acte global

Chaque acte est considéré dans sa globalité. Le libellé de l'acte comprend l'ensemble des étapes nécessaires à sa réalisation. La facturation s'effectue lorsque l'acte est achevé.

Exemple : le tarif d'une avulsion dentaire inclut tous les gestes nécessaires à sa réalisation tels que l'anesthésie locale et une suture le cas échéant.

Les gestes complémentaires et les suppléments

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

HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancre radiculaire	1	0	19.28
[N]	(ZZLP025, HBQK06)			

Gestes complémentaires ou supplémentaires

Exemples d'un geste complémentaire :

HBQK303 Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contiguës préinterventionnelles et finales pour acte thérapeutique endodontique.

Exemple d'un supplément :

YYYY329 Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique.

Les modificateurs

Les modificateurs, s'ils sont autorisés pour un acte, permettent de majorer la base de remboursement de cet acte.

HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancre radiculaire	1	0	19.28
[N]	(ZZLP025, HBQK06)			

Modificateur

Exemple de modificateur :

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.

Les notes d'utilisation et de facturation

- Précisent le contenu technique des actes décrits ou leurs conditions d'utilisation ou de prise en charge.
Ces notes accompagnent les libellés
- Sont situées soit :
 - En tête de chapitre ou de subdivision si elles sont d'ordre général
 - Sous les libellés si elles sont d'ordre particulier
- Précisent les conditions :
 - De réalisation de l'acte : indications médicales, environnement, formation, nécessité d'un recueil prospectif de données
 - De facturation ou/et de prise en charge

Note d'ordre général

07.02.03

Soins prothétiques –prothèses dentaires

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

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

07.02.03.01

Pose d'infrastructure coronaire [faux moignon]

HBLD015

Pose d'une coiffe de recouvrement d'une racine dentaire [Coping]

Avec ou sans : pose de tenon

HBLD007

Pose d'une infrastructure coronaradiculaire sans clavette sur une dent [Inlay core]

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

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

Notes
d'ordre
particulier

Légende :

 Note accompagnant les libellés située en tête de chapitre ou de subdivision quand elles sont d'ordre général

 Note accompagnant les libellés située sous les libellés quand elles sont d'ordre particulier

Le code activité

Le code activité identifie le nombre d'intervenants nécessaires à la réalisation de l'acte.

Code 1, 2 ou 3 : selon qu'il y a 1, 2 ou 3 opérateurs qui interviennent au cours de l'acte technique,

Code 4 : pour le médecin anesthésiste,

Code 5 : pour la circulation extra corporelle.

Pour les chirurgiens-dentistes, saisir le code activité 1.

Le code association

Le code association est utilisé lors de la réalisation de plusieurs actes, par le même praticien, sur un même patient dans la même séance.

La règle générale indique que le 1^{er} acte est tarifé à 100 % (code association 1), que le deuxième acte est tarifé à 50 % (code association 2) ou à 75 % (code association 3).

Le code association 4 signifie que tous les actes sont tarifés à 100 %. Il est utilisé pour la majorité des actes dentaires. Les dérogations sont précisées dans le livre III, dispositions diverses, article III-3, paragraphe B 2, Dérogations paragraphe g.

Les trois paniers de soins prothétiques

La convention 2018 prévoit trois paniers d'actes prothétiques répartis selon leur degré de prise en charge ainsi que la mise en place d'honoraires limite de facturation pour certains de ces actes.

Panier RAC 0 : Actes à tarifs plafonnés avec prise en charge intégrale à partir du 1er janvier 2020

Panier RAC modéré : Actes à tarifs plafonnés avec entente directe prise en charge selon le contrat complémentaire du patient

Panier à honoraires libres : actes à tarifs non plafonnés.

Remarque : dans la convention, le plafonnement des actes prothétiques s'échelonne du 1er avril 2019 à 2023.

La répartition entre les 3 paniers dépend :

- En prothèse fixée du matériau et de la localisation
- En prothèse amovible du matériau
- Les alliages précieux et non précieux, sont définis dans la norme NF-EN ISO 22674.

Le panier d'appartenance de la couronne définitive détermine les codes actes à utiliser pour l'éventuel inlay-core et l'éventuelle couronne transitoire.

Cela signifie que les codes du tryptique «Inlay-core - Couronne transitoire - Couronne définitive» doivent appartenir au même panier : Rac 0 sans reste à charge, RAC modéré avec reste à charge modéré ou panier à honoraires libres.

La prise en charge

Les actes décrits à la CCAM se répartissent en 4 familles :

- actes pris en charge et remboursables
- actes pris en charge mais non affectés d'un honoraire : actes pris en charge uniquement dans le secteur public ou en NGAP

Exemple : analyse céphalométrique TO 5

Actes pris en charge et remboursables sous conditions

Exemple : prise en charge de la pose d'implants uniquement dans le cas d'agénésies ou de séquelles de tumeur buccale)

Actes non pris en charge.

Lorsqu'un acte n'est pas pris en charge mais qu'il est décrit et codé dans la CCAM, le praticien qui le réalise n'établit pas de feuille de soins conformément à l'article 25-1 de la convention 2018 et l'article L 162-8 du code de sécurité sociale. Cependant, cet acte doit être inscrit dans le dossier du patient et faire l'objet d'un devis et d'une note d'honoraires.

Focus sur les soins prothétiques

La couronne dentaire dentoportée

Pour une couronne dentoportée le codage de l'acte distingue soit uniquement les matériaux de la couronne soit les matériaux de la couronne et la localisation de la couronne

La nature du matériau :

- couronne en alliage non précieux
- couronne en alliage précieux (avec ou sans recouvrement céramique)

La couronne céramocéramique

La nature des matériaux et la localisation de la couronne :

- couronne céramométallique sur une incisive, une canine, une première prémolaire
- couronne céramométallique sur une seconde prémolaire
- couronne céramométallique sur une molaire
- couronne céramique monolithique zircon sur une dent autre que molaire
- couronne céramique monolithique zircon sur une molaire
- couronne céramique monolithique autre que zircon sur incisives, canines et premières prémolaires
- couronne céramique monolithique autre que zircon sur secondes prémolaires et molaires

La prise en charge de cette couronne dentoportée est possible lorsque la dent ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation. La ou les radiographies dont la nécessité médicale est validée scientifiquement sont conservées dans le dossier du patient.

La couronne dentaire implantoportée

Un seul code CCAM existe pour la « Pose d'une couronne dentaire implantoportée ».

A la différence des couronnes dentoportées, le libellé n'individualise pas les matériaux et la localisation de la couronne implantoportée.

La couronne transitoire avant la pose d'une couronne dentoportée

Il existe 3 codes CCAM possibles pour pose d'une couronne transitoire avant la pose d'une couronne dentoportée, le code CCAM de la couronne transitoire dépendra du code CCAM de la couronne « définitive » sur la dent concernée.

La couronne transitoire n'est remboursable qu'une seule fois par couronne définitive.

L'Inlay-core sous une couronne dentoportée ou un pilier de bridge dentoporté

Il existe 3 codes CCAM possibles pour la pose d'un inlay-core sous une couronne dentoportée ou un pilier de bridge dentoporté. Le code CCAM de l'inlay-core dépendra du code CCAM de la couronne « définitive » sur la dent concernée ou du pilier de bridge dentoporté.

Pour l'inlay-core sur pilier de bridge on distinguera l'inlay core sur les piliers d'un bridge de base et l'inlay-core sur le geste complémentaire d'adjonction de piliers d'ancrage à un bridge de base (HBMD081 ou HBMD087).

La prise en charge de l'inlay-core est limitée à l'infrastructure coronaradiculaire métallique.

Les 3 codes de l'inlay-core correspondent indifféremment à un inlay-core avec ou sans clavette.

Les Bridges

Pour la CCAM, le bridge est une prothèse plurale, codée et tarifée avec des conditions de prise en charge qui lui sont propres.

Le bridge de base en CCAM se compose de 2 piliers d'ancrage et d'un élément intermédiaire codé par 1 seul code CCAM pour les 3 éléments. Les 3 localisations accompagnant le code du bridge de base concerneront les 2 piliers du bridge et l'intermédiaire du bridge.

La prise en charge du bridge de base est possible quand au moins une dent pilier du bridge de base ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation. La ou les radiographies dont la nécessité médicale est validée scientifiquement, sont conservées dans le dossier du patient.

Pour un bridge comportant plus de 3 éléments, les éléments prothétiques ajoutés à ce bridge de base seront codés en utilisant le code de l'acte d'adjonction d'un élément intermédiaire supplémentaire ou d'un pilier supplémentaire à une prothèse dentaire plurale fixée.

La prise en charge d'un pilier supplémentaire est possible quand la dent pilier supplémentaire ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation. La ou les radiographies dont la nécessité médicale est validée scientifiquement, sont conservées dans le dossier du patient.

Les bridges (de base et les gestes complémentaires d'adjonction de piliers ou d'intermédiaires) font partie des actes qualifiés de remboursables sous conditions (RC) et font l'objet d'une procédure de facturation spécifique.

Les codes des différents bridges de base seront fonction de la nature du matériau et pour le bridge céramométallique sur les 3 éléments de la dent remplacée.

Les bridges implantoportés

Ils ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie. Ils sont codés sur le même principe que les bridges de base et les gestes complémentaires, les codes CCAM serviront à la rédaction du devis pour le patient.

Focus sur les radiographies

Les radiographies de la bouche

Actes diagnostiques indépendants associables à eux-mêmes à taux plein

(Chapitre 07.01.04.01.)

Exemple :

HBQK389 Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronnaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües.

HBQK002 Radiographie panoramique dentomaxillaire.

Les radiographies de la tête

Actes diagnostiques indépendants

(Chapitre 11.01.03)

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



Les radiographies peropératoires de la bouche ou de l'appareil digestif

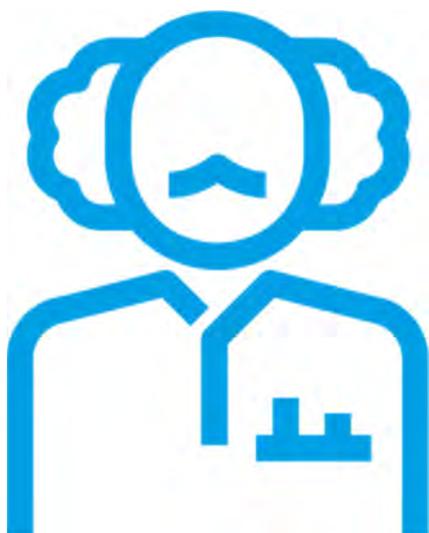
(Chapitre 18.02.07.01.)

Actes complémentaires et qui sont associables une seule fois aux actes auxquels ils se rattachent.

Exemples :

<p>Forfait 2 radios HBQK040 ou Forfait 3 radios HBQK303</p>	<p>Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique</p> <p>Facturation : forfaitaire quel que soit le nombre de cliqués réalisés et de séances</p>
<p>Forfait 1 radio HBQK061</p>	<p>Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües, finale pour acte thérapeutique endodontique ou périnterventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique</p> <p>Facturation : quelque soit le nombre de clichés réalisés</p> <p>Non associable à HBQK040 et HBQK303</p>

LE SERVICE MEDICAL DE L'ASSURANCE MALADIE



Le service médical de l'Assurance Maladie

Le service médical de l'Assurance Maladie exerce une mission de service public, il participe à la régulation du système de santé, il veille à la juste attribution des prestations et contribue à garantir l'accès de tous à des soins de qualité au meilleur coût.

Il exerce une mission de gestion du risque par :

- Le contrôle des prestations
- L'accompagnement des professionnels de santé et des assurés
- Le contrôle de l'activité des professionnels de santé et des établissements de santé

Présent dans chaque département, l'échelon local du service médical (Elsm) placé près des Caisses, est constitué de praticiens-conseils : médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens assistés d'un personnel

administratif les conseillers de l'Assurance Maladie ainsi que d'infirmiers, sous l'autorité du médecin-conseil chef de service.

Les principales missions du service médical

Les principales missions sont :

- La représentation et la délégation de l'Assurance Maladie au sein d'agences publiques de santé, d'instances conventionnelles, de commissions administratives,
- Le conseil aux assurés, aux professionnels de santé, aux CPAM, aux partenaires extérieurs (ARS, ...)
- Le contrôle des prestations, de l'activité des professionnels de santé, de l'activité des établissements de santé.

Les attributions du service médical

Le service médical :

- est investi d'une mission de service public,
- a la capacité de vérifier l'état de santé du bénéficiaire,
- est habilité à accéder aux informations médicales,
- est dépositaire de données personnelles à caractère médical,
- dispose d'une indépendance technique.

Vous pouvez contacter le chirurgien-dentiste conseil pour :

- Etre informé des évolutions réglementaires,
- Evoquer le cas d'un de vos patients,
- Obtenir des précisions sur la cotation, le codage et/ou la facturation d'un acte,
- Mieux connaître les recommandations de bonnes pratiques cliniques,
- Discuter de votre pratique au regard de ces recommandations,
- Etre informé des résultats d'une étude de santé publique,
- Bénéficier de l'intervention d'un chirurgien-dentiste conseil lors d'une formation médicale continue.

Vous pouvez être contacté par le chirurgien-dentiste conseil :

Dans le cadre des traitements des dossiers de vos patients : le service médical vous adresse une demande d'informations ou de pièces justificatives

Dans le cadre d'échanges confraternels individuels ou en groupe : sur des thèmes promouvant des recommandations de bonnes pratiques

Dans le cadre du contrôle de votre activité : après vous avoir informé du déclenchement de l'analyse de votre activité, le service médical vous transmet dans un premier temps les conclusions de cette analyse.

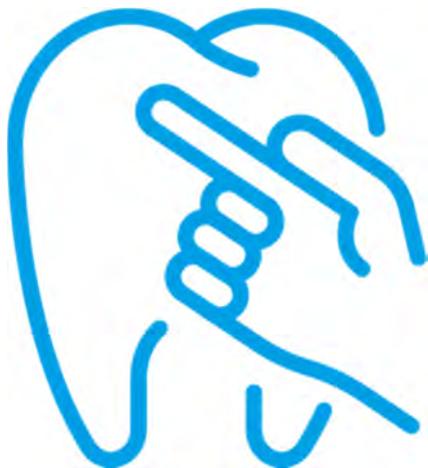
Dans un deuxième temps, le directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie vous notifie par lettre en AR les griefs relevés et vous propose un entretien contradictoire avec un chirurgien-dentiste conseil.

Si des suites contentieuses sont envisagées, elles vous seront notifiées dans les délais réglementaires. Vous pouvez consulter la « charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'Assurance Maladie » sur le site ameli.fr.

Où trouver les coordonnées du service médical ?

Pour trouver les coordonnées du service médical de votre département, vous pouvez consulter le site internet du service médical de l'Assurance Maladie ameli.fr : espace professionnel de santé / chirurgien-dentiste / contact « votre demande concerne : le service médical » après avoir renseigné « votre caisse ».

LES INSTANCES CONVENTIONNELLES



Le rôle des instances conventionnelles

Dans un cadre défini par la convention, les instances conventionnelles permettent d'organiser les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie.

Les instances conventionnelles sont :

- la commission paritaire nationale (CPN)
- la commission paritaire régionale (CPR)
- la commission paritaire départementale (CPD)
- l'observatoire conventionnel national

La commission paritaire nationale (CPN)

Elle assure :

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

Elle veille au respect des dispositions conventionnelles par les chirurgiens-dentistes et les caisses au niveau régional et départemental, notamment elle statue sur les cas de manquements individuels,

Elle prend toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances locales, elle gère et règle les carences des instances départementales et régionales,

Elle installe et suit les travaux du comité technique paritaire permanent national (CTPPN)

La commission paritaire régionale (CPR)

Elle facilite l'application de la convention par une concertation permanente sur le plan régional entre les caisses et les représentants des chirurgiens-dentistes,

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 » et peut proposer des adaptations si nécessaire,

Elle mène, en lien avec les ARS, les études relatives à la démographie des chirurgiens-dentistes,

Elle étudie les documents statistiques et économiques permettant de mieux identifier dans la région les besoins de santé de la population, l'activité des chirurgiens-dentistes, d'évaluer le coût des soins, la répartition de l'offre de soins en chirurgiens-dentistes,

Elle suit l'évolution régionale des dépenses de santé en rapport avec les actes dentaires et analyse ces dépenses au regard des besoins de santé de la population,

Elle met en place des actions d'information et/ou de sensibilisation des professionnels, actions qui seront relayées par les caisses,

Elle informe régulièrement de ses travaux la CPN, qui fait le lien avec l'observatoire national sur ces sujets.

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

La commission paritaire départementale (CPD)

Elle facilite, dans toute la mesure du possible, l'application de la convention par une coopération permanente des caisses d'Assurance Maladie et des représentants de chirurgiens-dentistes appartenant à une organisation syndicale signataire de la convention,

Elle s'efforce de régler les problèmes en conciliant les points de vue. Si, exceptionnellement, elle n'y parvient pas, l'une ou l'autre des parties peut soumettre le dossier à la Commission paritaire nationale,

Elle conduit toute analyse concernant l'évolution de la consommation des soins bucco-dentaires dans la circonscription et les conditions d'accès aux soins dentaires,

Elle examine les conditions d'application du dispositif de prévention bucco-dentaire,

Elle donne un avis sur les dossiers qui lui sont soumis dans le cadre des procédures conventionnelles prévues à l'article 38 relatif au non-respect des dispositions conventionnelles,

Elle informe régulièrement la CPN de ses travaux et établit annuellement un rapport d'activité, et notamment un bilan d'application du dispositif bucco-dentaire.

La CPD 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.

L'observatoire conventionnel national

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

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

L'AGENCE NATIONALE DE SECURITE DES MEDICAMENTS ET DES PRODUITS DE SANTE (ANSM)

Qu'est-ce que l'ANSM ?

L'ANSM est un établissement public créé par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé. Placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé, il remplace l'AFSSAPS.

L'ANSM est une agence d'évaluation, d'expertise et de décision.

Bas du formulaire

Les missions de l'ANSM

Ses missions sont :

- Etre responsable de l'évaluation scientifique et technique des médicaments et des produits biologiques,
- Garantir la sécurité des produits de santé tout au long de leur cycle de vie, depuis les essais initiaux jusqu'à la surveillance après autorisation de mise sur le marché,
- Surveiller la sécurité et suivre l'efficacité des produits dans les conditions réelles. Dans ce cadre, l'ANSM évalue et exploite les signalements sur les effets indésirables des médicaments et des produits de santé,
- Réaliser des contrôles dans les laboratoires notamment
- Réaliser des inspections pour tous les produits de santé relevant de sa compétence
- Concevoir des publications pouvant intéresser votre exercice professionnel :
- Recommandations de prescription en odontologie (concernant par exemple les antibiotiques, les antalgiques, le fluor etc.) Ces recommandations sont disponibles sur le site de l'ANSM.

Base de données publique des médicaments (établie en partenariat avec la HAS et l'Assurance maladie), qui recense les informations officielles pour chaque médicament. Base de données publique des médicaments

Quand et comment faire une déclaration d'effet indésirable à l'ANSM ?

Quand vous constatez un effet indésirable que vous suspectez être lié :

- à la prise d'un médicament,
- à l'utilisation d'un dispositif médical (pansement, prothèse...)
- à l'utilisation d'un autre produit de santé ou cosmétique.

La déclaration est à faire en ligne sur le site de l'ANSM « **Signaler un effet indésirable** »

CONSULTATION



Quel est le contenu d'une consultation ?

La consultation est inscrite à la NGAP résiduelle article 15 des dispositions générales :

« La consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique. Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante... ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci.

La consultation ou la visite du chirurgien-dentiste spécialiste qualifié comporte également les actes de diagnostic courants propres à sa spécialité.

Toutefois, lorsque ces actes ne sont pas accompagnés d'un examen du malade (notamment s'ils sont effectués en série), l'intervention du praticien n'ayant pas alors la valeur technique d'une consultation, le praticien doit noter non une consultation ou une visite, mais le coefficient ou le code de l'acte pratiqué. »

La consultation a pour but la recherche des maladies de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, et l'élaboration du plan de traitement si nécessaire. Elle doit concerner l'ensemble de la sphère oro-faciale.

La consultation ne doit pas :

- Remplacer la cotation d'un acte dont la valeur lui est inférieure,
- Faire rembourser un acte non pris en charge (NPC),
- Faire rembourser l'une des séances d'un traitement global.

Que faut-il faire ?

Conserver le motif de la consultation, son compte rendu et le questionnaire médical écrit daté et signé par le patient au dossier du patient.

Comment facturer la consultation ?

Le tarif de la consultation est fixé à 23 € en métropole et 27,60 € aux Antilles, Réunion, Guyane, Mayotte.

La consultation n'est pas cumulable avec un autre acte.

Il ne peut pas y avoir plusieurs consultations facturées dans la même séquence de soins, sauf pathologie intercurrente associée.

Consultation d'urgence

Afin de permettre la rémunération du geste opératoire destiné à soulager la douleur consécutive à une infection ou une inflammation pulpaire en cas d'urgence :

- consultation d'urgence de 8h à 20h.
- Code C
- Valorisée à 23 euros en métropole et 27,60 € aux Antilles, Réunion, Guyane, Mayotte

Majorations d'une consultation

La lettre clé C est incompatible avec les modificateurs F (Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié) et U (Acte réalisé en urgence par les médecins ou les chirurgiens-dentistes, la nuit entre 20 h et 08 h) de la CCAM. En revanche, elle se majore de la façon suivante :

Consultation un dimanche ou un jour férié lors d'une permanence organisée par le Conseil Départemental de l'Ordre

- Majoration spécifique pour permanence des soins de 30 € (MCD).

Faire deux lignes de facturation distinctes l'une pour la C l'autre pour la majoration spécifique (MCD).

Consultation un dimanche ou un jour férié, en dehors d'une permanence organisée par le Conseil Départemental de l'Ordre

- Majoration de 19,06 € selon la NGAP
- Code modificateur F

Mentionner le code modificateur F dans la colonne « Autres actes, Modificateurs, Associations »

Consultation en dehors des horaires habituels du cabinet dentaire, la nuit entre 20h et 8h

- Majoration de 25,15 €
- Code modificateur U

Mentionner le code modificateur U dans la colonne « Autres actes, Modificateurs, Associations »

Consultation complexe (nommée CBX)

Elle concerne les patients atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap et pour lesquels une adaptation de la prise en charge en santé bucco-dentaire est nécessaire.

- Valorisée à hauteur de 46 euros en métropole et 55,20 € aux Antilles, Réunion, Guyane, Mayotte
- Code prestation à reporter sur la feuille de soins est CCX

Le code CCX doit être reporté par le chirurgien-dentiste dans le dossier du patient.

Pour identifier les situations pour lesquelles ces valorisations sont applicables, les chirurgiens-dentistes doivent renseigner **une grille d'évaluation** du comportement et de la coopération de ces patients **à la fin de chaque séance** dès lors qu'il a rencontré une difficulté au cours de la séance (Annexe 20 – avenant 3 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes signé le 21/06/2018 - JO du 07/02/2020. **Echelle des Adaptations pour une Prise en Charge Spécifique en Odontologie (APECS)**).

Cf. la fiche handicap sévère et soins bucco-dentaires

AVIS PONCTUEL CONSULTANT DU CHIRURGIEN-DENTISTE SPECIALISTE

Qu'est-ce que l'avis ponctuel consultant du chirurgien-dentiste spécialiste ?

Selon la NGAP résiduelle article 18 partie C des dispositions générales :

« L'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un chirurgien-dentiste spécialiste en médecine bucco-dentaire ou en chirurgie orale à la demande explicite du chirurgien-dentiste ou du médecin. Le chirurgien-dentiste spécialiste correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au chirurgien-dentiste ou au médecin ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au chirurgien-dentiste ou au médecin la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

Le chirurgien-dentiste consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas le revoir dans les 4 mois suivants pour la même pathologie.

Les honoraires des avis ponctuels de consultant ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes effectués dans le même temps.

Le chirurgien-dentiste ou le médecin s'engage par ailleurs à ne pas solliciter, pour un patient donné, un avis ponctuel de consultant de même spécialité et pour la même pathologie, plus d'une fois tous les 4 mois ; dans le cas où il juge nécessaire de solliciter un nouvel avis ponctuel dans ce délai, il en informe dans le même temps le service du contrôle médical. »

Dérogations :

a) Lorsqu'un chirurgien-dentiste spécialiste correspondant a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir son patient lors d'une nouvelle consultation. Dans ce cas, la première consultation est cotée via un code prestation d'avis ponctuel de consultant et la seconde est valorisée par une CS. Ce chirurgien-dentiste spécialiste ne facture jamais d'actes techniques dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant.

b) Lorsque le chirurgien-dentiste spécialiste a besoin d'actes techniques complémentaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic. Dans ce cas, la première consultation est cotée via un code prestation d'avis ponctuel de consultant et les actes techniques sont facturés selon les règles de facturation en vigueur. Ce chirurgien-dentiste spécialiste ne facture jamais de CS dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant.

Dans ces deux cas, les résultats du bilan complémentaire ou des actes techniques devront obligatoirement éclairer l'avis ponctuel du consultant qui devra y faire référence dans ses conclusions transmises au chirurgien-dentiste ou au médecin. »

Comment facturer l'avis ponctuel consultant ?

Le tarif de l'avis ponctuel du consultant est fixé à 50 € en métropole et 60 € dans les territoires et départements d'outre-mer.

Le cumul avec une majoration n'est pas autorisé, quel que soit le type de majoration.

Le code de l'acte à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille de soins électronique ou papier est « APC ».

HONORAIRES

La réglementation

Les tarifs d'honoraires sont fixés en application :

- de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'Assurance Maladie (arrêté du 20 août 2018 article 26 « mode de fixation des honoraires »),
- de ses avenants 1, 2 et 3,
- de la liste des actes et prestations établie dans les conditions prévues par l'article L. 162-1-7 du code de la Sécurité sociale.

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

Seuls donnent lieu à remboursement, les actes pour lesquels le chirurgien-dentiste atteste qu'ils ont été dispensés et rémunérés conformément à la réglementation en vigueur.

Le patient règle directement les honoraires au chirurgien-dentiste (principe du règlement direct).

Les actes dentaires pris en charge seront remboursés par l'Assurance Maladie sur la base des tarifs conventionnels avec application ou non d'un ticket modérateur.

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

Le tiers-payant est appliqué dans les situations suivantes :

- soins en rapports avec une ALD,
- soins consécutifs à un accident de travail.
- Soins chez les femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse,
- Examen Bucco-Dentaire (EBD) et soins consécutifs,
- Invalides, veufs et veuves de guerre.

Actes remboursables à tarif opposable

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

Pour ces actes à tarif opposable, les dépassements d'honoraires sont possibles dans les deux cas suivants :

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

Actes remboursables avec entente directe (ED)

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

- Les tarifs d'honoraires des soins prothétiques et orthodontiques peuvent faire l'objet d'une entente directe (ED) avec le patient,
- Un devis doit alors être établi par le chirurgien-dentiste qui doit être écrit, daté et signé par le praticien et son patient,
- Le chirurgien-dentiste porte alors la mention «ED» sur la feuille de soins et de traitements bucco-dentaires à la suite de l'indication du montant des honoraires reçus,
- Le chirurgien-dentiste est tenu de respecter les honoraires limites de facturation (plafonds) tels que définis à l'article 4 et à l'annexe 4 de la convention nationale et de ses avenants.

Dans les cas où les actes n'ont pas de limite de facturation (plafonds), le chirurgien-dentiste fixe ses honoraires avec tact et mesure.

Actes remboursables sous condition (RC)

L'article I-4 « Prise en charge » du Livre Premier Dispositions générales de la CCAM stipule :

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

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

- certaines prothèses dentaires (Ex : Bridge de base, gestes complémentaires, ...)
- l'orthèse d'avancée mandibulaire (Ex : pose de l'orthèse et son supplément)
- le traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare chez l'enfant et chez l'adulte ou des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (Ex : comblement préimplantaire du sinus maxillaire, pose d'implants Intraosseux intrabuccal chez l'enfant ou l'adulte, ...)
- la radiographie volumique par faisceau conique (cone beam computerized tomography)

La mention « RC » pour les actes concernés se trouve dans la colonne « remboursement sous conditions » dans la base CCAM.

Actes non pris en charge (NPC)

Les actes non pris en charge sont :

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

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

- des actes inscrits à la CCAM pour lesquels la mention non pris en charge y est stipulée.

Exemple : rebasage d'une prothèse adjointe.

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

Il devra cependant établir un devis à son patient conformément à l'article R 4127-240 du code de Santé publique et reporter la mention NR (non remboursable) dans la colonne base de remboursement de l'AMO.

La mention « non pris en charge » pour les actes concernés se trouve dans la colonne « tarif » dans la base descriptive CCAM.

Cf. ameli.fr / professionnels de santé / chirurgiens-dentistes / nomenclature et codage / CCAM / site Classification Commune des Actes Médicaux de l'Assurance Maladie / CCAM en ligne / téléchargement

Actes non décrits à la CCAM ou à la NGAP

Quand un acte n'est pas décrit à la CCAM ou à la NGAP, le chirurgien-dentiste reporte la mention HN (hors nomenclature) dans la colonne base de remboursement de l'AMO.

DEVIS CONVENTIONNEL

De quoi s'agit-il ?

La loi et la convention imposent aux chirurgiens-dentistes de présenter une information écrite préalable en cas de dépassement d'honoraires.

La délivrance d'un devis au patient est une obligation pour le chirurgien-dentiste.

Il apporte la preuve de l'information du patient et de son consentement.

L'entrée en vigueur du « 100% santé » dentaire au 1er janvier 2020 impliquait de rénover le modèle de devis conventionnel. Ainsi, l'avenant 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes propose un nouveau modèle de devis conventionnel permettant aux chirurgiens-dentistes d'apporter à leur patient l'information sur les traitements prothétiques qui lui sont proposés dans le respect des obligations déontologiques.

Dans quel cas établir un devis, que doit-il contenir ?

Un devis doit être établi et remis au patient avant l'élaboration d'un traitement pouvant faire l'objet d'une entente directe sur les honoraires.

Le devis doit être descriptif, écrit et doit comporter notamment :

- La description précise et détaillée du traitement envisagé et des matériaux utilisés,
- Le montant des honoraires correspondant au traitement proposé à l'assuré, que l'acte soit remboursable ou non remboursable,
- Le montant de la base de remboursement correspondant aux tarifs figurant à la CCAM
- Ce devis doit être daté et signé par le praticien et par l'assuré ou son représentant.
- Ce devis est la propriété de l'assuré.

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

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

Avec le 100 % santé, le nouveau devis conventionnel engage le praticien, dans l'hypothèse où celui-ci proposerait au patient un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention de la complémentaire), à proposer une alternative sans reste à charge ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé chaque fois qu'une alternative thérapeutique existe Cf. Article 2 de l'avenant 3 à la convention.

Le nouveau devis comporte un « volet administratif » et un « volet plan de traitement », il est accompagné d'une **fiche explicative à destination des patients** qui doit leur être remise par le praticien. (Cf. Document ci-dessous)

Il est possible de réaliser plusieurs devis si plusieurs propositions de traitements sont laissées au choix du patient.

Exemples d'alternatives thérapeutiques :

Alternatives à la couronne céramo-céramique sur dent antérieure (jusqu'à 1^e PM)

La couronne céramo-métallique / monolithique zircone / monolithique hors zircone sont des alternatives thérapeutiques 100% santé.

Il n'y a pas d'alternative thérapeutique en RAC modéré.

Alternatives à la couronne céramo-métallique sur molaire

La couronne métal sur molaire est une alternative thérapeutique 100% santé.



La couronne monolithique zircone sur molaire est une alternative thérapeutique en RAC modéré.

Alternatives au bridge céramo-céramique ou monolithique zircone ou monolithique hors zircone remplaçant une incisive

Le bridge 3 éléments céramo-métalliques remplaçant une incisive est une alternative thérapeutique 100% santé.

Alternatives au bridge céramo-métallique remplaçant une molaire

Le bridge 3 éléments métal remplaçant une molaire est une alternative thérapeutique 100% santé.

Alternative thérapeutique en RAC modéré qu'en 2021.

Cas particulier du devis pour des actes non pris en charge (NPC)

Pour les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie, le praticien n'établit pas de feuille de soins (articles L. 162-4 et L. 162-8 du code de sécurité sociale).

Il doit cependant établir un devis à son patient conformément à l'article R 4127-240 du code de Santé publique et indiquer dans la colonne « Base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire » la mention « NR » pour « non remboursable ».

Les actes non pris en charge (NPC) sont :

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

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

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

Exemple : rebasage d'une prothèse adjointe.

Cas particulier du devis en cas de dépassement d'honoraires

En dehors des actes prothétiques, en cas de dépassement d'honoraires, une information écrite préalable (devis) doit être remise au patient dès que le montant des honoraires facturés est égal ou supérieur à 70 €, **dépassement d'honoraires inclus.**

NOTICE EXPLICATIVE

« 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. »

AFFECTION DE LONGUE DUREE (ALD)

Qu'est-ce qu'une ALD ?

Certaines affections de longue durée (ALD) sont dites « exonérantes ». Il s'agit d'affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse et pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé (prise en charge à 100 % de la base de remboursement).

Ces ALD se répartissent en 3 catégories : ALD30, ALD31, ALD32.

ALD 30 : affection inscrite sur une liste comportant 30 affections (cf. liste du dernier paragraphe)

ALD31 : affection dite « hors liste », c'est-à-dire forme grave d'une maladie ou forme évolutive ou invalidante d'une maladie ne figurant pas sur la liste des ALD 30, nécessitant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse

ALD 32 (« polypathologie ») : plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant, nécessitant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse

En cas d'ALD, quels sont les actes dentaires exonérés ?

Les actes bucco-dentaires sont pris en charge à 100% au titre de l'ALD s'ils sont :

- la conséquence de l'ALD ou de son traitement.

Exemple : Le traitement d'une affection psychiatrique de longue durée peut favoriser l'apparition d'une maladie parodontale.

ou

- nécessaires pour éviter l'aggravation de l'ALD.

Exemple : L'absence de traitement d'une infection d'origine dentaire peut aggraver une cardiopathie valvulaire.

Il n'y a pas de liste préétablie d'ALD interagissant avec les actes bucco-dentaires. Votre patient doit vous fournir un document indiquant qu'il est en ALD et le nom de cette ALD. C'est à vous d'apprécier si les actes bucco-dentaires que vous avez réalisés sont en rapport avec l'ALD de votre patient.

Comment facturer un acte dentaire en rapport avec une ALD ?

En tiers payant

Conformément à l'article 28-2 de la Convention «Tiers payant pour les patients pris en charge au titre de la maternité ou d'une affection de longue durée (ALD) », vous devez appliquer la dispense d'avance des frais pour la part remboursable.

Avec exonération du ticket modérateur

FSE : Répondez à la question formulée par le logiciel concernant le lien avec une ALD. Dans une séquence de soins tous les actes ne sont pas forcément en rapport avec l'ALD, c'est pourquoi la question est posée acte par acte.

FS papier : Cochez « oui » dans la case « actes en rapport avec ALD »

Concernant les traitements prothétiques, la prise en charge à 100% ne s'applique qu'à la base de remboursement et non au montant réel. Les dépassements restent à la charge du patient (ou de sa complémentaire).

LA LISTE DITE DES ALD 30

Article D322-1 de Code de la Sécurité Sociale

Il s'agit de 30 affections nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Accident vasculaire cérébral invalidant

- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
- artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
- bilharziose compliquée
- insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
- maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- diabète de type 1 et diabète de type 2
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
- maladie coronaire
- insuffisance respiratoire chronique grave
- maladie d'Alzheimer et autres démences
- maladie de Parkinson
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
- mucoviscidose
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ou idiopathique
- paraplégie
- vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique
- polyarthrite rhumatoïde évolutive
- affections psychiatriques de longue durée ;
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- sclérose en plaques
- scoliose idiopathique structurale évolutive
- spondylarthrite grave
- suites de transplantation d'organe
- tuberculose active, lèpre
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

DIABETE ET SOINS DENTAIRES

De quoi s'agit-il ?

Dans la convention dentaire (Arrêté du 20 août 2018 - JO du 25 août 2018) l'article 11 prévoit de nouvelles prises en charge pour les patients diabétiques. Il s'agit, dans le cadre de la visite annuelle des patients diabétiques préconisée par la HAS, de renforcer l'incitation au dépistage et au suivi bucco-dentaire des patients diabétiques les plus à risques.

Quels sont les patients concernés ?

Les patients concernés par cette prise en charge spécifiques sont :

- les patients diabétiques
- en Affection de longue durée (ALD) reconnue au moment de la consultation
- ayant réalisé leur visite annuelle
- au cours de laquelle une pathologie parodontale a été détectée.

Quels sont les actes pris en charge ?

Les actes pris en charge pour les patients diabétiques en ALD sont :

Le bilan parodontal

Exploration du parodonte par sondage pour dépister une maladie parodontale, étude de l'indice de plaque.

Code HBQD001 valorisé à 50 euros quelle que soit la technique.

L'assainissement parodontal (Détartrage Surfaçage Radiculaire = DSR) le cas échéant sur 1, 2, 3 sextants et plus.

Traitement de première intention, non chirurgical, des formes chroniques et agressives des parodontites.

L'assainissement parodontal n'est pas associable dans les 6 mois à un acte de détartrage réalisé sur la même arcade que les sextants traités par DSR.

La prise en charge par l'assurance maladie est limitée à un traitement initial et à un traitement complémentaire en cas de persistance des lésions par période de 3 ans à compter de la date du premier traitement initial.

Quelle que soit la technique, les codes de facturations sont :

- 1 sextant : code HBJA003 valorisé à 80 euros
- 2 sextants : code HBJA171 valorisé à 160 euros
- 3 sextants ou plus : code HBJA634 valorisé à 240 euros.

Quelle prise en charge pour le patient ?

Prise en charge par l'assurance maladie :

- à 100 % en tiers payant au titre de l'ALD (pas d'avance de frais)
- pas de dépassement possible.

AIDE MEDICALE D'ETAT (AME)



Qu'est-ce que l'Aide Médicale d'Etat (AME) ?

L'AME est un dispositif qui s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions.

Il s'agit d'une couverture médicale pour les ressortissants étrangers qui ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale :

- vivant en situation **irrégulière** sur le sol français
- vivant en France de façon stable depuis plus de **trois mois**
- en situation **précaire**. L'AME est donc attribuée sous conditions de ressources.

L'AME n'est pas applicable à Mayotte.

Comment s'assurer que votre patient est bénéficiaire de l'AME ?

Votre patient doit présenter sa carte d'admission à l'AME qui est valable pendant un an.

L'admission à l'AME ne permet d'obtenir ni carte Vitale, ni carte européenne d'assurance maladie.

Tous les professionnels de santé ont l'obligation d'accueillir les bénéficiaires de l'AME.

Quelle prise en charge pour le patient ?

Il n'existe pas de panier de soins dans le cadre de l'AME. Les soins et prothèses dentaires sont pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité. Les dépassements d'honoraires en prothèse et en orthodontie sont autorisés et restent à la charge du patient.

Les actes non pris en charge (NPC) ne sont pas couverts par l'AME.

Comment facturer les actes ?

En cas de dépassement (prothèse, ODF) ou d'acte NPC, vous devez faire signer un **devis** à votre patient.

La dispense d'avance de frais (**tiers payant**) est obligatoire.

Le patient n'ayant pas de carte vitale, la facturation se fait sur **feuille de soins papier**.

Certains logiciels permettent la télétransmission sans carte vitale. Renseignez-vous.

AVULSION DES QUATRE DENTS DE SAGESSE RETENUES OU A L'ETAT DE GERME A L'ETAT VIGILE : PRISE EN CHARGE D'UN SUPPLEMENT

De quoi s'agit-il ?

Il s'agit d'une mesure tarifaire qui est entrée en vigueur pour les chirurgiens-dentistes le 08/08/2020 inscrite dans le cadre de l'avenant 3 à la convention dentaire :

« Afin de favoriser la prise en charge en ambulatoire (soins externes ou cabinet de ville) de l'extraction des dents de sagesse les partenaires conventionnels s'accordent pour créer un **supplément de 125 €** pour l'acte d'avulsions de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe réalisé en cabinet sous anesthésie locale (HBGD038). »

Quelles sont les conditions de prise en charge du supplément ?

Le supplément s'applique :

- pour l'acte d'avulsion des 4 troisièmes molaires dans la même séance
- retenues ou à l'état de germe
- réalisé en cabinet
- sous anesthésie locale

Comment facturer le supplément ?

Lors de la facturation, vous porterez sur la feuille de soins (électronique ou papier) :

- le code HBGD038 correspondant à l' « *Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe* » valorisé à 209 euros.
- et le code YYYY755 correspondant au supplément valorisé à 125 euros.

Le supplément YYYY755 ne peut pas être associé au code ZZLP042 (anesthésie générale ou loco régionale).

Ces actes sont opposables, ils ne peuvent donner lieu à un dépassement d'honoraire en entente directe.

CONE BEAM



Définition

La **Tomographie Volumique à faisceau Conique (TVFC)** également désignée par l'acronyme **CBCT** (pour « **Cone beam computerized tomography** ») est une technique radiographique de tomodensitométrie apparue dans les années 2000.

Cette technique, alternative au scanner, utilise un faisceau conique de rayons X permettant l'acquisition d'un volume et la réalisation de reconstitutions planaires (2D) et de reconstitutions en trois dimensions (3D).

Les conditions de réalisation

Cependant, ainsi que le rappelle l'Association européenne de radiologie dento-maxillo-faciale :

- Les examens CBCT ne doivent pas être effectués sans qu'un historique du patient et un examen clinique n'aient été réalisés.
- Les examens CBCT doivent être justifiés pour chaque patient, afin de démontrer que les bénéfices l'emportent sur les risques.
- Les examens CBCT doivent potentiellement apporter des informations utiles à la prise en charge du patient.
- Il n'est pas souhaitable que les examens CBCT soient répétés en routine, sans qu'une nouvelle évaluation bénéfique/risque soit réalisée.
- Les examens CBCT doivent seulement être réalisés quand la question pour laquelle l'imagerie est requise ne peut obtenir de réponse adéquate par une radiographie dentaire conventionnelle moins irradiante.
- Les doses de rayonnement (et donc les risques) de la TVFC dentaire sont généralement plus élevées que celles de la radiographie dentaire classique (intra-buccale et panoramique).

La HAS définit le Cone beam :

- comme un examen de seconde intention
- réalisé par des praticiens spécifiquement formés,
- dont la justification doit être argumentée dans le dossier médical du patient.

Les conditions de prise en charge

Le Cone beam est pris en charge dans les cas :

- d'évaluation diagnostique et/ou préopératoire :
- d'atypie anatomique en endodontie,
- de pathologie maxillo-mandibulaire et/ou dento-alvéolaire,
- de pathologie osseuse de l'articulation temporo-mandibulaire,
- dans les situations où les informations indispensables n'ont pas été apportées par l'examen clinique et la radiographie conventionnelle,

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

A condition d'avoir suivi une formation spécifique à la réalisation de cet acte en plus de la formation initiale.

Le Cone beam ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ou pour des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires chez l'enfant ou l'adulte.

Les conditions de facturation

Le Cone beam est inscrit à la CCAM sous le code LAQK027.

L'examen doit faire l'objet d'un compte-rendu obligatoire (article I-5 des dispositions générales de la CCAM et article R1333-66 du CSP).

Le cone beam étant remboursable sous condition (mention « RC » dans la CCAM), le praticien s'engage, pour confirmer que les conditions de remboursement sont remplies :

- à cocher, pour les feuilles de soins électroniques, la case prévue par le logiciel
- à porter le code remboursement exceptionnel « X » dans la zone « éléments de tarification » pour les feuilles de soins papier.

L'examen radiographique CBCT de plusieurs secteurs dans la même séance (sous réserve qu'ils soient justifiés) n'ouvre pas la possibilité de codifier plusieurs LAQK027.

Si lors d'une même séance, sont réalisés un examen Cone beam et des radiographies (panoramique, téléradiographie, radiographie rétro-alvéolaire, ...), l'acte de radiographie qui a le tarif le plus élevé est facturé à taux plein et les autres actes de radiographie sont facturés à 50%.

La facturation d'une radiographie panoramique (HBQK002) correspondant à la reconstitution secondaire d'une image de radiographie panoramique acquise avec un CBCT grand champ n'est pas conforme aux principes de radioprotection et à la CCAM.

La facturation cumulée d'un examen CBCT (LAQK027) et d'une radiographie panoramique (HBQK002) reconstituée à partir des plans de coupe du CBCT est non conforme à la CCAM.

ORTHESE D'AVANCEE MANDIBULAIRE (OAM)



Qu'est-ce qu'une Orthèse d'Avancée Mandibulaire ?

C'est un appareillage dentaire amovible réalisé sur mesure permettant de maintenir en propulsion la mandibule pendant le sommeil, libérant le passage de l'air au niveau du pharynx pour que le patient retrouve une ventilation normale dans le cadre d'un syndrome d'apnées – hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS).

Quelles sont les indications ?

L'orthèse d'avancée mandibulaire est indiquée pour les patients ayant des apnées – hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) et au moins trois des symptômes suivants : somnolence diurne, fatigue diurne, ronflements sévères et quotidiens, sensation d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil, nycturie, céphalées matinales.

L'indication de l'orthèse d'avancée mandibulaire :

En première intention

- concerne un patient présentant un indice d'apnées-hypopnées (IAH) compris entre 15 et 30 événements par heure, en l'absence de signe de gravité cardio-vasculaire associé.

En deuxième intention

- concerne un patient présentant un SAHOS sévère en cas de refus ou d'intolérance au traitement du SAHOS par pression positive continue.

La prise en charge de l'orthèse exclut la possibilité de prise en charge concomitante d'un traitement par pression positive continue (PPC).

Les orthèses sont prises en charge par l'assurance maladie sous réserve de leur inscription à la LPP.

Quelles sont les spécificités de prescription et de conception d'une OAM ?

Ce dispositif nécessite l'intervention de deux spécialistes :

- un médecin spécialiste (ORL ou pneumologue) qui est le seul à pouvoir prescrire une orthèse d'avancée mandibulaire ;
- à partir d'un examen clinique et d'un examen de polysomnographie ou d'une polygraphie respiratoire.
- parmi les orthèses d'avancées mandibulaires inscrites dans la « liste des produits et prestations (LPP) ».

Le spécialiste du sommeil, transmet à l'assurance maladie une demande d'accord préalable (DAP) dans le cadre de la prise en charge du SAHOS selon les indications prévues.

En l'absence de refus, il adresse son patient à un spécialiste de l'appareil manducateur. (L'absence de réponse à la DAP sous 15 jours vaut accord).

Un spécialiste de l'appareil manducateur (chirurgien-dentiste, stomatologue, chirurgien maxillo-facial) qui **doit avoir suivi une formation spécifique** pour réaliser les examens spécifiques préalable et postérieur à la pose de l'orthèse d'avancée mandibulaire et pour concevoir l'orthèse.

Quel est le rôle du spécialiste de l'appareil manducateur (chirurgien-dentiste, stomatologue, chirurgien maxillo-facial) ?

Le spécialiste de l'appareil manducateur doit s'assurer qu'il n'y a aucune contre-indication définitive à la pose du dispositif.

- En cas de contre-indication définitive, il ré adresse son patient au spécialiste prescripteur.
- En cas de contre-indication temporaire, il réalise les soins permettant de lever la contre-indication.

Le spécialiste du sommeil peut prescrire une orthèse d'avancée mandibulaire sans en préciser la marque et dans ce cas le spécialiste de l'appareil manducateur choisira une des orthèses inscrite à la LPP.

Si le spécialiste du sommeil indique précisément le type d'OAM avec le nom précis de l'orthèse inscrites à la LPP, et si le spécialiste de l'appareil manducateur estime qu'un autre modèle inscrit à la LPP est plus indiqué au regard de la morphologie du patient par exemple, il devra modifier le choix de l'orthèse **en concertation et avec l'accord explicite du prescripteur**.

Le spécialiste de l'appareil manducateur réalise les empreintes, les enregistrements occlusaux et les envoie à un laboratoire ayant l'agrément du dispositif, accompagnés de toutes informations pertinentes (état bucco-dentaire, parodontite, latéro-déviations, propulsion souhaitée) et la copie de la DAP.

L'orthèse d'avancée mandibulaire est un dispositif médical inscrit à la liste des produits et prestations (LPP).

- Elle n'est pas comprise dans la tarification de l'acte de pose.
- Elle fait l'objet d'un règlement direct au laboratoire par le patient.

La commande de l'orthèse doit être accompagnée du chèque du montant de l'orthèse établi par le patient à l'ordre du laboratoire.

Lorsque le spécialiste de l'appareil manducateur réceptionne l'orthèse, il vérifie son adaptation, sa stabilité et sa rétention. Il recherche également la titration optimale (en une ou plusieurs séances) ; une fois celle-ci atteinte, il adresse un compte-rendu au médecin prescripteur qui contrôle, 3 mois après la pose de l'OAM, son efficacité clinique en réalisant une polysomnographie respiratoire ou polygraphie respiratoire. Il s'assure également du suivi et de l'observance du traitement.

Le spécialiste de l'appareil manducateur revoit ensuite son patient autant que nécessaire pour s'assurer de la tolérance du dispositif : adaptation, réglages.

Un suivi tous les 6 mois doit être effectué. Le dispositif est prescrit pour une durée de 2 ou 3 ans, variable suivant le dispositif.

Le renouvellement est soumis à deux conditions : efficacité mesurée par le spécialiste du sommeil et suivi tous les 6 mois par un spécialiste de l'appareil manducateur.

Comment facturer les actes ?

L'acte de pose et le supplément éventuel sont facturés par le spécialiste de l'appareil manducateur au patient comme les autres actes dentaires inscrits à la CCAM.

L'acte de pose : Code LBLD017

Pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire comprend la prise d'empreinte la pose et le réglage de l'orthèse.

Tarif 150 euros.

Le supplément : Code YYYY465

Supplément pour examen spécifique préalable et postérieur à l'acte de pose. Ce supplément inclus l'interrogatoire, l'évaluation de la cinétique mandibulaire, l'examen de l'état buccal, les séances multiples d'adaptation et de réglages complémentaires.

Tarif 70 euros.

Dans la CCAM, il est précisé « RC » dans la colonne remboursement sous conditions, ces deux actes doivent donc être facturés de la façon suivante :

- **Feuille de soins électronique** : cochez la case prévue par votre logiciel pour confirmer que les conditions de remboursement sont remplies.
- **Feuille de soins papier** : inscrivez un « X » dans la zone « éléments de tarification CCAM ».

Avant tout acte, le spécialiste de l'appareil manducateur doit réaliser un devis intégrant les codes LBLD017 et YYYY465.

Montant maximum des honoraires : 350€

Base de remboursement : 220€

Dépassement possible plafonné à 130€

Quelle prise en charge pour le patient ?

L'orthèse est prise en charge à 60 % du tarif inscrit à la LPP après transmission à l'assurance maladie de la DAP, et de la feuille de soins « pharmacie fournisseur » envoyée par le laboratoire en même temps que l'orthèse.

La mutuelle du patient prend en charge les 40 % restant.

L'acte de pose de l'OAM par le spécialiste de l'appareil manducateur ayant suivi une formation et le supplément sont pris en charge par l'assurance maladie.

L'éventuel dépassement plafonné reste à la charge de l'assuré.

Dans le cas où le SAHOS est susceptible d'entraîner ou d'aggraver une pathologie pour lequel le patient est en ALD alors le traitement est pris en charge à 100% dans le cadre de l'ALD.

Concernant les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) : le patient ne règle pas le laboratoire qui adresse directement la feuille de soins « pharmacie fournisseur » à l'assurance maladie.

Aucun dépassement n'est autorisé dans ce cas.

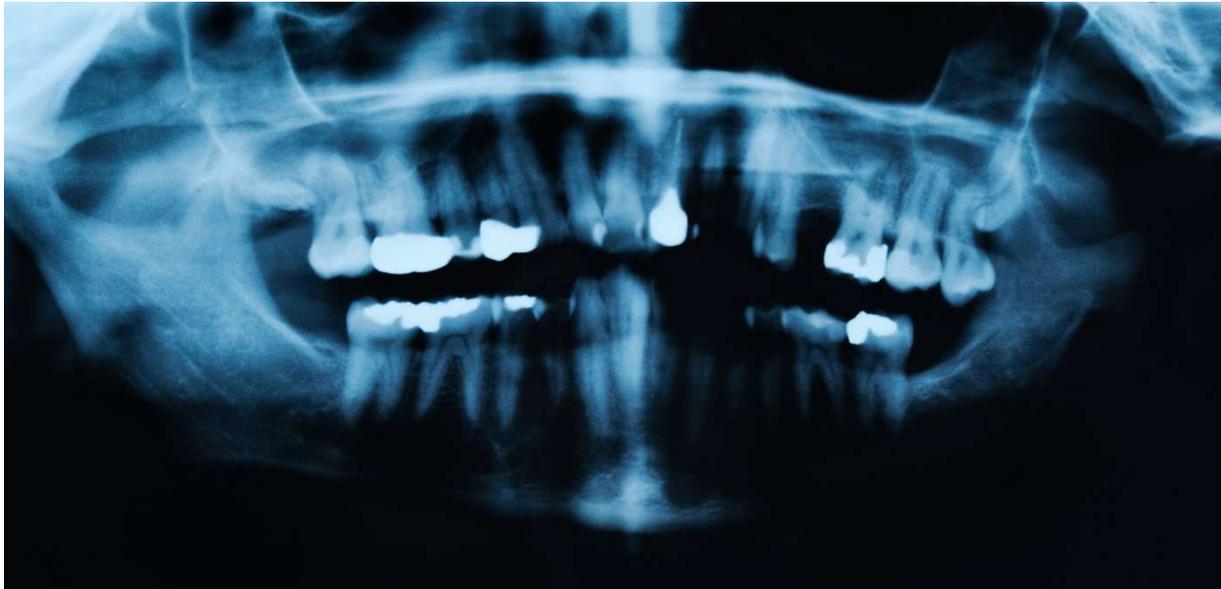
Quelles sont les orthèses inscrites à la LPP ?

Liste des différentes OAM inscrites à la liste des produits et prestations (LPP)

Mise à jour du 22/10/2020

Code produit – Libellé – Adresse du fabricant	Tarif TTC	Durée de garantie
2497884 ORTHESE D'AVANCEE MANDIBULAIRE, RESMED, NARVAL CC NARVAL ResMed SAS : Parc technologique de Lyon 292 allée Jacques Monod – 69791 SAINT PRIEST cedex	459 €	3 ans
2451474 ORTHESE D'AVANCEE MANDIBULAIRE, ORTHOSOM, AMO SOMNOMED ORTHOSOM : 9 rue du Landreau 49070 BEAUCOUZE	459 €	3 ans
2455325 ORTHESE D'AVANCEE MANDIBULAIRE, ONIRIS, TALI TALI SAS : 147 avenue Paul Doumer – 92500 RUEL-MALMAISON	459 €	3 ans
2407378 ORTHÈSE D'AVANCÉE MANDIBULAIRE, SOMNOMED, SOMNODENT SOMNOMED ORTHOSOM : 9 rue du Landreau 49070 BEAUCOUZE	459 €	3 ans
2445232 PANTHERA D-SAD est une orthèse de type bi-bloc sur-mesure constituée de: – gouttières réalisées à partir d'une prise d'empreintes dentaires des arcades supérieures et inférieures de la mâchoire du patient; – articulées par un système de triangles et biellettes: les biellettes qui exercent la traction sur la mâchoire inférieure sont parallèles au plan auriculo-orbitaire. Les biellettes sont disponibles en différentes longueurs et munies d'un bouton d'ancrage à chacune des extrémités. La taille des biellettes permet de titrer l'avancement mandibulaire par pas de 0,5 mm sur 20 mm.	459 €	3 ans
2412971 ORTHÈSE D'AVANCÉE MANDIBULAIRE, 3J, OPM4J OPM4J, 3J SARL : 4, quai de la République, 78400 CONFLANS STE-HONORINE	250 €	1 an
2840330 ORTHÈSE D'AVANCÉE MANDIBULAIRE PROVISOIRE, BLUESOM, BLUEPRO. BLUEPRO est une orthèse provisoire d'avancée mandibulaire monobloc indiquée dans le traitement du syndrome d'apnées-hypopnées obstructive du sommeil. BLUEPRO est utilisé pour tester l'efficacité du traitement par OAM sur une période maximale de 3 mois. Il s'agit d'un dispositif titrable et personnalisable par prise d'empreinte directe par thermo-modelage. Indication : Test de l'efficacité du traitement par orthèse d'avancée mandibulaire pendant une période maximale de 3 mois chez les patients adultes	60 €	
2465967 ORTHESE D'AVANCEE MANDIBULAIRE, SERIE, ONIRIS, ONIRIS PRO OAM thermoformée, directement adaptable sur les arcades dentaires du patient REFERENCES PRISES EN CHARGE - ONIRIS PRO taille standard (référence ONIPRO2SP T1), - ONIRIS PRO taille large (référence ONIPRO2SP T2).	69 €	2 ans

AGENESIES DENTAIRES MULTIPLES CHEZ L'ADULTE



Dans quel cas permettent-elles la prise en charge d'un traitement implantaire ?

Lorsque sont absentes, sur l'ensemble des 2 arcades, au moins 6 dents permanentes (en dehors des dents de sagesse), dont au moins une des dents indiquées ci-dessous.

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



Le diagnostic de maladie rare doit être confirmé par un généticien ou par un praticien d'un centre de référence ou de compétence des maladies rares. Les agénésies multiples, d'origine génétique, peuvent être associées à des maladies rares avec syndromes malformatifs complexes. Les maladies les plus fréquentes et les plus représentatives en nombre de patients atteints, sont les dysplasies ectodermiques.

Lorsque la croissance est terminée.

Quel traitement est pris en charge dans ce cadre ?

Pose de 10 implants au maximum pour les deux arcades.

Pas de dépassement possible (= actes à tarif opposable)

Prothèse amovible supra-implantaire maxillaire et/ou mandibulaire à plaque base résine ou à châssis métallique.

Les actes prothétiques correspondant spécifiquement au codage « Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire ... à châssis métallique ou ... à plaque base résine » relèvent du panier prothétique « tarif libre ». Il y aura donc un reste à charge important sur la partie prothétique du traitement.

L'ensemble du traitement est pris en charge au titre d'une ALD hors liste (ALD 31) avec exonération du ticket modérateur (ETM).

Comment se déroule la demande de prise en charge ?

Le contenu du dossier à constituer

- Remplissage d'un protocole de soins par le médecin traitant
- (Formulaire 11626*04 - Cerfa n° 11626*04) conformément à l'article L324-1 du Code de la sécurité sociale pour une demande d'ETM au titre d'une affection de longue durée (ici ALD 31, hors liste). La mention "traitement par implants dentaires selon CCAM" devra être portée sur le protocole de soins.
- Remplissage par le chirurgien-dentiste qui va conduire le traitement du document « Aide au remplissage du protocole de soins pour le traitement des agénésies dentaires multiples chez l'adulte»

Ce document permet de donner toutes les précisions nécessaires concernant la situation bucco-dentaire du patient et le plan de traitement implantoprothétique.

- Joindre une radiographie panoramique

L'envoi du dossier

Le dossier complet de demande de prise en charge devra être adressé au service médical de la caisse d'Assurance Maladie de votre patient, soit par le médecin rédacteur du protocole, soit par vous-même.

La réponse à la demande de prise en charge

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

- En cas d'avis favorable : le volet 3 du protocole de soins, mentionnant l'accord de prise en charge, sera adressé à votre patient. Il pourra alors se rendre chez le praticien qu'il aura choisi pour la réalisation du traitement implantoprothétique.
- En cas de refus de prise en charge, les voies de recours seront indiquées sur la notification de décision.

AIDE AU REMPLISSAGE DU PROTOCOLE DE SOINS POUR LE TRAITEMENT DES AGENESIES DENTAIRES MULTIPLES, CHEZ L'ADULTE, LIEES A UNE MALADIE RARE

Ce formulaire est utilisé pour la prise en charge, chez l'adulte, du traitement par prothèse implantoportée des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare. Il s'agit d'un document complémentaire qui doit être rédigé par un chirurgien-dentiste ou un médecin stomatologue et, joint au protocole de soins pour affection de longue durée établi par le médecin traitant^{0F1}.

Un cliché panoramique doit être joint à la demande.

Identification du patient

Nom et Prénom :

Date de naissance : Sexe : Féminin / Masculin

NIR :

Informations à la date du : / .. /

Diagnostic de maladie rare :

.....

Agénésies des dents permanentes :

Le patient doit présenter une agénésie d'au moins 6 dents permanentes, non compris les dents de sagesse, dont l'une au moins des dents absentes fait partie des dents indiquées dans le tableau ci-dessous :

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

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

(Cocher sur le schéma dentaire les dents permanentes absentes pour cause d'agénésies liées à une maladie rare).

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

(Cocher sur le schéma dentaire la totalité des dents permanentes absentes (agénésie + autre cause)

Plan de traitement

Renseigner les actes programmés : entourer vos choix.

Etape préimplantaire chez l'adulte

- Enregistrement des rapports maxillo-mandibulaires en vue de la programmation d'un articulateur :

oui / non.

- Simulation des objectifs thérapeutiques sur moulages et / ou logiciel des arcades dentaires :

oui / non.

- Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique pré implantaire dentaire :

* pour 1 arcade * pour 2 arcades

- Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical pré implantaire dentaire :

* pour 1 arcade * pour 2 arcades

Pour obtenir des informations détaillées sur les « actes concernant le traitement envisagé », vous pouvez consulter le site www.ameli.fr espace « professionnels de santé »

Aménagement du site implantaire chez l'adulte

- Greffe épithélio-conjonctive ou conjonctive sur la gencive

* sur un secteur de 1 à 3 dents

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

(Entourer le ou les secteurs sur le schéma)

* sur un sextant

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

(Entourer le ou les secteurs sur le schéma)

- Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire

* sur un secteur de 1 à 3 dents

* sur un secteur de 4 à 6 dents

* sur un secteur de 7 dents ou plus

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

(Entourer le ou les secteurs sur le schéma)

- **Plastie muco gingivale par lambeau déplacé latéralement, coronairement ou apicalement :**
oui / non

- **Comblement préimplantaire sous muqueux du sinus maxillaire :** oui / non

Le recours à une anesthésie générale peut être nécessaire; dans ce cas le code des actes d'anesthésie figure dans la Classification Commune des Actes Médicaux.

Etape implantaire chez l'adulte

Pose d'implants pré prothétiques intra osseux intra buccaux

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

(Localiser la position des implants sur le schéma dentaire. Maximum 10 implants pour les deux arcades)

Le recours à une anesthésie générale peut être nécessaire; dans ce cas le code des actes d'anesthésie figure dans la Classification Commune des Actes Médicaux.

Etape prothétique chez l'adulte

Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque base résine

moins de 9 dents		de 9 à 13 dents		complète unimaxillaire		complète bimaxillaire	
Maxillaire	Mandibule	Maxillaire	Mandibule	Maxillaire	Mandibule		

Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à châssis métallique

moins de 9 dents		de 9 à 13 dents		complète unimaxillaire		complète bimaxillaire	
Maxillaire	Mandibule	Maxillaire	Mandibule	Maxillaire	Mandibule		

(Entourer la ou les cases concernées)

Document complété par : Docteur

Fait à

Le :

EXAMEN BUCCO-DENTAIRE DE PREVENTION DE 3 A 24 ANS (EBD)



De quoi s'agit-il ?

Il s'agit d'un dispositif de prévention bucco-dentaire (intitulé M'T Dents pour le grand public) destiné à identifier les risques de dégradation de l'état de santé bucco-dentaire et de les éviter. Ce dispositif de prévention a été étendu avec la dernière convention signée le 21 juin 2018 et s'adresse dorénavant aux enfants, adolescents et jeunes adultes âgés de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans. Il comporte un examen de prévention et des soins consécutifs éventuellement préconisés lors de cet examen.

Ce dispositif répond à 2 objectifs :

- Favoriser un contact précoce avec un chirurgien-dentiste, un médecin stomatologue ou un spécialiste en chirurgie orale,
- Instaurer des rendez-vous réguliers aux âges les plus exposés au risque carieux.

Les modalités pratiques

Dans le mois qui précède la date anniversaire de l'assuré ou de l'ayant-droit la Caisse d'Assurance Maladie dont il relève, lui adresse l'imprimé unique de prise en charge pré identifié accompagné d'un courrier d'invitation personnalisé en fonction de l'âge du destinataire, à se rendre chez un chirurgien-dentiste, un médecin stomatologue ou un spécialiste en chirurgie orale pour bénéficier d'un examen de prévention.

L'examen de prévention bucco-dentaire (EBD)

L'EBD doit être réalisé dans les 6 mois suivant la date d'anniversaire.

Cet examen comprend :

- une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés ;
- un examen bucco-dentaire (dents et parodonte) ;
- des conseils d'éducation sanitaire adaptés à l'âge du bénéficiaire (conseils d'hygiène et de prévention en soulignant l'intérêt d'un traitement précoce, d'un suivi régulier et de la continuité des soins).

Il peut être complété si nécessaire par :

- des radiographies intrabuccales ou une radiographie panoramique ;
- l'établissement d'un programme de soins (nombre de dents à traiter, nature des soins à engager tout en précisant les priorités).

S'il n'y a qu'un acte à réaliser (1 seul code CCAM) ce dernier peut être effectué au cours de la même séance que l'examen de prévention.

Au cours d'une même séance, l'examen de prévention ne peut être cumulé à une consultation.

Les soins consécutifs

Pour bénéficier d'une prise en charge à 100 %, le programme de soins établi, le cas échéant, lors de l'examen, doit être commencé dans les 4 mois qui suivent l'examen de prévention et s'achever dans les 6 mois suivant la date de début des soins.

Dans le cadre de ce dispositif, seuls les actes correspondants à des soins conservateurs, chirurgicaux et des actes radiographiques, dont la liste est fixée en annexe 13 de la convention signée le 21 juin 2018, peuvent être réalisés.

A noter : les traitements orthodontiques et prothétiques sont exclus de ce dispositif.

Comment facturer les actes ?

Facturation de l'examen bucco-dentaire (EBD)

L'EBD est rémunéré 30 € (code BDC).

S'il est complété, si nécessaire, par des radiographies intrabucales, dans ce cas la rémunération forfaitaire de l'examen bucco-dentaire et des radiographies est de :

- 42 € si 1 ou 2 radiographies intra-buccales sont réalisées (code BR2)
- 54 € si 3 ou 4 radiographies intra-buccales sont réalisées: (code BR4)
- 54 € si 1 radiographie panoramique est réalisée (code BRP).

L'examen de prévention et les radiographies éventuelles sont facturés à tarifs opposables (pas de dépassement possible) et en dispense d'avance de frais.

La prise en charge est à 100%.

La facture de l'examen de prévention doit être télétransmise.

Si la télétransmission n'est pas possible utiliser la partie haute de l'imprimé unique de prise en charge et l'adresser à la CPAM d'affiliation de l'assuré pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé.

La partie basse de l'imprimé est conservée au dossier du patient.

Facturation des soins consécutifs

La prise en charge des soins consécutifs est à 100% s'ils sont réalisés dans les 4 mois qui suivent l'examen de prévention et s'achèvent dans les 6 mois suivant la date de début des soins.

L'assuré n'a pas à faire l'avance des frais.

Les soins consécutifs sont facturés conformément à la CCAM à tarifs opposables sans dépassement d'honoraires.

Pour une prise en charge à 100%, cocher la case « prévention » sur la feuille de soins.

Afin d'éviter un rejet, il est nécessaire de télétransmettre en premier l'examen bucco-dentaire.

Facturation de l'examen bucco-dentaire (EBD) pour une personne en situation de handicap sévère

Création d'un supplément de 23 € en métropole et 27,60 € aux Antilles, Réunion, Guyane, Mayotte associable à l'examen bucco-dentaire (BDC, BR2, BR4, BRP). Ce supplément est facturé en codant BDX.

Le handicap est évalué à l'aide d'une « grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap » prévues dans l'avenant 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

Cf. Fiche patient avec handicap sévère.

EXAMEN DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE DES FEMMES ENCEINTES



De quoi s'agit-il ?

Il s'agit d'un dispositif de prévention bucco-dentaire qui s'adresse aux femmes enceintes assurées ou ayants-droit, remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'Assurance Maladie et maternité.

Il comporte un examen de prévention à partir du 4^{ème} mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement pris en charge à 100 % avec dispense d'avance de frais.

Les modalités pratiques

A compter de la réception de la déclaration de grossesse de l'assurée ou de l'ayant-droit, la caisse d'Assurance Maladie dont elle relève, lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré identifié accompagné d'une invitation à participer à l'examen de prévention.

L'assurée ou l'ayant-droit présente alors au praticien de son choix, l'imprimé de prise en charge pré identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

L'examen de prévention

La femme enceinte peut bénéficier de l'examen de prévention du 4^{ème} mois de grossesse jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement.

L'examen de prévention comprend :

- une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés ;
- un examen bucco-dentaire (dents et parodonte) ;

- des conseils d'éducation sanitaire (conseils d'hygiène orale, hygiène alimentaire, information sur l'étiologie et la prévention de la carie) ;
- une information sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance (mesures d'hygiène dès l'apparition de la première dent de l'enfant afin de sensibiliser la future maman).

Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés oralement par le chirurgien-dentiste lors de l'examen de prévention.

L'examen de prévention peut être complété si nécessaire par :

- des radiographies intrabuccales ou une radiographie panoramique, réalisées avec un tablier de plomb ;
- l'établissement d'un programme de soins (nombre de dents à traiter, nature des soins à engager tout en précisant les priorités).

A noter : s'il n'y a qu'un acte à réaliser (1 seul code CCAM) ce dernier peut être effectué au cours de la même séance que l'examen de prévention.

La séance d'examen de prévention ne peut être cumulée à une consultation.

Comment facturer les actes ?

Facturation de l'examen de prévention (EBD)

L'Examen de prévention est rémunéré 30 € (code BDC).

S'il est complété par des radiographies intrabuccales, la rémunération forfaitaire est de :

- 42 € si 1 ou 2 radiographies intra-buccales sont réalisées (code BR2)
- 54 € si 3 ou 4 radiographies intra-buccales sont réalisées (code BR4)
- 54 € si une radiographie panoramique est réalisée (code BRP)

L'examen de prévention et les radiographies éventuelles sont facturés à tarifs opposables (pas de dépassement possible) et en dispense d'avance de frais.

Pour une prise en charge à 100%, cocher « assurance maternité ».

La facture de l'examen de prévention doit être télétransmise.

En cas d'impossibilité le praticien enverra la partie supérieure de l'imprimé unique de prise en charge renseignée à la caisse d'affiliation de l'assurée ou de l'ayant-droit pour être réglé du montant de de l'examen réalisé.

La partie inférieure de l'imprimé unique de prise en charge doit être renseignée par le praticien et conservée au dossier de sa patiente. L'imprimé peut être dématérialisé. Si le praticien fait le choix de ne pas le conserver il doit être en mesure, en cas d'évaluation, de communiquer les informations qui doivent y figurer (schéma dentaire, besoin en soins etc.).

Facturation des soins consécutifs

La prise en charge des soins dentaires est différente en fonction du stade de la grossesse :

- entre le 4^{ème} et le 6^{ème} mois de grossesse : prise en charge à 70% du tarif conventionnel (90 % en Alsace Moselle) ;
- du 6^{ème} mois et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement : prise en charge à 100 %.

Le tiers payant est devenu un droit pour les soins pris en charge au titre de la maternité depuis le 1^{er} janvier 2017.

ACCIDENTS DE TRAVAIL OU DE TRAJET



Qu'est-ce qu'un accident de travail ou de trajet ?

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

L'accident du travail englobe l'accident de trajet domicile/travail habituel.

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

La caisse d'Assurance Maladie du patient dispose d'un délai de trente jours pour instruire le dossier et se prononcer sur le caractère professionnel ou non de l'accident. Si le dossier est complexe, elle peut recourir à un délai supplémentaire de 2 mois, mais elle doit auparavant en informer le patient.

Sans réponse à l'issue de ce délai, le patient peut considérer que son accident a été reconnu comme professionnel.

En cas de refus, la caisse d'Assurance Maladie indique au patient les voies de recours et le délai dont il dispose pour éventuellement contester cette décision. L'employeur reçoit un double de ce courrier.

Que faire lors de la première consultation?

Lors de la première consultation (qui fait suite à l'accident de travail) vous devez :

Rédiger un **certificat médical initial (CMI)** décrivant précisément l'état de la victime et notamment la nature des lésions et leur localisation.

Attention, les lésions sans rapport avec l'accident de travail ou de trajet ne doivent pas figurer sur le CMI. Les déclarations du patient sont consignées en citant ses propos : « *Le patient dit avoir été victime ...* ».

Le CMI est considéré comme un document médico-légal qui peut être réclamé par les assurances, les organismes sociaux et l'autorité judiciaire. Il engage donc pleinement la responsabilité du praticien qui le rédige.



Etablir un **plan de traitement** et rédiger un **devis**. En effet, en Accident de Travail (AT), le patient pense souvent, à tort, qu'il va être remboursé à 100% pour la totalité des honoraires. Il est donc important de rédiger un devis et de l'informer du reste à charge avant d'engager les soins notamment prothétiques (cf. ci-après ; « **Comment sont pris en charge les actes bucco-dentaires en AT ?** »)

Que faire à la fin des soins ?

A la fin des soins vous devez établir :

- Soit un **certificat médical final (CMF) de guérison** lorsqu'il y a guérison des lésions sans séquelle.

Une lésion est guérie lorsqu'il y a retour à l'état antérieur. Exemples : plaie gingivale cicatrisée, subluxation dentaire sans séquelle pulpaire ni parodontale et après disparition de la mobilité.

- Soit un **certificat médical final (CMF) de consolidation** lorsque les lésions sont stabilisées et prennent un caractère permanent. Il devient alors possible d'apprécier l'existence de séquelles entraînant une éventuelle incapacité permanente.

Exemples : fracture d'un angle après reconstitution coronaire, perte d'une dent après cicatrisation complète.

La **consolidation** n'est pas liée à l'exécution de la prothèse mais à **l'état de la lésion** elle-même. Ainsi, lorsque la consolidation est acquise, vous devez rédiger le certificat médical final (obligatoire) même si la prothèse définitive, par exemple, n'est pas encore réalisée.

L'enjeu de ce certificat final de consolidation est de permettre l'indemnisation des séquelles par la fixation d'un **taux d'incapacité permanente partielle (IP)**. Une fois le certificat de consolidation reçu, le Service médical de l'Assurance Maladie rédige un rapport concluant éventuellement à un taux d'incapacité permanente. Ce taux tient compte de la nature des séquelles, mais aussi le cas échéant de l'état général du patient, de son âge et de ses aptitudes et qualifications professionnelles.

La caisse d'Assurance Maladie de votre patient l'informe alors de son taux d'incapacité permanente et du montant qui lui sera versé sous forme d'un capital (si taux d'IP inférieur à 10%) ou de rente (si taux d'IP supérieur à 10%).

Que faire si une lésion nouvelle consécutive à l'AT apparaît après l'établissement du CMI ?

La lésion nouvelle est une **lésion imputable à l'accident** qui ne figurait pas sur le certificat médical initial. Un **certificat de prolongation d'AT** doit alors être établi, afin que cette lésion nouvelle soit prise en compte.

Exemple : Le certificat médical initial ne mentionnait qu'une fracture du tiers coronaire supérieur de la I1 avec atteinte pulpaire. 1 mois après, alors que la consolidation n'est pas encore effective, des signes de pulpite apparaissent sur la I2, non cariée. Cette nouvelle lésion en rapport avec l'AT devra être décrite sur un nouveau certificat appelé certificat de prolongation.

Que faire en cas de rechute ?

La rechute ne peut intervenir qu'après la guérison ou la consolidation, si la lésion initiale guérie ou consolidée s'aggrave.

Exemple de rechute : traumatisme sur une II sans fracture coronaire ou radiculaire

- après 6 mois de surveillance, en l'absence de signe clinique (absence de mobilité, tests de vitalité pulpaire normaux), établissement **d'un certificat médical final de guérison**,
- à 12 mois **et en l'absence d'un fait nouveau ou de carie**: douleurs, signes de nécrose, nécessitant un traitement endodontique. Etablissement **d'un certificat médical de rechute**,
- après réalisation du traitement endodontique, établissement d'un **certificat médical de consolidation**, puisque la lésion est stabilisée avec une séquelle (perte de la vitalité pulpaire dans ce cas).

A qui communiquer les différents certificats établis ?

Les certificats sont établis en **double exemplaire**, dont un à remettre en main propre à l'**intéressé(e)** avec toutes les pièces ayant servi à l'établissement dudit certificat et l'autre à transmettre **dans les 24 heures par le praticien à la caisse d'Assurance Maladie** dont dépend le patient.

Comment sont pris en charge les actes bucco-dentaires en AT ?

Actes de prothèse

Taux de remboursement

Les actes de prothèse sont remboursés à hauteur de 150 % du tarif de responsabilité de l'Assurance Maladie. Les honoraires font l'objet d'un devis et tiennent compte des paniers prothétiques de la convention : RAC0, RAC modéré, honoraires libres.

Distinguer prothèse préexistante à l'AT et prothèse créée suite à l'AT

Si ces prothèses compensent des édentements dus à l'AT, alors leur renouvellement au cours de la vie sera également facturé à ce titre. Par contre si une prothèse dentaire préexistante à l'AT est rendue inutilisable du fait de l'accident, elle ne sera réparée ou remplacée qu'une seule fois au titre de l'AT.

Distinguer dents absentes avant l'AT et dents perdues suite à l'AT

Prothèse amovible

Lorsqu'une prothèse amovible doit remplacer à la fois des dents perdues suite à l'AT et d'autres dents sans rapport avec celui-ci : une ventilation du nombre de dents en AT et du nombre de dents en maladie (AM) est effectuée. Le praticien utilise le code CCAM d'une prothèse amovible du nombre de dents concernées par l'AT (prise en charge à 150 %). Puis, il complète par le code relatif aux adjonctions sur prothèse amovible pour le remplacement des autres dents absentes (prise en charge au titre AM).

Prothèse fixe

Dans le cas d'une reconstruction prothétique fixée, c'est l'intégralité de l'unité prothétique qui sera facturée au titre de l'AT, si les conditions de prise en charge sont remplies.

Tiers payant obligatoire

Le recours au tiers payant est **obligatoire** pour les actes en rapport avec l'AT.

Exonération du ticket modérateur

Les actes à tarif opposable (consultation, radiographies, soins chirurgicaux et conservateurs) sont pris en charge à 100 % (exonération du ticket modérateur) par l'assurance maladie.

Actes non pris en charge

Les actes non pris en charge (NPC) en droit commun, par exemple la pose d'implants, restent non pris en charge en AT.

Comment se déroulent concrètement la facturation et le paiement ?

Que doit présenter le patient ?

Sa carte Vitale à jour (à défaut, et à titre exceptionnel, une attestation papier justifiant l'ouverture de ses droits).

La « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle »

(Cerfa N° 11383*02) qui lui a été remise par son employeur ou son organisme d'assurance maladie et qui doit être remplie au fur et à mesure des actes réalisés.

Comment facturer ?

Vous devez adresser à la caisse d'Assurance Maladie de votre patient les feuille de soins **électronique ou papier** (Cerfa N° 11104*03). **Attention** : ne pas oublier de cocher la case AT/MP avec numéro et date de l'AT, ainsi que les deux cases « l'assuré n'a pas payé la part obligatoire » et « l'assuré n'a pas payé la part complémentaire » s'agissant de tiers payant.

Cas particulier de la facturation de la prothèse

Il faut deux lignes de facturation :

- une 1^{ère} ligne avec le code CCAM de l'acte réalisé dont le montant est diminué du montant de l'ATD (complément AT Dentaire)
- une 2^{ème} ligne pour l'ATD dont le montant est égal à 50 % au plus du tarif de responsabilité de la prothèse dentaire

Exemple : bridge 3 éléments céramométalliques remplaçant une 23.

Le code CCAM est HBLD227 :

- Le montant des honoraires est plafonné à 1 635 euros.
- La base de remboursement par l'Assurance Maladie est de 279,50 euros.
- Le code ATD représente 50 % de la base de remboursement soit *50 % de 279,50 euros = 139,75 euros*.
- 1^{ère} ligne : HBLD227 - Montant des honoraires 1 635 euros – 139,75 euros = 1 495,25 euros
- 2^{ème} ligne : ATD *Montant = 139,75 euros*

Qui vous paie ?

Les honoraires vous sont versés directement par la caisse d'Assurance Maladie de votre patient - à **l'exception des montants d'honoraires en entente directe (ED), qui doivent vous être versés par le patient.**

LES ACCIDENTS AVEC TIERS RESPONSABLE

Qu'est-ce qu'un accident avec tiers responsable ?

Il s'agit d'un accident causé par un tiers dont le patient est la victime et qui a été provoqué accidentellement ou intentionnellement. La responsabilité du tiers, qu'il s'agisse d'une personne physique ou d'une personne morale, est alors engagée.

Exemples : accident scolaire (chute dans la cour de récréation ou pendant une séance d'éducation sportive), chute sur la voirie, accident médical (blessure consécutive à une intervention, infection)

Que faut-il faire ? Les certificats médicaux

Lors de la première consultation : après avoir précisé avec le patient les circonstances de l'accident, vous devez rédiger un **certificat médical initial (CMI)**, qui décrit précisément l'état de la victime, le siège, la nature des lésions et leur localisation. Les lésions sans rapport avec l'accident ne doivent pas figurer sur le CMI. Les déclarations du patient sont consignées dans le CMI, en citant ses propos : « *Le patient dit avoir été victime ...* ».

Le CMI est considéré comme un acte médico-légal qui peut être réclamé par les assurances, les organismes sociaux et l'autorité judiciaire. Il engage donc pleinement la responsabilité du praticien qui le rédige.

A l'issue de la période des soins, vous devez rédiger un **certificat médical final (CMF)**, qui décrit les séquelles éventuelles et qui précise la date de consolidation.

Les certificats médicaux sont remis au patient ou à son représentant légal, jamais à un tiers.

Un double de chaque certificat médical doit être conservé dans le dossier médical du patient.

Le patient devra adresser le CMI et le CMF à son assurance.

Comment facturer les actes ?

Les actes sont facturés normalement selon les conditions habituelles en vigueur au moment des faits.

Sur la feuille de soins (électronique ou papier), il faut cocher « accident causé par un tiers » et préciser la date de l'accident, afin d'informer l'Assurance Maladie.

Quelle prise en charge pour le patient ?

Dans un premier temps, les frais médicaux consécutifs à l'accident sont pris en charge par l'Assurance Maladie dans les conditions habituelles.

Dans un second temps, l'Assurance Maladie exerce « un recours contre tiers » pour les dépenses qu'elle a engagées en rapport avec l'accident (frais médicaux, indemnités journalières, pension d'invalidité...). Ces sommes sont ainsi récupérées auprès du tiers responsable ou de sa compagnie d'assurance.

Dans ce cadre, vous pouvez être contacté par un chirurgien-dentiste conseil de l'Assurance Maladie qui vous demandera la liste des soins réalisés en rapport avec l'accident et si des actes sont prévus ultérieurement.

ATTENTATS ET SOINS DENTAIRES

Quelles sont les personnes concernées ?

Les personnes blessées au cours d'un acte de terrorisme et qui figurent sur la liste officielle des victimes, transmise par l'Etat à l'Assurance Maladie. Pour figurer sur cette liste, les victimes doivent :

- être inscrites sur la liste unique des victimes (LUV) établie par le parquet de Paris. Pour cela, la victime doit déposer plainte auprès de l'antenne de police judiciaire (PJ) la plus proche de son domicile.
- ou avoir bénéficié du versement d'une provision par le Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI) ;
- ou avoir perçu une indemnisation accordée par un juge civil.

Le patient figurant sur cette liste se voit délivrer une **attestation spécifique de prise en charge** par sa Caisse d'Assurance Maladie qu'il doit vous présenter. L'attestation spécifique de prise en charge comporte les consignes de remplissage des feuilles de soins.

Quelle prise en charge pour ces personnes ?

Le patient bénéficie à ce titre de la **prise en charge intégrale** (dans la limite des frais réellement engagés) **de tous les soins médicaux** en lien avec cet événement **sans avance de frais**.

L'intégralité des honoraires vous sera versée directement par sa Caisse d'Assurance Maladie.

Les dépassements d'honoraires sont pris en charge pour les frais de santé en lien avec les actes de terrorisme. Si vous estimiez devoir appliquer des dépassements à ces patients, ceux-ci n'ont rien à vous régler. Vous serez remboursé directement par leur Caisse d'Assurance Maladie.

Pour rappel, aucun dépassement d'honoraires ne peut être facturé à un assuré bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) si l'acte réalisé figure au panier de soins CSS.

Comment concrètement facturer vos actes d'une manière générale ?

Si la carte vitale est à jour

Une exonération « article 115 » permet une prise en charge à 100% de toutes les prestations.

Si la carte vitale n'est pas à jour

Vous saisissez une exonération « autre » pour permettre la facturation à 100% de la base de remboursement.

Vous appliquez le tiers payant sur l'ensemble de la dépense (100% du tarif conventionnel + éventuels dépassements) et transmettez un flux unique vers l'Assurance maladie.

Comment facturer vos dépassements sur une feuille de soins électronique (FSE) ?

Le code prestation spécifique DDT (dépassement dentaire en tiers payant) est créé et utilisé spécifiquement dans le cadre de la prise en charge des victimes d'attentats.

Pour Les logiciels n'intégrant pas encore l'avenant « Prise en charge des victimes d'attentats »

Cas n°1 : le montant facturé est inférieur ou égal à 150% de la base de remboursement

La facturation est réalisée sur 2 lignes :

La première ligne correspond au code CCAM de l'acte de prothèse (100% de la base de remboursement)

La seconde ligne correspond au code prestation ATD. Le montant de l'ATD correspond à 50% au plus de la base de remboursement de l'acte de prothèse, dans la limite des frais réellement engagés.

Cas n°2 : le montant facturé est supérieur à 150% de la base de remboursement

La facturation est réalisée sur 3 lignes. Une saisie supplémentaire est nécessaire par rapport au cas n°1 :

La première ligne correspond au code CCAM de l'acte de prothèse (100% de la base de remboursement)

La seconde ligne correspond au code prestation ATD. Le montant de l'ATD correspond à 50% de la base de remboursement.

La troisième ligne correspond à la facturation du dépassement au-delà de 150% de la base de remboursement sous le code prestation DDT.

Afin d'éviter tout rejet de la facturation, le code prestation DDT doit être positionné immédiatement après l'acte auquel il se rapporte et qui fait l'objet du dépassement. L'ordre de la saisie est donc le suivant :

- Code CCAM de l'acte dentaire,
- suivi du complément ATD,
- suivi du code prestation DDT.

Exemples de facturation du code DDT

Facturation d'une prothèse dentaire HBLD038 – Montant des honoraires (290 €)

Code acte	Montant saisi PS	Montant transmis	Base remboursement	Montant remboursable AMO	Consignes de saisie PS
HBLD038	120	120	120	120	Saisir la base de remboursement = tarif conventionnel sans dépassement
ATD	60	60	60	60	Saisir 50% de la base de remboursement de l'acte
DDT	110	110	110	110	Saisir le reste de la dépense : dépense réelle - (tarif conventionnel + complément)

Pour les Logiciels intégrant l'avenant « Prise en charge des victimes d'attentats »

Le professionnel de santé mentionne dans son logiciel de facturation le fait que les soins sont en rapport avec l'acte de terrorisme.

Le logiciel positionne automatiquement la facture en tiers payant.

Le logiciel génère automatiquement :

- une ligne de prestations ATD pour la prise en charge du complément de 50%
- puis une ligne de prestation de dépassement DDT pour le dépassement au-delà de 150% de la base de remboursement



Comment facturer vos dépassements sur une feuille de soins papier ?

Cochez la case « autre » (et surtout pas la case « soins dispensés au titre de l'article L.115 ») ;

Cochez la case « accident causé par un tiers » ;

Cochez les cases « l'assuré n'a pas réglé la part obligatoire » et « l'assuré n'a pas réglé la part complémentaire » ;

Le cas échéant, n'oubliez pas de cocher la case « AT/MP ».

Quand prend fin la prise en charge intégrale de l'assuré ?

A l'issue d'un délai de trois ans à compter de la date de l'acte de terrorisme, dès lors qu'aucune procédure d'indemnisation n'est en cours à cette date auprès du Fonds de Garantie des victimes d'actes de Terrorisme et autres Infractions (FGTI)

A l'issue d'un délai de deux mois à compter de la notification de la décision du FGTI concernant la demande d'indemnisation de l'assuré.

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (ODF)



La réglementation

Les actes d'orthopédie dentofaciale sont inscrits à la NGAP résiduelle.

Les conditions de prise en charge

La responsabilité de l'Assurance Maladie est limitée aux traitements commencés avant le 16^{ème} anniversaire.

La limite d'âge concerne tous les actes en TO y compris les actes TO 15 et TO 5 et les actes radiologiques.

La prise en charge des traitements des dysmorphoses concerne jusqu'à 6 semestres de traitement actif et jusqu'à deux années de contention.

Le traitement doit commencer dans les 6 mois qui suivent la date de l'accord sous peine de caducité de celui-ci.

Une seule dérogation possible à la limite d'âge concerne le semestre préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires.

La demande d'accord préalable (DAP) doit être accompagnée d'une lettre du praticien qui doit effectuer l'intervention chirurgicale.

La demande d'accord préalable (DAP)



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

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

- pour tout nouveau traitement valable pour un an soit 2 TO 90 (auparavant, la DAP ne pouvait porter que sur un semestre),
- pour chaque renouvellement annuel des soins,
- en cas de changement de praticien,
- en cas de modification du plan de traitement.

La demande d'accord préalable doit être adressée à la Caisse par l'assuré.

L'absence de réponse sous 15 jours vaut accord.

La facturation des actes

Pour les spécialistes qualifiés en ODF :

- la facturation des actes d'orthodontie et des actes de radiographies se réalise uniquement en NGAP.

Pour les omnipraticiens ou les orthodontistes exclusifs :

- la facturation des actes d'orthodontie s'effectue en NGAP, mais la facturation des actes de radiographies se réalise en CCAM.

Facturation des semestres

Les semestres de traitement actifs sont facturés tous les 6 mois.

Le TO 90 est pris en charge à 100 %.

A l'occasion de la mise en place des nouvelles modalités de la DAP, la facturation de TO 45 par trimestre est désormais autorisée.

Facturation des années de contention

Les périodes de contention sont réglées par 12 mois à l'issue de la période de contention :

- pour la 1^{ère} année TO 75 pris en charge à 100 %,
- pour la 2^{ème} année TO 50 pris en charge à 70 % lorsque les bénéficiaires des soins ne sont pas exonérés du ticket modérateur à un autre titre.

Facturation des actes avec un coefficient inférieur à 60

Les actes dont le coefficient est inférieur à 60, sont remboursés à 70 % (TO 5, TO 15, TO 50, radiographies...)

Les actes en TO 15 et TO 5, la téléradiographie de face ou de profil et la radiographie panoramique, ne sont remboursés que s'ils sont en rapport avec un traitement ODF pris en charge par l'Assurance maladie.

Si le traitement ODF n'est pas remboursable (âge >16 ans ou + de 6 semestres par exemple), ces actes ne sont pas remboursables.

Facturation pour les patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS)

Il est possible au professionnel de santé de facturer pour le TO 45 la moitié des honoraires maxima autorisés.

PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP SEVERE



De quoi s'agit-il ?

La convention de 2018 a proposé un dispositif d'accompagnement à la prise en charge des patients en situation spécifique.

Ces mesures sont destinées à améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap sévère :

- en valorisant la prise en charge par les chirurgiens-dentistes de ville de cette patientèle pour laquelle les soins au fauteuil en cabinet sont difficiles voire impossibles,
- en permettant la prise en charge de technique de sédation consciente telle que l'utilisation du MEOPA par des chirurgiens-dentistes formés à son utilisation et respectant les conditions réglementaires encadrant son usage ; la sédation consciente pour certains patients pouvant être une alternative à une prise en charge sous anesthésie générale.

Quels sont les patients concernés ?

Les patients atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap et pour lesquels une adaptation de la prise en charge en santé bucco-dentaire est nécessaire.

Afin de pouvoir identifier les situations pour lesquelles ces valorisations sont applicables, le chirurgien-dentiste doit renseigner une grille d'évaluation du comportement et de la coopération de ces patients à la fin de chaque séance dès lors qu'il a rencontré une difficulté au cours de la séance (Annexe XX – avenant 3 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes. Echelle des Adaptations pour une Prise en Charge Spécifique en Odontologie (APECS)).

La grille d'évaluation comprend différents items :

- communication,
- coopération,
- état de santé général,
- état de santé bucco-dentaire,
- autonomie,
- gestion médico-administrative.

Une seule case par domaine doit être cochée.

Dès lors que pour un des domaines de la grille, l'adaptation de la prise en charge en santé bucco-dentaire du patient en situation de handicap nécessaire est modérée ou majeure, les mesures de valorisations sont applicables.

La grille d'évaluation est à conserver dans le dossier du patient et pourra être transmise au service médical à sa demande.

Sont exclues des mesures tarifaires liées au handicap :

- les patients souffrant de phobies dentaires,
- les personnes âgées ne souffrant pas de handicap sévère.

Comment facturer les actes ?

Si au moins un score « modéré » ou « sévère » est coché sur la grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap, il est possible de facturer :

La consultation complexe d'un montant de 46 € en métropole et 27,60 € aux Antilles, Réunion, Guyane, Mayotte

Le code prestation agrégé à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est CCX.

Le supplément Examen bucco-dentaire complexe de 23 € en métropole et 27,60 € aux Antilles, Réunion, Guyane, Mayotte codé BDX

Le supplément est cumulable à la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire associé ou non à la réalisation des radiographies (associables aux codes BDC, BR2, BR4, BRP).

le supplément YYYY183 d'un montant de 100 €

Ce supplément est applicable une seule fois par séance quel que soit le nombre d'actes réalisés dans la séance.

Il n'est pas cumulable avec le supplément YYYY185.

le supplément YYYY185 d'un montant de 200 € (à compter du 08/08/2020)

Ce supplément concerne les actes bucco-dentaires réalisés en 2 séances ou plus.

Il est applicable une seule fois quel que soit le nombre d'actes réalisés au cours de ces 2 séances ou plus.

Il n'est pas cumulable avec le supplément YYYY183.

Sont exclus de ce supplément les actes diagnostiques, les actes de radiologie, de prévention, de restauration coronaire par matériau inséré en phase plastique et les actes de chirurgie.

NB : un Inlay-onlay est par contre éligible à ce supplément.

Quelle prise en charge pour le patient ?

Les suppléments YYYY183 et YYYY185 sont prises en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

Pour l'examen buccodentaire complexe, le supplément est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

GRILLE D'ÉVALUATION DU COMPORTEMENT ET DE LA COOPERATION

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 <input type="checkbox"/>	
Mineure	Ex. Communication interpersonnelle lente ; Troubles cognitifs mineurs ; Malentendant ; Malvoyant ; Troubles de l'élocution ou de la communication verbale <input type="checkbox"/>	
Modérée	Ex. Communication par l'intermédiaire d'une tierce personne ; Troubles cognitifs modérés ; déficience sensorielle complète	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Majeure	Ex. Pas de communication ; Troubles cognitifs sévères ; Démence sévère	<input type="checkbox"/> <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 <input type="checkbox"/>	
Mineure	Prémédication orale pour réaliser l'examen ou les soins. <input type="checkbox"/>	
Modérée	Sédation consciente ou hypnose pour réaliser l'examen ou les soins.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Majeure	Anesthésie générale ou sédation profonde en présence d'un médecin anesthésiste, quelle que soit l'indication.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DOMAINE DE LA COOPERATION		
pendant l'examen ou le soin (avec ou sans technique facilitatrice) (voir annexe I*) Voir échelle de Venham ci-après		
Aucune	Détendu ; Coopérant <input type="checkbox"/>	
Mineure	Mal à l'aise ; Tendu ; La continuité thérapeutique est préservée mais avec beaucoup d'anxiété <input type="checkbox"/>	
Modérée	Réticent ; Manifestation de l'opposition verbalement ou avec les mains ; La séance se déroule avec difficultés	<input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/>

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 L'ETAT DE SANTE GENERALE (voir annexe 2) Voir échelle ASA ci-après**

Aucune	Patient en bonne santé générale <input type="checkbox"/>	
Mineure	Patient présentant une maladie systémique légère ou bien équilibrée <input type="checkbox"/>	
Modérée	Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Majeure	Patient présentant une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DOMAINE DE L'ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE

Aucune	Pas de facteur de risque particulier induisant un mauvais état bucco-dentaire <input type="checkbox"/>	
Mineure	Présence d'un facteur de risque uniquement en lien avec une hygiène défailante ou une alimentation sucrée <input type="checkbox"/>	
Modérée	Présence d'un facteur de risque modéré en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie, ex. Troubles de la déglutition ; Fente labio-palatine ; Gastrostomie ; Trachéotomie ; Limitation de l'ouverture buccale, Spasticité	<input type="checkbox"/> <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 défailante ou une alimentation sucrée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DOMAINE DE L'AUTONOMIE

Aucune	Pas de perte d'autonomie pour accéder aux soins dentaires <input type="checkbox"/>	
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"/> <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"/> <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 <input type="checkbox"/>	
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 télémédecine bucco-dentaire. <input type="checkbox"/>	
Modérée	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec un seul secteur (médical, médico-social ou médico-légal)	<input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/>

:

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 manœuvre 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 manœuvre 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.

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 ($30 < \text{IMC} < 40$), 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 ($\text{IMC} \geq 40$), 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

PATIENTS SOUS ANTICOAGULANTS



Quelle prise en charge pour les patients sous anticoagulants ?

La convention nationale de 2018 article 13 prévoit des mesures spécifiques pour la prise en charge de patients sous anticoagulants.

Une valorisation de la prise en charge est possible pour les patients bénéficiant d'un traitement anticoagulant, dont la pathologie rend l'administration des soins bucco-dentaires et notamment des soins chirurgicaux (actes d'avulsions) plus complexes que pour des patients ne bénéficiant pas de tels traitements.

Comment facturer les actes ?

La facturation d'un « **supplément pour patient sous anticoagulant** » est possible si :

Votre patient est en ALD,

Qu'il bénéficie d'un traitement par médicament anticoagulant : anti-vitamine K (AVK) ou Anticoagulant oraux directs (AOD) dont les principes actifs sont listés ci-dessous,

Pour la réalisation d'actes chirurgicaux dont la liste est inscrite en annexe XVII de l'avenant I à la convention nationale

Exemple :

HBGD035	Avulsion d'une dent temporaire
HBGD036	Avulsion d'une dent permanente sur l'arcade sans alvéolectomie
HBGD022	Avulsion d'une dent permanente sur l'arcade avec alvéolectomie
HBGB002	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire
.....

Le supplément codé YYYY6I4 a pour libellé : « supplément pour soins chirurgicaux dentaires pour un patient en ALD et traité par anticoagulants oraux directs [AOD] ou par antivitamine K [AVK] ».

Facturation : 20 euros une seule fois par séance.

Quels sont les principes actifs des AVK et AOD en DCI concernés ?



AVK	
Code ATC	DCI
BO1AA01	DICOUMAROL
BO1AA02	PHENINDIONE
BO1AA03	WARFARINE
BO1AA04	PHENPROCOUMONE
BO1AA07	ACENOCOUMAROL
BO1AA08	ETHYL BISCOUMACETATE
BO1AA09	CLORINDIONE
BO1AA10	DIPHENADIONE
BO1AA11	TIOCLOMAROL
BO1AA12	FLUINDIONE

LES AOD INHIBITEURS DIRECTS DE LA THROMBINE

Code ATC	DCI
BO1AE01	DESIRUDINE
BO1AE02	LEPIRUDINE
BO1AE03	ARGATROBAN
BO1AE04	MELAGATRAN
BO1AE05	XIMELAGATRAN
BO1AE06	BIVALIRUDINE
BO1AE07	DABIGATRAN ETEXILATE

LES AOD INHIBITEURS DIRECTS DU FACTEUR XA

Code ATC	DCI
BO1AF01	RIVAROXABAN
BO1AF02	APIXABAN
BO1AF03	EDOXYABAN

PERMANENCE DES SOINS



De quoi s'agit-il ?

Il est du devoir de tout chirurgien-dentiste de prêter son concours aux mesures prises en vue d'assurer la permanence des soins et la protection de la santé (article R.4127-245 CSP).

Sa participation au service de garde est **obligatoire**.

Le Directeur Général de l'ARS doit définir par le biais d'un arrêté, les modalités d'organisation de la PDS dans la région concernée (périmètre des secteurs et horaires concernés, modalités d'accès de la population aux praticiens de permanence).

La permanence des soins est organisée par le Conseil départemental de l'Ordre, elle est formalisée par l'inscription nominative sur le tableau départemental de garde.

Ce tableau doit être transmis au moins dix jours avant la garde aux différents acteurs concernés (ARS, CPAM, SAMU, chirurgiens-dentistes et centre de santé). Toute modification du tableau de permanence survenue après cette transmission fait l'objet d'une nouvelle communication.

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

La permanence des soins doit être assurée par les chirurgiens-dentistes libéraux, et leurs collaborateurs salariés et libéraux ainsi que par les chirurgiens-dentistes salariés des centres de santé.

Quelles sont les conditions de rémunération de la permanence des soins dentaires ?

Pour bénéficier de la rémunération de la permanence des soins, il faut :

- être inscrit au tableau de garde du Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes,
- et être disponible et joignable durant les heures de permanence, afin de prendre en charge le patient dans les meilleurs délais.

La permanence des soins concernent **les dimanches et jours fériés** par vacation (matin, après-midi ou journée selon les secteurs et horaires définis par arrêté par le Directeur de l'ARS).

En dehors de ces périodes, aucune rémunération au titre de la permanence des soins dentaire ne peut être versée.

Comment facturer la permanence des soins ?

La rémunération de la permanence des soins comprend :

- **un forfait d'astreinte** de 75 euros par demi-journée (matin ou après-midi) ou 150 euros pour la journée.

Code acte : PRC.

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

- **une majoration spécifique** de 30 euros par patient

Code acte : MCD

La majoration spécifique (MCD) ne peut être facturée seule, mais en complément des actes techniques ou des consultations dans le cadre de la permanence des soins uniquement.

Il s'agit d'un forfait facturable par patient et non pour chaque acte réalisé.

Elle ne se cumule pas avec les majorations de nuit, dimanche et jours fériés.

Elle ne se cumule pas avec les actes relevant du dispositif EBD enfant et femme enceinte (BDC, BR2 et BR4, BRP).

Quelles sont les modalités pratiques pour obtenir la rémunération de permanence des soins ?

Le versement par la CPAM de votre lieu d'installation se fait après croisement entre :

- le tableau récapitulatif précisant les praticiens de garde et les lieux de dispensation des actes transmis par le Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes à la CPAM,
- et votre « attestation de participation à la permanence des soins bucco-dentaires- Versement des indemnités d'astreintes » que vous adresserez à la CPAM avant le 10 du mois suivant la garde.

PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS



La réglementation

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale de 2007, vous pouvez prescrire, en tant que chirurgien-dentiste, tous les actes, produits et prestations nécessaires à l'exercice de l'art dentaire (article L. 4141-2 du Code de Santé Publique).

Vous restez « libre de [vos] prescriptions », qui seront celles que vous estimerez « les plus appropriées en la circonstance ».

Elles doivent cependant répondre à certaines règles, et se limiter à ce qui est nécessaire à la qualité et à l'efficacité des soins (article R. 4127-238 du Code de santé publique).

Les chirurgiens-dentistes ont donc le devoir de respecter les limites de leur capacité professionnelle.

Les mentions obligatoires

En tant que chirurgien-dentiste, vous pouvez prescrire des médicaments nécessaires à l'exercice de l'art dentaire.

Votre prescription doit répondre à certaines **règles obligatoires** pour être compréhensible par votre patient, bien exécutée par le pharmacien et remboursée par l'Assurance Maladie :

Mentions relatives au prescripteur : nom, prénom, qualification, adresse, téléphone, numéro d'identification et signature sous la dernière ligne de prescription,

Mentions relatives au bénéficiaire de l'ordonnance : nom et prénom du patient, éventuellement âge, sexe, poids et taille,

Mentions relatives à chaque médicament prescrit :

- nom de la spécialité (princeps ou générique) ou dénomination commune d'un principe actif (DCI) assortie ou non d'une marque ou du nom du fabricant,
- dosage et forme pharmaceutique,
- posologie et mode d'emploi ; s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée doit être précisée,
- durée du traitement (ex. : traitement pour trois mois) ou nombre d'unités de conditionnement dans le cas d'une prescription en nom de marque (ex. : deux boîtes de 20 comprimés),
- nombre de renouvellements de la prescription si besoin.

Mention non remboursable (NR) dans le cas d'une prescription d'un médicament en dehors des indications thérapeutiques remboursables.

Indiquer NR à côté de la dénomination de la spécialité, et en informer le patient.

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

En effet, vous pouvez vous opposer à la substitution, en inscrivant la mention « **Non substituable** » sur l'ordonnance, avant la dénomination de la spécialité concernée (articles R. 5125-53 et R. 5125-54 du code de la Santé publique). A compter du 1er janvier 2020, vous devez obligatoirement préciser sur l'ordonnance, en plus de la mention « non substituable », **la raison médicale qui justifie votre décision** de ne pas autoriser la substitution par le pharmacien.

Il ne s'agit plus seulement d'une « mention expresse » portée sur l'ordonnance, pour des raisons particulières tenant au patient, mais d'une « mention expresse **et justifiée** ».

La mention « non substituable » et sa justification doivent apparaître sur l'ordonnance pour chaque médicament prescrit et pour chaque situation médicale visée.

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

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

L'ordonnance est datée, signée par le prescripteur

La durée de traitement et le renouvellement



La prescription est renouvelable par période maximale d'un mois, ou de trois mois (si le conditionnement est supérieur à un mois) dans la **limite de 12 mois de traitement** (article R.5123-2 du code de la Santé publique).

L'ordonnance comportant la prescription d'un médicament pour une durée de traitement supérieure à un mois doit indiquer pour permettre la prise en charge :

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

PRESCRIPTION DE SUBSTITUTS NICOTINIQUES



La réglementation

La loi du 26 janvier 2016 autorise les chirurgiens-dentistes à prescrire des substituts nicotiniques, donnant ainsi accès à leurs patients au forfait d'aide au sevrage tabagique.

Quelle prise en charge ?

Les substituts nicotiniques sont pris en charge à 65 % par l'Assurance Maladie.

Pour être remboursés, ils doivent :

- figurer sur la liste des substituts nicotiniques pris en charge par l'Assurance Maladie
- Etre prescrits sur une ordonnance consacrée uniquement à ces produits.

Aucune autre prescription ne doit figurer sur l'ordonnance.

Les règles de rédaction de la prescription à respecter

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

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

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

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

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

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

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

PRESCRIPTION D'ARRÊT DE TRAVAIL

Les chirurgiens-dentistes peuvent-ils prescrire un arrêt de travail ?

Les chirurgiens-dentistes sont habilités à prescrire un arrêt de travail en vertu de l'article

L. 4141-2 du code de la santé publique qui dispose que « Les chirurgiens-dentistes peuvent prescrire tous les actes, produits et prestations nécessaires à l'exercice de l'art dentaire ».

La prescription raisonnée d'un arrêt de travail est un acte médical.

Quand prescrire un arrêt de travail ?

L'arrêt de travail est prescrit pour un motif d'ordre médical. Il convient d'évaluer le bénéfice de la prescription de l'arrêt de travail dans la prise en charge médicale du patient.

L'incapacité physique du patient à continuer ou à reprendre le travail doit être médicalement constatée.

La prescription d'arrêt de travail doit mentionner sur les documents destinés au service médical de l'Assurance maladie les « **éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail** ».

Comment prescrire un arrêt de travail ?

Pour prescrire un arrêt de travail, vous pouvez au choix :

- Utiliser le service en ligne AAT (avis d'arrêt de travail) en y accédant par amelipro et en utilisant votre ESPACE PRO. Ce service vous permet de bénéficier d'une assistance au remplissage et d'une transmission facilitée pour vous et votre patient.
- Remplir un formulaire d'avis d'arrêt de travail papier accessible dans ameli.fr.

Quelles sont les obligations administratives pour le patient ?

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

- pour les avis d'arrêt de travail papier votre patient doit transmettre, dans un délai de 48 h, l'avis d'arrêt de travail prescrit dûment complété (volets 1 et 2 adressés au Service médical de sa caisse d'Assurance Maladie dans l'enveloppe « M. le médecin-conseil », et le volet 3 adressé à l'employeur) ;
- votre patient doit se soumettre à des heures de présence à domicile de 9 h à 11 h et de 14 h à 16 h, sauf en cas de soins ou d'examen médicaux.

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

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

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

Votre patient doit s'abstenir de toute activité non autorisée.

Votre patient doit se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par sa caisse d'Assurance Maladie.

PRESCRIPTION D'EXAMEN DE BIOLOGIE



Dans quel cas prescrire un examen de biologie ?

La prescription d'examens de biologie relève de la capacité du chirurgien-dentiste. Ces prescriptions doivent être justifiées par la pathologie ou l'acte à réaliser.

Dans quelles conditions les actes de biologie médicale sont-ils pris en charge ?

Pour être remboursés, les actes de biologie médicale doivent :

- Etre inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM)
- Respecter les dispositions de la NABM.

Les règles de rédaction des prescriptions à respecter

La prescription doit être claire, précise et rédigée sur une ordonnance distincte.

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

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

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

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

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

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

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

PRESCRIPTION D'UN BILAN ORTHOPHONIQUE

Dans quel cas prescrire un bilan orthophonique ?

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

Dans ce cas, vous rédigez une prescription médicale, accompagnée des motivations de la demande de bilan et de tout élément susceptible d'orienter la recherche de l'orthophoniste.

Quel bilan orthophonique prescrire ?

Deux types de prescription de bilan peuvent être établis :

Bilan orthophonique d'investigation

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

L'orthophoniste établit une demande d'accord préalable.

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

Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire

À l'issue de ce bilan, un compte-rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur. Si des séances de rééducation doivent être dispensées, ce compte-rendu comprend les objectifs de la rééducation, le nombre et la nature des séances que l'orthophoniste détermine, par dérogation à l'article 5 des dispositions générales.

Sauf contre-indication médicale, il établit une demande d'accord préalable.

Les actes techniques

Les actes techniques sont cotés en AMO (Acte pratiqué par l'orthophoniste) et sont soumis à accord préalable. Pour certains actes de rééducation individuelle inscrits à la Nomenclature générale des actes professionnels (ex. troubles d'articulation, de déglutition, de la phonation, du langage de l'enfant, du bégaiement...) :

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

Les actes remboursables

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

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

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

PRESCRIPTION DE TRANSPORT



De quoi s'agit-il ?

La prescription de transport par un chirurgien-dentiste **pour les actes et prestations relevant strictement de son domaine de compétence** peut être prise en charge par l'Assurance Maladie dans des conditions réglementaires définies.

La prescription doit indiquer le motif du transport et le mode de transport retenu.

Quelles sont les conditions de prise en charge des transports ?

Cas 1 : le patient doit être hospitalisé ou son état nécessite d'être allongé ou sous surveillance constante ou son traitement est en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle,

Cas 2 : le traitement du patient nécessite un transport de plus de 150 km aller ou son traitement nécessite de se déplacer plusieurs fois (transports en série - au moins 4 voyages de plus de 50 km aller, sur une période de 2 mois pour le même traitement),

Cas 3 : le traitement du patient est en lien avec une affection longue durée (ALD).

Seul est pris en charge le transport le moins onéreux compatible avec l'état du patient, et à condition de présenter une incapacité ou une déficience au déplacement définies par le référentiel de prescription des transports (Arrêté du 23 décembre 2006 J.O. du 30 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale).

Que faut-il faire ?

Vous devez vous interroger sur le niveau d'incapacité ou de déficience au déplacement de votre patient pour décider :

- de la nécessité ou non d'un transport
- de la nature du mode de transport adapté à la situation (véhicule personnel, transports en commun, taxi conventionné, VSL, ambulance).

Quel formulaire utiliser ?

Une prescription médicale de transport :

Cas 1 : imprimé Cerfa n° 11574*04

Cas 3 : imprimé Cerfa n° S3138(3)

Une demande d'accord préalable (DAP) :

Cas 2 : imprimé Cerfa n°50743*05

En cas d'avis défavorable il n'y aura pas de prise en charge.

Le document doit être délivré, sauf urgence, avant que le transport ne soit effectué.

Si le patient ne présente aucune incapacité ou déficience au déplacement il n'y a pas de prise en charge possible.

Quel mode de transport prescrire ?

L'incapacité ou la déficience au déplacement de votre patient évaluée au regard du référentiel de prescription des transports vous permettra de faire le choix du mode de transport.

Conditions de prescription d'un transport avec un véhicule personnel ou un transport en commun.

Si le patient peut se déplacer seul ou sans assistance particulière ou s'il peut être accompagné par un proche.

Conditions de prescription d'un transport en VSL ou taxi conventionné.

Si l'état de santé de votre patient nécessite le respect rigoureux de règles d'hygiène ou s'il présente des risques d'effets secondaires pendant le transport ou si son état de santé nécessite une aide au déplacement ou l'aide d'une tierce personne pour les formalités administratives.

Conditions de prescription d'un transport en ambulance

Si votre patient doit être allongé ou en position semi assise ou être brancardé ou bénéficier d'un portage, être surveillé par une personne qualifiée ou être sous oxygène ou voyager dans des conditions d'asepsie.

Quelle prise en charge pour le patient ?

Pour être remboursé, le patient doit **respecter le mode de transport prescrit** sauf s'il a recours à un mode de transport moins onéreux.

Les frais de transport pris en charge par l'Assurance Maladie sont remboursés à 65 % ou à 100 % dans certains cas.

Le remboursement s'effectue sur présentation :

- de la prescription médicale
- ou de la demande d'accord préalable après accord préalable de l'Assurance Maladie,
- du justificatif de paiement.

FRAIS DE DEPLACEMENT AU DOMICILE DU PATIENT



Dans quelles conditions facturer des frais de déplacement ?

Les frais de déplacement sont facturables lorsque le patient ne peut pas se déplacer jusque dans votre cabinet et que vous devez vous rendre à son domicile pour réaliser un acte dentaire.

Dans cette situation, vous pouvez facturer une indemnité forfaitaire de déplacement (IFD) ou des indemnités kilométriques (IK) qui s'ajoutent à la valeur propre de l'acte.

Ces indemnités spécifiques de déplacement sont inscrites à la NGAP résiduelle.

Conditions de prise en charge de l'indemnité forfaitaire de déplacement (IFD)

L'IFD s'applique :

- Lorsque le domicile du patient et votre lieu d'exercice sont situés dans la **même agglomération**,
- Ou lorsque la distance qui les sépare **est inférieure** à 2 km en plaine ou à 1 km en montagne.

Conditions de prise en charge de l'indemnité kilométrique (IK)

L'IK est applicable :

- lorsque le domicile de votre patient et votre lieu d'exercice **ne sont pas situés dans la même agglomération**,
- et que la distance qui les sépare est **supérieure** à 2 km en plaine et 1 km en montagne.

En l'absence d'acte technique réalisé, seule l'IFD s'applique.

L'IK est facturé en plus de l'IFD uniquement si la visite comporte **un acte technique** codé à la CCAM et effectué à domicile.

Le calcul de l'IK se fait pour chaque km parcouru en appliquant **un abattement** de 4 km en plaine (2 km aller + 2 km retour) et de 2 km en montagne (1 km aller + 1 km retour).

Les tarifs applicables au 01/04/2019 inscrits à la NGAP résiduelle

Tarifs conventionnels applicables aux chirurgiens-dentistes				
Actes et majorations	Tarif applicable dans les départements métropolitains	Tarif applicable dans les Antilles	Tarif applicable en Guyane	Tarif applicable à la Réunion & à Mayotte
IFD : indemnité forfaitaire de déplacement	2,74 €	2,74 €	2,74 €	2,74 €
IK : indemnité kilométrique en plaine	0,61 €	0,65 €	0,65 €	0,69 €
IK : indemnité kilométrique en montagne	0,91 €	0,97 €	0,97 €	1,02 €
IK : indemnité kilométrique à pied ou à ski	4,57 €	4,88 €	4,88 €	4,88 €

CONTACTS & LIENS UTILES

CGSS Martinique

<https://www.ameli.fr/martinique/chirurgien-dentiste>
ps.cgss-martinique.fr

amelipro :

Pôle Médecins Dentistes Pharmacies :

pole.mdp@cgss-martinique.fr

Service médical :

Chirurgien-dentiste conseil : contactps.ersm-martinique@assurance-maladie.fr »

[ameli.fr](https://www.ameli.fr) : Retrouvez les coordonnées du service médical dans l'espace professionnel de santé / chirurgien-dentiste / contact « votre demande concerne : le service médical » après avoir renseigné « votre caisse ».

Haute autorité de santé

<https://www.has-sante.fr>

Agence nationale pour la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

<https://ansm.sante.fr/>

