

Contrat d'aide à l'installation des Chirurgiens-Dentistes (CAICD)

et

Contrat d'aide au maintien des Chirurgiens-Dentistes (CAMCD)

- **La CPAM** propose 1 contrat d'incitation à l'installation dans les zones très sous dotées. En contrepartie d'une aide forfaitaire de **25 000.00 €**, le Chirurgien-Dentiste s'engage à exercer à titre libéral conventionné pour une durée de 5 ans dans la zone choisie. La liste des zones est sur le site : cartosante.fr.
- La CPAM propose également un contrat d'aide au maintien des Chirurgiens-Dentistes dans les zones très sous dotées. L'aide de **3 000.00 € / an** pendant 3 années consécutives concerne le Chirurgien-Dentiste Titulaire et le Chirurgien-Dentiste Collaborateur.
- Les articles concernant ces actes sont en page 10 de la convention - article 3.1.1.
- Le contrat type est en page 116 de l'annexe 7.

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

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

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

Il a été convenu ce qui suit entre

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

Et :

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

Et :

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

Et :

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

Préambule	7
Titre Préliminaire : portée de la convention nationale	9
Article 1 – Objet de la convention	9
Article 2 – Champ d’application de la convention	9
Titre I : Conforter l’accès aux soins dentaires de l’ensemble des assurés sociaux sur tout le territoire	11
Sous-titre I : Améliorer l’accès aux soins dentaires pour tous sur l’ensemble du territoire	11
Article 3 - Instauration d’un dispositif démographique équilibré prenant en compte l’offre globale de soins dentaires	11
Article 3.1 - Dispositif d’incitation à l’installation et au maintien dans les zones « très sous-dotées »	11
Article 3.1.1 - Contrats incitatifs chirurgiens-dentistes	11
Article 3.1.1.1 - Contrat type national d’aide à l’installation des chirurgiens-dentistes (CAICD) dans les zones « très sous-dotées » en offre de soins dentaires	11
Article 3.1.1.2 - Contrat type national d’aide au maintien d’activité des chirurgiens-dentistes (CAMCD) dans les zones « très sous-dotées » en offre de soins dentaires	13
Article 3.1.2 - Dispositif commun au contrat incitatif des chirurgiens-dentistes	15
Article 3.2 - Instauration de mesures de régulation de conventionnement	16
Article 3.3 – Permanence des soins	17
Article 3.3.1 - Rémunération de l’astreinte	17
Article 3.3.2 - Mise en place d’une majoration spécifique des actes réalisés dans le cadre d’une permanence des soins dentaires	17
Sous-titre II : Améliorer l’accès financier aux soins dentaires	18
Article 4 - Dispositif de rééquilibrage de l’activité dentaire au profit des soins conservateurs et chirurgicaux	18
Article 5 - Principe de revoyure annuelle et modalités de déclenchement de celle-ci	19
Article 6 – Clause d’indexation des plafonds	19
Article 7 - Prise en charge de nouveaux actes et revalorisations des actes conservateurs des tissus dentaires, en appui du dispositif de rééquilibrage	20
Article 7.1 – Mise en place d’une différenciation des actes par matériau et par localisation	21
Article 7.2 – Valorisation des actes conservateurs des tissus dentaires	21
Article 7.3 - Autres mesures tarifaires	22
Article 7.4 – Groupe de travail	23
Article 7.5 - Evolution de la CCAM	23
Article 8 - Dispositions applicables aux patients bénéficiant de la protection complémentaire en matière de santé (CMU-C) et aux patients bénéficiant de l’aide à l’acquisition d’une protection en matière de santé (ACS)	24
Titre II. – Renforcer la prévention et l’éducation sanitaire	25
Sous-Titre I – Dispositif de prévention en faveur des enfants, adolescents et jeunes adultes	25

Article 9 - Les acteurs du dispositif	25
Article 9.1 - Les bénéficiaires	25
Article 9.2 - Les professionnels concernés	25
Article 9.3 - Contenu du dispositif	25
Article 9.3.1 - Le contenu de l'examen de prévention	25
Article 9.3.2 - Les soins consécutifs à l'examen de prévention	26
Article 9.3.3 - Les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention	26
Sous-Titre II – Dispositif de prévention des femmes enceintes	29
Article 10 - Les acteurs du dispositif	29
Article 10.1 - Les bénéficiaires	29
Article 10.2 - Les professionnels concernés	29
Article 10.3 - Le contenu de l'examen de prévention	29
Article 10.4 - Les tarifs d'honoraires	30
Sous-Titre III – Dispositif d'accompagnement à la prise en charge des patients en situation spécifique	31
Article 11 – De nouvelles prises en charge pour les patients diabétiques	31
Article 11.1 - Population concernée	31
Article 11.2 - Professionnels concernés	32
Article 11.3 - Prise en charge d'un bilan parodontal et des soins liés à une pathologie parodontale	32
Article 12 - Mesures spécifiques pour les personnes en situation de handicap sévère	32
Article 12.1 - Patients concernés	32
Article 12.2 - Valorisation de la prise en charge des patients en situation de handicap et des techniques de sédation consciente utilisées dans ce cadre	33
Article 13 - Mesures spécifiques pour la prise en charge des patients sous anticoagulant	33
Article 14 - Expérimentation de prise en charge globale de prévention	34
Article 15 - Parcours de prévention incitatif	34
Titre III - Modalités d'exercice conventionnel	35
Article 16 – Démarche du chirurgien-dentiste auprès de la caisse lors de l'installation en libéral	35
Article 17 - Démarche du chirurgien-dentiste auprès de la caisse lors de la cessation d'activité en libéral	35
Article 18 – Modalités d'exercice	35
Article 19 – Situation des chirurgiens-dentistes exerçant au sein des sociétés d'exercice	36
Article 20 – Situation du remplaçant	36
Article 21 – De la qualité et du bon usage des soins	36
Article 22 – Respect du libre choix	37
Article 23 - Documents ouvrant droit au remboursement des prestations	37
Article 24 – Rédaction des ordonnances	38
Article 25 – Facturation des honoraires	38
Article 25.1 – Document de facturation	39
Article 25.2 – Dispositions particulières liées à la réalisation d'un acte dans un établissement de santé	39
Article 25.3 – Accord préalable pour les actes d'orthopédie dento-faciale	40
Article 26 – Mode de fixation des honoraires	40
Article 26.1 – Principe	40

Article 26.2 – Entente directe et honoraires limites de facturation	40
Article 26.3 – Dépassements	40
Article 26.4 – Devis	41
Article 27 - Droit permanent à dépassement (DP)	42
Article 28 – Mise en œuvre de la dispense d’avance des frais au profit des assurés sociaux	42
Article 28.1 – Tiers payant pour les bénéficiaires de l’ACS	42
Article 28.2 – Tiers payant pour les patients pris en charge au titre de la maternité ou d'une affection de longue durée (ALD)	42
Article 28.3 – Tiers payant et EBD	42
Article 28.4 – Autres tiers payant	43
Article 29 – Chirurgiens-dentistes spécialistes (chirurgie orale et médecine bucco-dentaire)	43
Titre IV - Modernisation des relations entre l’Assurance Maladie et les Chirurgiens-Dentistes	44
Article 30 - La transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge par l’assurance maladie obligatoire et complémentaire	44
Article 30.1 - Principe de télétransmission des feuilles de soins électroniques	44
Article 30.2 - L’utilisation de la carte de professionnel de santé	44
Article 30.3 - L’utilisation de la carte vitale	44
Article 30.4 - Les règles de télétransmission de la facturation	45
Article 30.4.1 - L’équipement informatique des caisses d’assurance maladie	45
Article 30.4.2 - Equipement informatique du chirurgien-dentiste	45
Article 30.4.3 - Liberté de choix du réseau	45
Article 30.5 - Principes généraux d’établissement des feuilles de soins électroniques	46
Article 30.5.1 - Etablissement des FSE	46
Article 30.5.2- Délai de transmission des FSE	46
Article 30.5.3 - Délai de paiement en cas de dispense d’avance des frais	46
Article 30.5.4 - Garantie de paiement pour la procédure de dispense d’avance des frais	46
Article 30.5.5 - Procédure en cas d’échec d’émission d’une feuille de soins électronique	47
Article 31 - Les autres procédures de facturation	47
Article 31.1 - La feuille de soins SESAM « dégradé »	47
Article 31.1.1 - Procédure exceptionnelle	47
Article 31.1.2 - Transmission des feuilles de soins SESAM « dégradé »	47
Article 31.2 - La facturation via la feuille de soins sur support papier	48
Article 31.3 - Le déploiement de la norme NOEMIE 580	48
Article 31.4 - La mise en place d’un centre de services inter-régimes (CESI)	49
Article 31.5 - Mise à disposition de téléservices par l’assurance maladie obligatoire	49
Article 32 - Valorisation de la modernisation du cabinet dentaire : création d’un forfait de modernisation et d’informatisation du cabinet dentaire	50
Titre V - Dispositions sociales	51
Article 33 - Participation de l’Assurance Maladie au Régime des Prestations Complémentaires Vieillesse	51
Article 34 - Avantages Complémentaires de Vieillesse	51
Article 35 - Assurance maladie maternité décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés	51
Titre VI - Vie conventionnelle	53
Article 36 - Durée et conditions d’application de la convention	53

Article 36.1- La durée de la convention	53
Article 36.2 - Les modalités de notification et d'adhésion	53
Article 36.3 – La résiliation de la convention	54
Article 37 – Instances conventionnelles	54
Article 37.1 – La commission paritaire nationale (CPN)	54
Article 37.1.1 – Composition	54
Article 37.1.2 – Missions	56
Article 37.2 - Commission paritaire régionale (CPR)	56
Article 37.2.1 – Composition	57
Article 37.2.2 – Missions	57
Article 37.3 – Commission paritaire départementale (CPD)	58
Article 37.3.1 – Composition	58
Article 37.3.2 – Missions	59
Article 37.4 - Dispositions communes à la commission paritaire nationale, aux commissions paritaires régionales et départementales	59
Article 37.5 - Comité technique paritaire permanent national (CTPPN)	60
Article 37.6 - Observatoire conventionnel national	60
Article 38 - Non-respect des dispositions conventionnelles	61
Article 38.1 – De l'examen des cas de manquement	61
Article 38.2 – Procédure de sanction	62
Article 38.2.1 – Procédure préalable d'avertissement	62
Article 38.2.2 – Relevé de constatation et période de présentation de ses observations par le chirurgien-dentiste	62
Article 38.2.3 – Examen par la commission paritaire départementale	63
Article 38.3 – Les mesures encourues	64
Article 38.4 - Les condamnations par l'ordre ou les tribunaux	64
Article 38.5 - Les dispositions communes	64
Article 38.6 - Procédure exceptionnelle de déconventionnement	65
Article 38.7 - Continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur de la convention	65

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1/ de garantir l'accès aux soins bucco-dentaires par l'ensemble des assurés sociaux sur tout le territoire,

2/ d'engager un dispositif de rééquilibrage favorisant une médecine bucco-dentaire moderne, respectueuse de la préservation de la dent et des tissus dentaires,

3/ de renforcer la démarche de prévention et l'éducation sanitaire des publics les plus fragiles,

4/ de moderniser les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes libéraux pour une amélioration du service rendu au quotidien aux professionnels de santé et aux patients

Titre Préliminaire : portée de la convention nationale

Article 1 – Objet de la convention

La présente convention a pour objet :

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

Article 2 – Champ d'application de la convention

Les chirurgiens-dentistes bénéficiaires des dispositions conventionnelles

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

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

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

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

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

Sont désignés dans la présente convention comme les « caisses » et « l'assurance maladie », les organismes chargés de la gestion d'un régime d'assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique. Lorsque la seule caisse primaire ou caisse générale de sécurité sociale

est visée, elle est réputée agir pour son compte et pour le compte de tous les organismes d'assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique.

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

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

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

Les patients bénéficiaires des dispositions conventionnelles

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

Titre I : Conforter l'accès aux soins dentaires de l'ensemble des assurés sociaux sur tout le territoire

Sous-titre I : Améliorer l'accès aux soins dentaires pour tous sur l'ensemble du territoire

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

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

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

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

Article 3.1.1 - Contrats incitatifs chirurgiens-dentistes

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

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

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

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

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

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

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

- soit à titre individuel
- soit en groupe.

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

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

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

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

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

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

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

c. Engagements du chirurgien-dentiste signataire

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

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

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

d. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé

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

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

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

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

Modulation possible par l'Agence Régionale de Santé dans un contrat type régional :

Les chirurgiens-dentistes conventionnés souhaitant s'installer dans une zone identifiée par l'Agence Régionale de Santé comme « très sous dotée », peuvent bénéficier d'une majoration

de cette aide forfaitaire, dans les conditions définies par le contrat type régional arrêté par chaque ARS, conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

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

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

e. Résiliation du contrat

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- soit à titre individuel
- soit en groupe

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

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

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

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

c. Engagements du chirurgien-dentiste signataire

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

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

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

d. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé dans le contrat d'aide au maintien d'activité

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

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

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

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

Modulation possible par l'Agence Régionale de Santé dans un contrat type régional :

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

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

e. Résiliation du contrat

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

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

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

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

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

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

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

a- Articulation du contrat type national avec les contrats types régionaux

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

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

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

b- Dispositions transitoires

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

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

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

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

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

Nouveaux contrats incitatifs chirurgiens-dentistes issus du présent texte

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

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

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

Article 3.2 - Instauration de mesures de régulation de conventionnement

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

Ces travaux conventionnels préalables seront menés entre l'Assurance maladie et les représentants nationaux des chirurgiens-dentistes libéraux, et les représentants des étudiants. Ils seront effectués sur la base d'une méthodologie de zonage rénovée et réadaptée, prenant en compte des critères spécifiques communs, permettant de définir les zones dans lesquelles le

conventionnement des chirurgiens-dentistes libéraux et des centres de santé sera régulé ou incité, la révision du zonage pouvant avoir lieu avant la négociation des avenants.

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

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

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

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

Article 3.3 – Permanence des soins

Article 3.3.1 - Rémunération de l'astreinte

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

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

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

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

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

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

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

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

Sous-titre II : Améliorer l'accès financier aux soins

Article 4 - Dispositif de rééquilibrage de l'activité dentaire au profit des soins conservateurs et chirurgicaux

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

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

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

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

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

Actes prothétiques intégralement pris en charge

Sous réserve de dispositions législatives et réglementaires, un certain nombre d'actes pour lesquels un honoraire limite de facturation est instauré dans la convention ferait l'objet d'une

prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, afin de les rendre accessibles sans reste à charge. L'annexe 5 présente la liste des actes susceptibles d'être concernés ainsi que l'équilibre global fondant la répartition des actes à entente directe entre les actes sans reste à charge, les actes pour lesquels l'entente directe serait limitée, et les actes pour lesquels l'entente directe serait libre (3 paniers).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 6 – Clause d'indexation des plafonds

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

Ils conviennent de mesurer l'évolution relative des charges par la création d'un indice dentaire synthétique correspondant à la somme pondérée des indices de prix relatifs aux différents

postes de charges liées à l'activité dentaire. Afin de s'appuyer sur des données objectives, cet indice est construit à partir des différents indices fournis par l'INSEE.

Le calcul de cet indice est le suivant :

$$\text{Indice } I = P_1 \times I_1 + P_2 \times I_2 + \dots + P_N \times I_N$$

où P_n désigne le poids relatif du poste de charges « n », et I_n l'indice relatif à ce poste de charges.

Le tableau en annexe XIX présente les différents postes de charges de la déclaration 2035, leur poids relatifs et les indices afférents.

L'indice dentaire (I) initial a pour année de référence 2018 et pour valeur 100 (année précédant l'entrée en vigueur des mesures tarifaires).

Chaque année (N), la Commission Paritaire Nationale se tient au début du 4ème trimestre pour calculer l'indice dentaire annuel I (N-1) et son évolution.

Dans le cas où l'évolution observée de l'indice I (N-1) est supérieure de 1 % entre l'année de comparaison (N-1) et l'année de référence, les honoraires limites de facturation concernés sont augmentés de l'évolution observée au 1er janvier de l'année suivante (N+1). Cette augmentation s'effectue par voie d'avenant.

Dès que la clause d'indexation est déclenchée (lors de l'année N), l'année de référence de l'indice devient alors l'année N-1 pour l'ensemble des actes dont les honoraires de facturation sont plafonnés. Cependant pour la période entre 2020 et 2023, l'année de référence n'est modifiée que pour les actes concernés par la révision tarifaire. Les actes n'ayant jamais été revalorisés conservent comme année de référence l'année 2018 pour leur première revalorisation.

Pour les actes qui atteignent leur valeur cible en 2021 et 2022, si la clause d'indexation n'est pas déclenchée pour l'année concernée, l'année de comparaison utilisée pour le calcul de la variation de l'indice est l'année ayant déclenché la dernière clause d'indexation. Dans le cas où aucune indexation n'est jamais survenue, l'année de comparaison reste l'année 2018.

La clause de révision annuelle des honoraires limites de facturation des actes prothétiques concerne les actes qui ont atteint la valeur cible de leur honoraire limite de facturation.

En cas de revalorisation de l'honoraire limite de facturation, les partenaires conventionnels s'engagent à examiner la cohérence de l'articulation entre la base de remboursement et les honoraires limites de facturation pour chacun des actes.

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

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

- restaurations coronaires à hauteur de 48,5%
- actes d'endodontie à hauteur de 27%

- inlay-onlays à hauteur de 150%
- scellements de sillons à hauteur de 20%
- actes chirurgicaux sur dents temporaires à hauteur de 49%
- actes chirurgicaux sur dents définitives à hauteur de 16%

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 7.2 – Valorisation des actes conservateurs des tissus dentaires

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 7.3 - Autres mesures tarifaires

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

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

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

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

- Radio panoramique dentaire (HBQK002) passe à 20 euros et l'acte correspondant inscrit à la NGAP (passage à Z 15),

- Cone beam (LAQK027) passe à 69 euros.

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).

La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Si à l'issue de 9 mois de mise en œuvre, les partenaires conventionnels observent une modification substantielle des comportements des praticiens conduisant à un transfert d'au moins 8 % des actes réalisés en établissement vers les cabinets de ville, un supplément similaire de 100 € serait créé pour l'acte d'avulsions de trois troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe (HBGD021). Le montant du supplément pour l'avulsion de 4 troisièmes molaires serait quant à lui porté à 150 €.

En outre, les partenaires conventionnels proposent d'appliquer au tarif des consultations et visites réalisées aux Antilles une majoration identique à celle appliquée à La réunion, Mayotte et en Guyane, soit un tarif de 27,60€.

Article 7.4 – Groupe de travail

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

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

Article 7.5 - Evolution de la CCAM

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

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

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

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

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

Les partenaires signataires conviennent de la nécessité de faire évoluer et d'adapter les dispositions relatives à la CMU-C et de l'ACS.

Afin de tenir compte des évolutions de la CCAM, telles que définies à l'article 7.5 de la présente convention, et par ailleurs afin de valoriser la prise en charge par les chirurgiens-dentistes de cette catégorie de population, les partenaires signataires estiment qu'une réévaluation des tarifs maximum autorisés des actes pris en charge dans le cadre de la CMU-C et de l'ACS est nécessaire. Ils décident par conséquent de revaloriser les montants maximaux de ces actes, ceux-ci étant précisés en annexe XVIII à la convention nationale.

Ces montants annulent et remplacent ceux définis dans l'arrêté du 30 décembre 2017 modifiant l'arrêté du 19 avril 2017 modifiant l'arrêté du 30 mai 2006 modifié pris pour l'application des articles L. 162-9 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale et relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la protection complémentaire en matière de santé et l'arrêté du 27 décembre 2018 relatif aux conditions de prise en charge et à la tarification sociale sur les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale applicable aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé.

Ces montants entreraient en vigueur au 1^{er} avril 2019, sous réserve de la publication de dispositions réglementaires modifiant les actes pris en charge dans le cadre de la protection complémentaire en matière de santé.

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

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

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

Les parties signataires conviennent par ailleurs de suivre la montée en charge des actes du panier CMU-C et ACS. Un bilan sera réalisé au cours du 1^{er} trimestre 2020.

Ils s'accordent pour mettre en place un suivi particulier de la répartition, en termes de volume, des différents types de couronnes, et notamment la couronne céramique monolithique (zircone) au regard de leur localisation.

Les partenaires conventionnels conviennent de continuer à œuvrer au sein d'un groupe de travail conventionnel afin de permettre une simplification et une cohérence de l'ensemble des

dispositions améliorant l'accès aux soins prothétiques. Ce groupe de travail procédera également au suivi annuel de la patientèle CMU-C et ACS.

Titre II. – Renforcer la prévention et l'éducation sanitaire

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

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

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

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

Sous-Titre I – Dispositif de prévention en faveur des enfants, adolescents, et jeunes adultes

Article 9 - Les acteurs du dispositif

Article 9.1 - Les bénéficiaires

Le dispositif de prévention s'adresse :

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

Article 9.2 - Les professionnels concernés

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

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

Article 9.3 - Contenu du dispositif

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

Article 9.3.1 - Le contenu de l'examen de prévention

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

Cet examen comprend obligatoirement :

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

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

L'examen est complété, si nécessaire, par :

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

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

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

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

Les traitements orthodontiques et prothétiques sont exclus de ce dispositif.

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

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

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

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

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

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

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

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap, telles que définies à l'article 12.1 de la convention nationale, les partenaires conventionnels proposent la création d'un supplément de 23€ cumulable à la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire ainsi qu'à celle de l'examen avec la réalisation des radiographies. La grille d'éligibilité définie en annexe 20 doit obligatoirement être complétée par le praticien à la fin de chaque séance et pourra être remise au service médical de la caisse primaire à sa demande en cas de contrôle.

Cette mesure entrerait en vigueur à l'expiration du délai fixé à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Article 9.4 – Modalités pratiques

Dans le mois qui précède la date d'anniversaire de l'assuré ou de l'ayant droit, la caisse d'assurance maladie dont il relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré identifié accompagné d'un courrier d'invitation à l'examen de prévention, personnalisé en fonction de l'âge.

Le courrier d'invitation peut être adressé en son nom propre si l'adolescent/le jeune adulte est lui-même l'assuré ou à ses parents ou son représentant légal si l'adolescent est à leur charge.

Les soins de prévention bucco-dentaire peuvent être réalisés en accès spécifique. Pour bénéficier des avantages du dispositif, l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte consulte le chirurgien-dentiste de son choix, ou du choix de ses parents ou de son représentant légal, dans les 6 mois qui suivent la date d'anniversaire. Il présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge, pré identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

La facture de l'examen doit être télétransmise. En cas d'impossibilité, le praticien complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure « renseignements médicaux » est à conserver par le praticien dans le dossier du patient. Ces renseignements sont également portés par le praticien dans le carnet de santé.

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 cet examen et s'achever dans les 6 mois suivant la date de début des soins.

Article 9.5 – Engagements des parties

Article 9.5.1 - Les engagements du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste s'engage à :

- respecter les clauses du présent texte et à faire bénéficier ses patients des tarifs conventionnels comme prévu à la convention nationale sans l'usage des dépassements d'honoraires visés par la convention (DE et DP) ;
- permettre au patient d'accéder à l'ensemble des avantages prévus dans le dispositif ;
- informer son patient et son représentant légal, s'il est présent, de l'état bucco-dentaire constaté et, le cas échéant, du nombre de dents à traiter et de la nature des soins à engager, tout en précisant les priorités ;
- accompagner sa démarche de conseils d'hygiène et de prévention en soulignant l'intérêt d'un traitement précoce, d'un suivi régulier et de la continuité des soins ;
- participer à l'évaluation du dispositif en :
 - o conservant dans le dossier médical du patient les « renseignements médicaux » relatifs à l'examen de prévention et au programme de soins éventuels ;
 - o transmettant ces renseignements au service médical à sa demande ;

- répondant à toute enquête ou recueil d'informations réalisé selon les modalités définies entre les parties signataires et conformément aux modalités de suivi indiquées ci-après ;
- participer la campagne de prévention bucco-dentaire.

Article 9.5.2 Les engagements de l'UNCAM

L'UNCAM s'engage à :

- faire bénéficier les patients concernés par le dispositif de la procédure de dispense d'avance des frais pour l'examen de prévention et son complément radiologique éventuel ;
- honorer directement l'examen de prévention et son complément radiologique éventuel aux chirurgiens-dentistes ;
- mettre en place, en partenariat avec les syndicats signataires, une gestion active des bénéficiaires du dispositif de manière à les suivre au plus près et à les inciter à y participer ;
- accompagner, en partenariat avec les syndicats signataires, la mise en œuvre du dispositif de prévention de campagnes d'information destinées aux assurés, aux bénéficiaires potentiels et aux chirurgiens-dentistes ;
- restituer aux chirurgiens-dentistes dans le cadre des commissions paritaires conventionnelles les informations et analyses pertinentes résultant des évaluations ;
- émettre l'ordre de virement de la facturation dans un délai maximum de quinze jours à compter de la réception du support de facturation dûment complété ;
- en cas de support électronique, ce délai est ramené à cinq jours. »

Article 9.6 – Evaluation du dispositif

Article 9.6.1 – Les dispositions générales

Les Parties signataires considèrent que la procédure d'évaluation doit être réalisée dans trois domaines : médical, économique et social.

L'ensemble des acteurs étant amené à participer à cette évaluation dans ses trois composantes, les praticiens s'engagent en conséquence à répondre le plus efficacement possible à toute sollicitation des caisses ou des tiers habilités afin de faciliter cette démarche. En contrepartie, les caisses d'assurance maladie conviennent de mettre à disposition des chirurgiens-dentistes concernés les éléments analytiques d'évaluation du dispositif de prévention.

Article 9.6.2 - Le contenu des volets de l'évaluation

Les Parties signataires doivent recueillir les éléments principaux permettant de répondre aux objectifs suivants :

1. Domaine médical :

- nombre d'enfants ayant un besoin de soins/nombre total de bénéficiaires ayant eu un examen de prévention ;
- nombre de programmes de soins réalisés/nombre de programmes de soins proposés ;
- analyse du type d'actes prodigués au cours de l'examen de prévention ;
- analyse de l'indice CAO.

2. Domaine économique :

- suivi de l'indice CAO ;
- suivi du volume d'actes de soins conservateurs par cotation et par tranche d'âge.

3. Domaine social :

- impact de la mise en œuvre du dispositif sur l'activité des chirurgiens-dentistes ;
- impact de la mise en œuvre du dispositif sur le comportement des bénéficiaires (recours aux soins ou recours à l'examen par exemple) par tranche d'âge et par cible ;
- enquête de satisfaction auprès des chirurgiens-dentistes ;
- enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires et des assurés.

Article 9.7 – Modalités de suivi par les instances conventionnelles

Les partenaires conventionnels conviennent d'étudier l'application et le suivi du dispositif dans le cadre des instances conventionnelles.

Sous-Titre II – Dispositif de prévention des femmes enceintes

Article 10 - Les acteurs du dispositif

Article 10.1 - Les bénéficiaires

Les femmes enceintes ayant droit ou assurées sociales et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'Assurance Maladie au jour de l'examen bénéficiant du dispositif à compter du 4^{ème} mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement.

Article 10.2 - Les professionnels concernés

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

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

Article 10.3 - Le contenu de l'examen de prévention

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

L'examen comprend obligatoirement :

- une anamnèse avec une recherche des facteurs de risque associés : consommation de sodas, grignotage, tabac et autres addictions ;
- un examen bucco-dentaire pour les dents et l'ensemble des tissus de soutien de la dent afin de détecter la présence de pathologie comme la gingivite ;
- des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation à la santé bucco-dentaire comprenant une éducation à l'hygiène orale : méthode de brossage et fréquence ainsi que la bonne utilisation du fil dentaire si nécessaire, l'éducation à l'hygiène

alimentaire en raison des spécificités liés à l'âge, information sur l'étiologie et la prévention de la carie ;

- une information sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance : mesures d'hygiène nécessaires dès l'éruption des premières dents de l'enfant afin de sensibiliser la future mère bénéficiant du dispositif.

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

L'examen est complété, si nécessaire, par :

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

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

Article 10.4 – Les tarifs d'honoraires

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

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

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

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

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

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

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap, telles que définies à l'article 12.1 de la convention nationale, les partenaires conventionnels proposent la création d'un supplément de 23€ cumulable à la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire ainsi qu'à celle de l'examen avec la réalisation des radiographies. La grille d'éligibilité définie en annexe 20 doit obligatoirement être complétée par le praticien à la fin de chaque séance et pourra être remise au service médical de la caisse primaire à sa demande en cas de contrôle.

Cette mesure entrerait en vigueur à l'expiration du délai fixé à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Article 10.5 – Mise en œuvre du dispositif

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

Pour bénéficier des avantages du dispositif, la femme enceinte doit consulter le chirurgien-

dentiste de son choix, à compter de son 4^{ème} mois de grossesse et ce, jusqu'à 12 jours après l'accouchement. Elle présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge pré-identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

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

Article 10.6 – Evaluation et suivi du dispositif

Les parties signataires considèrent qu'une évaluation de ce dispositif doit être réalisée.

L'ensemble des acteurs étant amené à participer à cette évaluation, les praticiens s'engagent, en conséquence, à répondre le plus efficacement possible à toute sollicitation des caisses ou des tiers habilités afin de faciliter cette démarche. En contrepartie, les caisses d'assurance maladie conviennent de mettre à disposition des instances conventionnelles concernées les éléments analytiques d'évaluation du dispositif de prévention.

Les partenaires conventionnels conviennent, à ce titre, d'étudier l'application et le suivi du dispositif dans le cadre des instances conventionnelles nationale et départementales.

Un bilan annuel sera réalisé dans le cadre de l'observatoire conventionnel national, prévu à l'article 37.6 de la convention nationale.

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

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

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

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

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

Article 11.1 - Population concernée

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

Article 11.2 - Professionnels concernés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 12.1 - Patients concernés

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

Afin de faciliter l'identification des situations nécessitant une adaptation de prise en charge en santé bucco-dentaire et permettant au chirurgien-dentiste de bénéficier de ces mesures, une grille d'évaluation du comportement et de la coopération de ces patients au cours d'une

séance de soins dentaires est proposée en annexe 20. 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 valorisation prévues à l'article 12.2 sont applicables. La grille doit obligatoirement être complétée par le praticien à la fin de chaque séance réalisée avec un patient en situation de handicap sévère dès lors que le chirurgien-dentiste a rencontré une difficulté au cours de la séance. Elle pourra être remise au service médical de la caisse primaire à sa demande en cas de contrôle ou à des fins d'évaluation

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

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

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

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

Par ailleurs, les partenaires conventionnels souhaitent élargir le champ des actes pris en charge en faveur de ces patients.

Ils proposent donc la création d'un nouveau supplément pour les actes techniques réalisés en deux séances ou plus à hauteur de 200€ non cumulable avec le supplément YYYY183.

Ils proposent également la prise en charge d'une consultation bucco-dentaire complexe à hauteur de 46€.

Ces mesures entreraient en vigueur à l'expiration du délai fixé à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, et sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations visée à l'article L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale.

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

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

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

Le montant de ce supplément s'élèverait à 20 euros par séance. La liste des actes concernés par le supplément est précisée en annexe XVII. La liste des principes actifs des médicaments

est mise en ligne sur « ameli.fr ».

Cette mesure entrerait en vigueur au 1^{er} avril 2019.

Article 14 - Expérimentation de prise en charge globale de prévention

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

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

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

Article 15 - Parcours de prévention incitatif

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

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

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

Titre III : Modalités d'exercice conventionnel

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

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

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

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

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

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

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

Article 18 – Modalités d'exercice

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

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

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

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

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

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

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

Article 20 – Situation du remplaçant

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les chirurgiens-dentistes libéraux ou salariés, placés sous le régime de la présente convention, s'engagent à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de

leur profession et à maintenir leur activité dans des limites telles que les patients bénéficient de soins suivis, consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données acquises de la science.

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

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

Article 22 – Respect du libre choix

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

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

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

Article 23 - Documents ouvrant droit au remboursement des prestations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 24 – Rédaction des ordonnances

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

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

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

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

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

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

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

Article 25 – Facturation des honoraires

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

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

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

Article 25.1 – Document de facturation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 26 – Mode de fixation des honoraires

Article 26.1 – Principe

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

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

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

Article 26.2 – Entente directe et honoraires limites de facturation

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

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

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

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

Article 26.3 – Dépassements

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

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

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

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

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

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

Article 26.4 – Devis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le modèle de devis est établi en annexe 14 du présent texte accompagné d'une fiche explicative.

Les partenaires conventionnels poursuivront les travaux engagés par le groupe de travail visant à proposer conjointement aux éditeurs de logiciels la mise en place d'une aide au remplissage de la partie du devis relative à l'information sur les alternatives thérapeutiques.

Article 27 - Droit permanent à dépassement (DP)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 28.3 – Tiers payant et EBD

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

Article 28.4 – Autres tiers payant

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 30.1 - Principe de télétransmission des feuilles de soins électroniques

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

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

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

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

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

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

Article 30.3 - L'utilisation de la carte vitale

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

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

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

Article 30.4 - Les règles de télétransmission de la facturation

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

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

Article 30.4.2 - Equipement informatique du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste met en œuvre les moyens nécessaires :

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

Article 30.4.3 - Liberté de choix du réseau

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 30.5.1 - Etablissement des FSE

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

Article 30.5.2- Délai de transmission des FSE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 31 - Les autres procédures de facturation

Article 31.1 - La feuille de soins SESAM « dégradé »

Article 31.1.1 - Procédure exceptionnelle

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

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

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

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

Le chirurgien-dentiste adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives de la transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé » (feuille de soins sous forme papier). Les feuilles de soins SESAM « dégradé » n'ouvrent pas droit à la garantie de paiement prévue à l'article 30.5.4 et ne rentrent pas dans le calcul du taux de télétransmission défini à l'article 32.

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

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

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

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

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

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

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

Article 31.3 - Le déploiement de la norme NOEMIE 580

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les téléservices suivants sont d'ores et déjà disponibles :

- Services en support des tâches et démarches administratives

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

- La prescription d'arrêt de travail en ligne

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

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

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

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

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

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

Ces critères sont les suivants :

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

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

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

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

Titre V - Dispositions sociales

Article 33 - Participation de l'Assurance Maladie au Régime des Prestations Complémentaires Vieillesse

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

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

Article 34 - Avantages Complémentaires de Vieillesse

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

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

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

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

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

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

A compter de 2020, pour les cotisations portant sur les revenus 2019 des praticiens, la formule de calcul du taux URSSAF sera la suivante :

Taux URSSAF = (dépassements – montants remboursés forfaits CMU – entente directe ACS) / (montants remboursables actes + montants remboursés forfaits CMU + entente directe ACS).

Cette dernière formule permet d'intégrer les dépassements plafonnés du périmètre CMU-C et ACS dans l'assiette de participation des caisses. A compter du 1^{er} novembre 2019 et de l'entrée en vigueur des évolutions réglementaires concernant la mise en œuvre de la CMU-C contributive, dispositif fusionnant la CMUC et l'ACS, cette dernière formule de calcul du taux URSSAF n'est pas remise en cause mais implique un changement sémantique, il y aura alors lieu de considérer la formule de calcul suivante :

$$\text{Taux URSSAF} = (\text{dépassements} - \text{montants remboursés forfaits CMU-C contributive}) / (\text{montants remboursables actes} + \text{montants remboursés forfaits CMU-C contributive}).$$

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

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

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

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

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

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

La participation des caisses est calculée selon la formule suivante :

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

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

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

Titre VI : Vie conventionnelle

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

Article 36.1- La durée de la convention

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

Article 36.2 - Les modalités de notification et d'adhésion

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

a. Notification

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

b. Modalités d'adhésion

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

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

c. Modalités de rupture d'adhésion

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

de réception de son courrier par la caisse primaire d'assurance maladie. Le chirurgien-dentiste reste autorisé à formuler à tout moment une nouvelle demande d'adhésion.

Article 36.3 – La résiliation de la convention

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

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

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

Article 37 – Instances conventionnelles

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

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

Article 37.1 – La commission paritaire nationale (CPN)

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

Article 37.1.1 – Composition

La CPN est composée pour moitié :

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

Chaque section désigne son président.

a. Composition en formation plénière :

Section professionnelle

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

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

Section sociale

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

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

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

Siège également dans cette formation, avec voix délibérative, 1 représentant de l'UNOCAM. Pour les délibérations de la CPN composée en formation plénière et pour lesquelles l'UNOCAM participe aux votes, le président de la section professionnelle dispose de 2 voix.

b. Composition en formation restreinte :

Section professionnelle

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

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

Section sociale

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

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

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

c. Composition en « formation chirurgiens-dentistes »

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

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

Article 37.1.2 – Missions

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

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

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

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

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

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

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

Article 37.2 - Commission paritaire régionale (CPR)

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

Celle-ci est composée pour moitié :

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

Article 37.2.1 – Composition

Section professionnelle

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

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

Section sociale

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

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

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

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

Composition en « formation chirurgiens-dentistes »

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

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

Article 37.2.2 – Missions

La commission paritaire régionale est chargée notamment des missions suivantes :

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

- elle suit l'évolution régionale des dépenses de santé en rapport avec les actes dentaires et analyse ces dépenses au regard des besoins de santé de la population ;
- elle met en place des actions d'information et/ou de sensibilisation des professionnels, actions qui seront relayées par les caisses ;
- elle informe régulièrement de ses travaux la CPN, qui fait le lien avec l'observatoire national sur ces sujets.

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

Article 37.3 – Commission paritaire départementale (CPD)

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

Celle-ci est composée pour moitié :

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

Article 37.3.1 – Composition

Section professionnelle

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

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

Section sociale

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

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

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

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

Composition en « formation chirurgiens-dentistes »

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

- de la section professionnelle telle que décrite supra ;

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

Article 37.3.2 – Missions

La commission paritaire départementale est chargée notamment des missions suivantes :

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

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

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

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

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

Elles adoptent un règlement intérieur reprenant *a minima* le règlement type défini en annexe 15, qui précise notamment les règles de convocations aux réunions de fixation de l'ordre du

jour, de quorum et les procédures de vote. Dans le cas où un règlement intérieur ne serait pas adopté par la commission, le ou les règlements types en annexe de la convention doivent s'appliquer tels quels.

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

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

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

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

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

Les représentants des syndicats signataires, membres de la section professionnelle, perçoivent une indemnité sur la base de 12 C par réunion et une indemnité de déplacement. Les mêmes dispositions s'appliquent aux chirurgiens-dentistes qui participent aux groupes de travail créés par les instances conventionnelles.

Article 37.5 - Comité technique paritaire permanent national (CTPPN)

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

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

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

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

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

Article 37.6 - Observatoire conventionnel national

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

- de la démographie des chirurgiens-dentistes et l'évaluation de la portée du dispositif d'amélioration de l'offre de soins et des conditions d'exercice des chirurgiens-dentistes

- exerçant dans ces zones,
- de l'évolution des dépenses dentaires,
 - de l'évaluation des mesures conventionnelles innovantes, dans leurs aspects médico-économiques, juridiques ou financiers,
 - du dispositif de rééquilibrage de l'activité dentaire introduit par l'article 4 de la présente convention.

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

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

Article 38 - Non-respect des dispositions conventionnelles

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

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

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

Article 38.1 – De l'examen des cas de manquement

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

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

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

- le non-respect de façon répétée des dispositions conventionnelles arrêtées en matière de prévention bucco-dentaire.

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

Article 38.2 – Procédure de sanction

Article 38.2.1 – Procédure préalable d'avertissement

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

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

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

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

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

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

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

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

Le chirurgien-dentiste dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception du relevé de constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles par lettre recommandée avec accusé de réception et/ou être entendu à sa demande par le directeur de la

CPAM de rattachement ou son représentant. A cette occasion, le chirurgien-dentiste peut se faire assister par un avocat et/ou un confrère de son choix.

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

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

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

Article 38.2.3 – Examen par la commission paritaire départementale

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

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

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

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

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

L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les quinze jours suivant la réunion de la CPD dans la formation retenue (plénière ou « chirurgiens-dentistes ») au

Président et au Vice-Président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les sept jours suivant sa réception. A l'issue de ces délais l'avis de la CPD dans la formation retenue (plénière ou « chirurgiens-dentistes ») est réputé rendu.

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

Article 38.3 – Les mesures encourues

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 38.5 - Les dispositions communes

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

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

Article 38.6 - Procédure exceptionnelle de déconventionnement

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

Cette suspension provisoire ne peut excéder trois mois.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE I : TARIFS

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

Tarifs en euros	Départements métropolitains	Antilles	Réunion, Guyane, Mayotte
Consultation du chirurgien-dentiste omnipraticien et spécialiste	23,00	27,60	27,60
Visite du chirurgien-dentiste omnipraticien et spécialiste	23,00	27,60	27,60
TO (Traitement d'Orthodontie)	2,15	2,15	2,15
Z	1,33	1,33	1,33
Majoration du dimanche ou jour férié**	19,06	19,06	19,06
Majoration de nuit	25,15	25,15	25,15
Indemnité forfaitaire de déplacement	2,74	2,74	2,74
Valeur de l'indemnité kilométrique			
Plaine	0,61	0,65	0,69*
Montagne	0,91	0,97	1,02*
A pied-à ski	4,57	4,88	4,88

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

**hors majorations spécifiques pour la permanence des soins dentaires

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

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

Codes	Coefficients de majoration	Codes	Coefficients de majoration	Codes	Coefficients de majoration
GBBA002	1,077	HBGD122	1,077	HBGD263	1,077
GBBA364	1,077	HBGD028	1,077	HBGD280	1,077
HBLD053	1,079	HBGD126	1,077	HBGD093	1,077
HBLD051	1,079	HBGD062	1,077	HBGD362	1,077
LBGD001	1,077	HBGD430	1,077	HBGD054	1,077
HBED001	1,079	HBGD372	1,077	HBGD111	1,077
HBED003	1,079	HBGD148	1,077	HBGD174	1,077
HBED021	1,079	HBGD014	1,077	HBGD057	1,077
HBED022	1,077	HBGD015	1,077	HBGD133	1,077
HBLD045	1,079	HBGD145	1,077	HBGD123	1,077
HBBD005	1,079	HBGD416	1,077	HBGD468	1,077
HBBD006	1,079	HBGD459	1,077	HBGD282	1,077
HBBD007	1,079	HBGD386	1,077	HBGD201	1,077
HBBD004	1,079	HBGD279	1,077	HBGD042	1,077
HBBD039	1,079	HBGD199	1,077	HBGD026	1,077
HBBD404	1,079	HBGD385	1,077	HBGD036	1,077
HBBD098	1,079	HBGD359	1,077	HBGD043	1,077
HBBD427	1,079	HBGD047	1,077	HBGD319	1,077
HBJD001	1,079	HBGD492	1,077	HBGD489	1,077
HBFD010	1,079	HBGD316	1,077	HBGD497	1,077
HBMD351	1,079	HBGD117	1,077	HBGD106	1,077
HBMD460	1,079	HBGD181	1,077	HBGD076	1,077
HBMD058	1,079	HBGD210	1,077	HBGD422	1,077
HBMD050	1,079	HBGD018	1,077	HBGD420	1,077
HBMD054	1,079	HBGD004	1,077	HBGD064	1,077
HBMD044	1,079	HBGD025	1,077	HBGD356	1,077
HBMD047	1,079	HBGD021	1,077	HBGD146	1,077
HBMD053	1,079	HBGD038	1,077	HBGD382	1,077
HBMD049	1,079	HBGD044	1,077	HBGD247	1,077
HBMD038	1,079	HBGD322	1,077	HBGD197	1,077
HBMD042	1,079	HBGD160	1,077	HBGD333	1,077
HBFD006	1,079	HBGD403	1,077	HBGD261	1,077
HBFD017	1,079	HBGD300	1,077	HBGD499	1,077
HBFD019	1,079	HBGD358	1,077	HBGD461	1,077
HBFD033	1,079	HBGD003	1,077	HBGD278	1,077
HBFD021	1,079	HBGD402	1,077	HBGD258	1,077
HBFD035	1,079	HBGD281	1,077	HBGD311	1,077
HBFD008	1,079	HBGD171	1,077	HBGD235	1,077
HBFD015	1,079	HBGD016	1,077	HBGD374	1,077
HBFD474	1,079	HBGD466	1,077	HBGD475	1,077
HBFD458	1,079	HBGD299	1,077	HBGD285	1,077

HBFD395	1,079	HBGD102	1,077	HBGD338	1,077
HBFD326	1,079	HBGD159	1,077	HBGD193	1,077
HBFD150	1,079	HBGD465	1,077	HBGD345	1,077
HBFD001	1,079	HBGD017	1,077	HBGD414	1,077
HBFD297	1,079	HBGD190	1,077	HBGD245	1,077
HBFD003	1,079	HBGD397	1,077	HBGD283	1,077
HBFD024	1,079	HBGD080	1,077	LBLD270	1,077
HBBD003	1,079	HBMD019	1,077	LBLD143	1,077
HBBD234	1,079	HBGB005	1,077	LBLD235	1,077
HBBD001	1,079	HBGB003	1,077	LBLD311	1,077
HBBD002	1,079	HBGB002	1,077	LBLD214	1,077
HBPD002	1,077	HBGB004	1,077	LBLD034	1,077
HBPA001	1,077	HBPD001	1,077	HBGD035	1,077
HBGD037	1,077	HBGD309	1,077	HBGD284	1,077
HBGD065	1,077	HBFA007	1,077	LBLD057	1,077
HBGD022	1,077	HBED023	1,077	LAPB451	1,077
HBGD034	1,077	HBED024	1,077	LAPB311	1,077
HBGD287	1,077	HBBA003	1,077	LAPB459	1,077
HBGD078	1,077	HBBA002	1,077	LAPB408	1,077
HBGD060	1,077	HBBA004	1,077	LAPB002	1,077
HBGD312	1,077	HBJB001	1,077	LAPB004	1,077
HBGD142	1,077	HBMA001	1,077	LAPB003	1,077
HBGD231	1,077	LBLD075	1,077	LAPB001	1,077
HBGD349	1,077	LBLD066	1,077	LAPB005	1,077
HBGD067	1,077	LBLD281	1,077	LAPB006	1,077
HBGD418	1,077	LBLD117	1,077	LAPB007	1,077
HBGD441	1,077	LBLD015	1,077	LAPB047	1,077
HBGD105	1,077	LBLD010	1,077	LAPB030	1,077
HBGD191	1,077	LBLD013	1,077	LAPB122	1,077
HBGD262	1,077	LBLD004	1,077	LBGA280	1,077
HBGD031	1,077	LBLD020	1,077	LBGA441	1,077
HBGD032	1,077	LBLD025	1,077	LBGA354	1,077
HBGD415	1,077	LBLD026	1,077	LBGA049	1,077
HBGD169	1,077	LBLD038	1,077	LBGA004	1,077
HBGD039	1,077	LBLD200	1,077	LBGA003	1,077
HBGD002	1,077	LBLD294	1,077	LBGA002	1,077
HBGD453	1,077	LBLD019	1,077	LBGA006	1,077
HBGD218	1,077	LBLD073	1,077	LBGA007	1,077
HBGD480	1,077	LBLD086	1,077	LBGA008	1,077
HBGD206	1,077	LBLD193	1,077	LBGA009	1,077
HBGD396	1,077	LBLD447	1,077	LBGA139	1,077
HBGD113	1,077	HBGD462	1,077	LBGA052	1,077
HBGD438	1,077	HBGD464	1,077	LBGA168	1,077

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

(a) du 1^{er} avril 2019 au 31 décembre 2019, le choix du code CCAM à utiliser pour facturer les inlay-cores et les couronnes transitoires s'effectue uniquement en fonction du type de couronne définitive réalisé. Les mentions « sans reste à charge », « entente directe limitée » et « tarif libre » précisées dans les libellés de ces actes ne sont effectives qu'à compter du 1^{er} janvier 2020.

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
GBBA002	Comblement préimplantaire sousmuqueux du sinus maxillaire	1	0	240,35					
GBBA002	Comblement préimplantaire sousmuqueux du sinus maxillaire	4	0	109,34					
GBBA002	Comblement préimplantaire sousmuqueux unilatéral du sinus maxillaire	1	0		240,35	240,35	240,35	240,35	240,35
GBBA002	Comblement préimplantaire sousmuqueux unilatéral du sinus maxillaire	4	0		109,34	109,34	109,34	109,34	109,34
GBBA364	Comblement préimplantaire sousmuqueux bilatéral du sinus maxillaire	1	0		360,53	360,53	360,53	360,53	360,53
GBBA364	Comblement préimplantaire sousmuqueux bilatéral du sinus maxillaire	4	0		109,34	109,34	109,34	109,34	109,34
HBQK389	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües	1	0	7,98	7,98	7,98	7,98	7,98	7,98
HBQK191	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 2 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	15,96	15,96	15,96	15,96	15,96	15,96
HBQK331	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 3 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	23,94	23,94	23,94	23,94	23,94	23,94
HBQK443	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 4 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	31,92	31,92	31,92	31,92	31,92	31,92
HBQK428	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 5 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	39,90	39,90	39,90	39,90	39,90	39,90
HBQK480	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 6 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	47,88	47,88	47,88	47,88	47,88	47,88

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBQK430	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 7 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	55,86	55,86	55,86	55,86	55,86	55,86
HBQK142	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 8 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	63,84	63,84	63,84	63,84	63,84	63,84
HBQK046	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 9 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	71,82	71,82	71,82	71,82	71,82	71,82
HBQK065	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 10 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	79,80	79,80	79,80	79,80	79,80	79,80
HBQK424	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 11 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	87,78	87,78	87,78	87,78	87,78	87,78
HBQK476	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 12 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	95,76	95,76	95,76	95,76	95,76	95,76
HBQK093	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 13 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	103,74	103,74	103,74	103,74	103,74	103,74
HBQK041	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 14 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	111,72	111,72	111,72	111,72	111,72	111,72
HBQK002	Radiographie panoramique dentomaxillaire	1	0	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
HBQK001	Radiographie pelvibuccale [occlusale]	1	0	7,98	7,98	7,98	7,98	7,98	7,98
LBQP001	Enregistrement des rapports maxillo-mandibulaires en vue de la programmation d'un articulateur	1	0	32,64	32,64	32,64	32,64	32,64	32,64
LBMP001	Simulation des objectifs thérapeutiques sur moulages des arcades dentaires et/ou sur logiciel	1	0	97,92	97,92	97,92	97,92	97,92	97,92
HBQD001*	Bilan parodontal Exploration du parodonte par sondage pour dépistage d'une maladie parodontale, étude de l'indice de plaque <i>Facturation : prise en charge limitée aux patients en ALD pour diabète</i>	1	0	Non pris en charge	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBLD053	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire par attelle métallique coulée et collée, sur 1 à 6 dents	1	0	96,40	96,40	96,40	96,40	96,40	96,40
HBLD051	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire par attelle métallique coulée et collée, sur 7 dents ou plus	1	0	96,40	96,40	96,40	96,40	96,40	96,40
LBGD001	Ablation de moyen de contention maxillaire et/ou mandibulaire intrabuccal	1	0	41,80	41,80	41,80	41,80	41,80	41,80
HBED001	Réimplantation d'1 dent permanente expulsée	1	0	96,40	96,40	96,40	96,40	96,40	96,40
HBED003	Réimplantation de 2 dents permanentes expulsées	1	0	192,80	192,80	192,80	192,80	192,80	192,80
HBED021	Réimplantation de 3 dents permanentes expulsées, ou plus	1	0	289,20	289,20	289,20	289,20	289,20	289,20
HBED022	Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement	1	0	209,00	209,00	209,00	209,00	209,00	209,00
HBLD045	Application de vernis fluoré sur les 2 arcades dentaires	1	0	Non pris en charge	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent	1	0	21,69	21,69	21,69	21,69	21,69	26,03
HBBD006	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents	1	0	43,38	43,38	43,38	43,38	43,38	52,06
HBBD007	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents	1	0	65,07	65,07	65,07	65,07	65,07	78,08
HBBD004	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents	1	0	86,76	86,76	86,76	86,76	86,76	104,11
HBBD039	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents	1	0	108,45	108,45	108,45	108,45	108,45	119,30
HBBD404	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents	1	0	130,14	130,14	130,14	130,14	130,14	143,15
HBBD098	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents	1	0	151,83	151,83	151,83	151,83	151,83	167,01
HBBD427	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents	1	0	173,52	173,52	173,52	173,52	173,52	190,87

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBJD001	Détartrage et polissage des dents	1	0	28,92	28,92	28,92	28,92	28,92	28,92
HBFD010**	Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct	1	0	Non pris en charge	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00
HBMD043	Restauration d'une dent sur 1 face par matériau incrusté [inlay-onlay]	1	0	19,28	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBMD046	Restauration d'une dent sur 2 faces par matériau incrusté [inlay-onlay]	1	0	33,74	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBMD055	Restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay]	1	0	40,97	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBMD351**	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux	1	0		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
HBMD460**	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux	1	0		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	1	0	19,28	25,06	26,97	27,60	29,30	29,30
HBMD050	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	1	0	33,74	42,00	45,38	46,50	50,00	50,00
HBMD054	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	1	0	40,97	53,00	60,95	63,60	65,50	65,50
HBMD044	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	1	0	43,00	53,00	60,95	63,60	65,50	65,50
HBMD047	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	1	0	86,00	86,00	92,45	94,60	94,60	94,60
HBMD053	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	1	0	19,28	25,06	26,97	27,60	29,30	29,30
HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	1	0	33,74	42,00	45,38	46,50	50,00	50,00

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBMD038	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	1	0	40,97	53,00	60,95	63,60	65,50	65,50
HBMD042	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire	1	0	79,53	92,00	98,00	100,00	100,00	100,00
HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire	1	0	16,87	23,00	23,00	23,00	23,00	23,00
HBFD017	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire	1	0	33,74	33,74	33,74	40,00	40,00	40,00
HBFD019	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire	1	0	81,94	81,94	81,94	100,00	100,00	100,00
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente	1	0	33,74	33,74	33,74	40,00	40,00	40,00
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire	1	0	48,20	48,20	48,20	61,00	61,00	61,00
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire	1	0	48,20	48,20	48,20	61,00	61,00	61,00
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente	1	0	81,94	81,94	81,94	100,00	100,00	100,00
HBFD015	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire	1	0	33,74	33,74	33,74	47,00	47,00	47,00
HBFD474	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire	1	0	81,94	81,94	81,94	110,00	110,00	110,00
HBFD458	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature	1	0	33,74	33,74	33,74	47,00	47,00	47,00
HBFD395	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature	1	0	48,20	48,20	48,20	68,00	68,00	68,00
HBFD326	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire	1	0	48,20	48,20	48,20	68,00	68,00	68,00
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature	1	0	81,94	81,94	81,94	110,00	110,00	110,00
HBFD001	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente	1	0	33,74	33,74	33,74	47,00	47,00	47,00
HBFD297	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire	1	0	48,20	48,20	48,20	68,00	68,00	68,00

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBFD003	Exérèse du contenu canalair non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire	1	0	48,20	48,20	48,20	68,00	68,00	68,00
HBFD024	Exérèse du contenu canalair non vivant d'une molaire permanente	1	0	81,94	81,94	81,94	110,00	110,00	110,00
HBBD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification	1	0	33,74	33,74	33,74	47,00	47,00	47,00
HBBD234	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification	1	0	48,20	48,20	48,20	68,00	68,00	68,00
HBBD001	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification	1	0	48,20	48,20	48,20	68,00	68,00	68,00
HBBD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification	1	0	81,94	81,94	81,94	105,00	105,00	105,00
HBPD002	Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal	1	0	104,50	104,50	104,50	104,50	104,50	104,50
HBPA001	Dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau	1	0	146,30	146,30	146,30	146,30	146,30	146,30
HBPD001	Dégagement de plusieurs dents retenues ou incluses avec pose de dispositif de traction orthodontique	1	0	156,75	156,75	156,75	156,75	156,75	156,75
HBGD035	Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade	1	0	16,72	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00
HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade	1	0	25,08	30,00	30,00	30,00	30,00	37,00
HBGD309	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade	1	0	33,44	33,44	33,44	33,44	33,44	49,00
HBGD284	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade	1	0	41,80	41,80	41,80	41,80	41,80	61,00
HBGD065	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade	1	0	50,16	50,16	50,16	50,16	50,16	73,00
HBGD462	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade	1	0	58,52	58,52	58,52	58,52	58,52	85,00
HBGD464	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade	1	0	66,88	66,88	66,88	66,88	66,88	95,00
HBGD263	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade	1	0	75,24	75,24	75,24	75,24	75,24	105,00
HBGD280	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60	115,00
HBGD093	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade	1	0	91,96	91,96	91,96	91,96	91,96	125,00
HBGD362	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade	1	0	100,32	100,32	100,32	100,32	100,32	135,00

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBGD054	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade	1	0	108,68	108,68	108,68	108,68	108,68	145,00
HBGD111	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade	1	0	117,04	117,04	117,04	117,04	117,04	155,00
HBGD174	Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade	1	0	125,40	125,40	125,40	125,40	125,40	165,00
HBGD057	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade	1	0	133,76	133,76	133,76	133,76	133,76	175,00
HBGD133	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade	1	0	142,12	142,12	142,12	142,12	142,12	185,00
HBGD123	Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade	1	0	150,48	150,48	150,48	150,48	150,48	190,00
HBGD468	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade	1	0	158,84	158,84	158,84	158,84	158,84	195,00
HBGD282	Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade	1	0	167,20	167,20	167,20	167,20	167,20	200,00
HBGD201	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade	1	0	175,56	175,56	175,56	175,56	175,56	205,00
HBGD042	Avulsion d'1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60
HBGD026	Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses	1	0	125,40	125,40	125,40	125,40	125,40	125,40
HBGD036	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie	1	0	33,44	33,44	33,44	33,44	33,44	39,00
HBGD043	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	50,16	50,16	50,16	50,16	50,16	57,00
HBGD319	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	66,88	66,88	66,88	66,88	66,88	75,00
HBGD489	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60	93,00
HBGD497	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	100,32	100,32	100,32	100,32	100,32	108,00
HBGD106	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	117,04	117,04	117,04	117,04	117,04	123,00
HBGD076	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	133,76	133,76	133,76	133,76	133,76	138,00
HBGD422	Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	150,48	150,48	150,48	150,48	150,48	153,00
HBGD420	Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	167,20	167,20	167,20	167,20	167,20	168,00
HBGD064	Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	183,92	183,92	183,92	183,92	183,92	183,00
HBGD356	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	200,64	200,64	200,64	200,64	200,64	200,64
HBGD146	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	217,36	217,36	217,36	217,36	217,36	217,36
HBGD382	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	234,08	234,08	234,08	234,08	234,08	234,08
HBGD247	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	250,80	250,80	250,80	250,80	250,80	250,80
HBGD197	Avulsion de 15 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie	1	0	267,52	267,52	267,52	267,52	267,52	267,52
HBGD333	Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie	1	0	284,24	284,24	284,24	284,24	284,24	284,24
HBGD261	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	300,96	300,96	300,96	300,96	300,96	300,96
HBGD499	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	317,68	317,68	317,68	317,68	317,68	317,68
HBGD461	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	334,40	334,40	334,40	334,40	334,40	334,40

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBGD278	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	351,12	351,12	351,12	351,12	351,12	351,12
HBGD258	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	367,84	367,84	367,84	367,84	367,84	367,84
HBGD311	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	384,56	384,56	384,56	384,56	384,56	384,56
HBGD235	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	401,28	401,28	401,28	401,28	401,28	401,28
HBGD374	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	418,00	418,00	418,00	418,00	418,00	418,00
HBGD475	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	434,72	434,72	434,72	434,72	434,72	434,72
HBGD285	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	451,44	451,44	451,44	451,44	451,44	451,44
HBGD338	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	468,16	468,16	468,16	468,16	468,16	468,16
HBGD193	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	484,88	484,88	484,88	484,88	484,88	484,88
HBGD345	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	501,60	501,60	501,60	501,60	501,60	501,60
HBGD414	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	518,32	518,32	518,32	518,32	518,32	518,32
HBGD245	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	535,04	535,04	535,04	535,04	535,04	535,04
HBGD283	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	551,76	551,76	551,76	551,76	551,76	551,76
HBGD022	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie	1	0	33,44	33,44	33,44	33,44	33,44	43,00
HBGD034	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0	50,16	50,16	50,16	50,16	50,16	61,00
HBGD287	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0	66,88	66,88	66,88	66,88	66,88	79,00
HBGD078	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0		83,60	83,60	83,60	83,60	83,60
HBGD060	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0		100,32	100,32	100,32	100,32	100,32
HBGD312	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0		117,04	117,04	117,04	117,04	117,04
HBGD142	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0		133,76	133,76	133,76	133,76	133,76
HBGD231	Avulsion de 8 dents à 10 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0		167,20	167,20	167,20	167,20	167,20
HBGD349	Avulsion de 11 dents à 13 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0		217,36	217,36	217,36	217,36	217,36
HBGD067	Avulsion de 14 dents à 16 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0		267,52	267,52	267,52	267,52	267,52

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBGD418	Avulsion de 17 dents à 19 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0		317,68	317,68	317,68	317,68	317,68
HBGD441	Avulsion de 20 dents à 22 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0		367,84	367,84	367,84	367,84	367,84
HBGD105	Avulsion de 23 dents à 25 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0		418,00	418,00	418,00	418,00	418,00
HBGD191	Avulsion de 26 dents à 28 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0		468,16	468,16	468,16	468,16	468,16
HBGD262	Avulsion de 29 dents à 32 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0		526,68	526,68	526,68	526,68	526,68
HBGD031	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines	1	0	33,44	33,44	33,44	33,44	33,44	43,00
HBGD032	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines	1	0	50,16	50,16	50,16	50,16	50,16	61,00
HBGD415	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines	1	0		66,88	66,88	66,88	66,88	66,88
HBGD169	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines	1	0		83,60	83,60	83,60	83,60	83,60
HBGD039	Avulsion d'1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	1	0	33,44	33,44	33,44	33,44	33,44	43,00
HBGD002	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	1	0	50,16	50,16	50,16	50,16	50,16	50,16
HBGD453	Avulsion de 3 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	1	0		66,88	66,88	66,88	66,88	66,88
HBGD218	Avulsion de 4 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	1	0		83,60	83,60	83,60	83,60	83,60
HBGD480	Avulsion de 5 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	1	0		100,32	100,32	100,32	100,32	100,32
HBGD206	Avulsion de 6 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	1	0		117,04	117,04	117,04	117,04	117,04

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBGD396	Avulsion de 7 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	1	0		133,76	133,76	133,76	133,76	133,76
HBGD113	Avulsion de 8 dents à 10 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	1	0		167,20	167,20	167,20	167,20	167,20
HBGD438	Avulsion de 11 dents à 13 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	1	0		217,36	217,36	217,36	217,36	217,36
HBGD122	Avulsion de 14 dents à 16 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	1	0		267,52	267,52	267,52	267,52	267,52
HBGD028	Avulsion d'une incisive permanente retenue ou à l'état de germe	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60
HBGD126	Avulsion de 2 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0		125,40	125,40	125,40	125,40	125,40
HBGD062	Avulsion de 3 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0		167,20	167,20	167,20	167,20	167,20
HBGD430	Avulsion de 4 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0		209,00	209,00	209,00	209,00	209,00
HBGD372	Avulsion de 5 à 6 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0		271,70	271,70	271,70	271,70	271,70
HBGD148	Avulsion de 7 à 8 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0		355,30	355,30	355,30	355,30	355,30
HBGD014	Avulsion d'1 canine permanente retenue ou à l'état de germe	1	0	104,50	104,50	104,50	104,50	104,50	104,50
HBGD015	Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0	156,75	156,75	156,75	156,75	156,75	156,75
HBGD145	Avulsion de 3 canines permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0		209,00	209,00	209,00	209,00	209,00
HBGD416	Avulsion de 4 canines permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0		261,25	261,25	261,25	261,25	261,25
HBGD459	Avulsion d'1 prémolaire retenue ou à l'état de germe	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60
HBGD386	Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe	1	0	125,40	125,40	125,40	125,40	125,40	125,40
HBGD279	Avulsion de 3 prémolaires retenues ou à l'état de germe	1	0		167,20	167,20	167,20	167,20	167,20
HBGD199	Avulsion de 4 prémolaires retenues ou à l'état de germe	1	0		209,00	209,00	209,00	209,00	209,00
HBGD385	Avulsion de 5 à 6 prémolaires retenues ou à l'état de germe	1	0		271,70	271,70	271,70	271,70	271,70
HBGD359	Avulsion de 7 à 8 prémolaires retenues ou à l'état de germe	1	0		355,30	355,30	355,30	355,30	355,30
HBGD047	Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60	96,14
HBGD492	Avulsion de 2 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0		125,40	125,40	125,40	125,40	125,40

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBGD316	Avulsion de 3 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0		167,20	167,20	167,20	167,20	167,20
HBGD117	Avulsion de 4 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0		209,00	209,00	209,00	209,00	209,00
HBGD181	Avulsion de 5 à 6 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0		271,70	271,70	271,70	271,70	271,70
HBGD210	Avulsion de 7 à 8 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0		355,30	355,30	355,30	355,30	355,30
HBGD018	Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60	96,14
HBGD004	Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60	96,14
HBGD025	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	1	0	125,40	125,40	125,40	125,40	125,40	144,21
HBGD021	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	1	0	167,20	167,20	167,20	167,20	167,20	192,28
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	1	0	209,00	209,00	209,00	209,00	209,00	240,35
HBGD044	Avulsion d'1 dent à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse	1	0	41,80	41,80	41,80	41,80	41,80	41,80
HBGD322	Avulsion de 2 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse	1	0		62,70	62,70	62,70	62,70	62,70
HBGD160	Avulsion de 3 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse	1	0		83,60	83,60	83,60	83,60	83,60
HBGD403	Avulsion de 4 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse	1	0		104,50	104,50	104,50	104,50	104,50
HBGD300	Avulsion d'une dent en désinclusion avec couronne sous muqueuse en position palatine ou linguale	1	0		104,50	104,50	104,50	104,50	104,50
HBGD358	Avulsion de 2 dents en désinclusion avec couronnes sous muqueuses en position palatine et/ou linguale	1	0		156,75	156,75	156,75	156,75	156,75
HBGD003	Avulsion d'1 odontoïde inclus ou d'1 dent surnuméraire à l'état de germe	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBGD402	Avulsion de 2 odontoïdes inclus ou de 2 dents surnuméraires à l'état de germe	1	0		125,40	125,40	125,40	125,40	125,40
HBGD281	Avulsion de 3 odontoïdes inclus ou de 3 dents surnuméraires à l'état de germe	1	0		167,20	167,20	167,20	167,20	167,20
HBGD171	Avulsion de 4 odontoïdes inclus ou de 4 dents surnuméraires à l'état de germe	1	0		209,00	209,00	209,00	209,00	209,00
HBGD040	Avulsion de plusieurs dents surnuméraires à l'état de germe ou de plusieurs odontoïdes	1	0	125,40	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBGD016	Avulsion d'1 racine incluse	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60
HBGD466	Avulsion de 2 racines incluses	1	0		125,40	125,40	125,40	125,40	125,40
HBGD299	Avulsion de 3 racines incluses	1	0		167,20	167,20	167,20	167,20	167,20
HBGD102	Avulsion de 4 racines incluses	1	0		209,00	209,00	209,00	209,00	209,00
HBGD159	Avulsion de 5 racines incluses	1	0		250,80	250,80	250,80	250,80	250,80
HBGD465	Avulsion de 6 racines incluses	1	0		292,60	292,60	292,60	292,60	292,60
HBGD017	Avulsion d'une dent ectopique	1	0	167,20	167,20	167,20	167,20	167,20	167,20
HBGD190	Avulsion de 2 dents ectopiques	1	0		250,80	250,80	250,80	250,80	250,80
HBGD397	Avulsion de 3 dents ectopiques	1	0		334,40	334,40	334,40	334,40	334,40
HBGD080	Avulsion de 4 dents ectopiques	1	0		418,00	418,00	418,00	418,00	418,00
HBLD018	Pose d'un plan de libération occlusale	1	0	172,80	172,80	172,80	172,80	172,80	172,80
HBLD007	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire sans clavette sur une dent [Inlay core]	1	0	122,55	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBLD261	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire avec clavette sur une dent [Inlay core à clavette]	1	0	144,05	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBLD090**	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoporté sans « reste à charge » Avec ou sans clavette	1	0		90,00	90,00	90,00	90,00	90,00
HBLD745**	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoporté à « entente directe limitée » Avec ou sans clavette	1	0		90,00	90,00	90,00	90,00	90,00

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBLD245**	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoporté à « tarif libre » Avec ou sans clavette	1	0		90,00	90,00	90,00	90,00	90,00
HBLD037	Pose d'une couronne dentaire transitoire	1	0	non pris en charge	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBLD490**	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée « sans reste à charge »	1	0		10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
HBLD724**	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée «à entente directe limitée»	1	0		10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
HBLD486**	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée «à tarif libre»	1	0		10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux	1	0	107,50	107,50	120,00	120,00	120,00	120,00
HBLD036	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique ou en équivalents minéraux	1	0	107,50	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBLD634**	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une incisive, une canine ou une première prémolaire	1	0		107,50	120,00	120,00	120,00	120,00
HBLD491**	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une deuxième prémolaire	1	0		107,50	120,00	120,00	120,00	120,00
HBLD734**	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une molaire	1	0		107,50	107,50	107,50	120,00	120,00
HBLD350**	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique (zircone) sur une dent autre qu'une molaire	1	0		107,50	120,00	120,00	120,00	120,00
HBLD073**	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique (zircone) sur une molaire	1	0		107,50	120,00	120,00	120,00	120,00
HBLD680**	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur incisives, canines et premières prémolaires	1	0		107,50	120,00	120,00	120,00	120,00
HBLD158**	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur deuxièmes prémolaires et molaires	1	0		107,50	120,00	120,00	120,00	120,00
HBLD403**	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramocéramique	1	0		107,50	107,50	107,50	120,00	120,00
HBLD318**	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage précieux Avec ou sans recouvrement céramique	1	0		107,50	107,50	107,50	120,00	120,00

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBLD418	Pose d'une couronne dentaire implantoportée	1	0	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50
HBLD132	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque résine comportant moins de 9 dents	1	0	102,13	102,13	102,13	102,13	102,13	102,13
HBLD492	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque base résine, comportant de 9 à 13 dents	1	0	150,50	150,50	150,50	150,50	150,50	150,50
HBLD118	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à plaque base résine	1	0	182,75	182,75	182,75	182,75	182,75	182,75
HBLD199	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à plaque base résine	1	0	365,50	365,50	365,50	365,50	365,50	365,50
HBLD240	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à chassis métallique comportant moins de 9 dents	1	0	236,50	236,50	236,50	236,50	236,50	236,50
HBLD236	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à chassis métallique comportant de 9 à 13 dents	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD217	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à chassis métallique	1	0	311,75	311,75	311,75	311,75	311,75	311,75
HBLD171	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à chassis métallique	1	0	623,50	623,50	623,50	623,50	623,50	623,50
HBLD364	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents	1	0	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50
HBLD476	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 4 dents	1	0	75,25	75,25	75,25	75,25	75,25	75,25
HBLD224	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 5 dents	1	0	86,00	86,00	86,00	86,00	86,00	86,00
HBLD371	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 6 dents	1	0	96,75	96,75	96,75	96,75	96,75	96,75
HBLD123	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents	1	0	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50
HBLD270	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 8 dents	1	0	118,25	118,25	118,25	118,25	118,25	118,25

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBLD148	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 9 dents	1	0	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00
HBLD231	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 10 dents	1	0	139,75	139,75	139,75	139,75	139,75	139,75
HBLD215	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 11 dents	1	0	150,50	150,50	150,50	150,50	150,50	150,50
HBLD262	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 12 dents	1	0	161,25	161,25	161,25	161,25	161,25	161,25
HBLD232	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 13 dents	1	0	172,00	172,00	172,00	172,00	172,00	172,00
HBLD032	Pose d'une prothèse amovible de transition complète unimaxillaire à plaque base résine	1	0	182,75	182,75	182,75	182,75	182,75	182,75
HBLD259	Pose d'une prothèse amovible de transition complète bimaxillaire à plaque base résine	1	0		365,50	365,50	365,50	365,50	365,50
HBLD101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents	1	0	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00
HBLD138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents	1	0	139,75	139,75	139,75	139,75	139,75	139,75
HBLD083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents	1	0	150,50	150,50	150,50	150,50	150,50	150,50
HBLD370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents	1	0	161,25	161,25	161,25	161,25	161,25	161,25
HBLD349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents	1	0	172,00	172,00	172,00	172,00	172,00	172,00
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	1	0	182,75	182,75	182,75	182,75	182,75	182,75
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	1	0	365,50	365,50	365,50	365,50	365,50	365,50
HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents	1	0	193,50	193,50	193,50	193,50	193,50	193,50

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents	1	0	204,25	204,25	204,25	204,25	204,25	204,25
HBLD452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents	1	0	215,00	215,00	215,00	215,00	215,00	215,00
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents	1	0	225,75	225,75	225,75	225,75	225,75	225,75
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents	1	0	236,50	236,50	236,50	236,50	236,50	236,50
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents	1	0	247,25	247,25	247,25	247,25	247,25	247,25
HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents	1	0	258,00	258,00	258,00	258,00	258,00	258,00
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents	1	0	268,75	268,75	268,75	268,75	268,75	268,75
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents	1	0	290,25	290,25	290,25	290,25	290,25	290,25
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents	1	0	301,00	301,00	301,00	301,00	301,00	301,00
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	1	0	311,75	311,75	311,75	311,75	311,75	311,75
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	1	0	623,50	623,50	623,50	623,50	623,50	623,50
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	1	0	494,50	494,50	494,50	494,50	494,50	494,50
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique et 1 élément intermédiaire métallique	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique, et 1 élément intermédiaire céramométallique	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD023	<i>Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux</i>	1	0	279,50	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBLD785**	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive	1	0		279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD227**	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une dent autre qu'une incisive	1	0		279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD425**	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramo-céramiques et 1 élément intermédiaire céramo-céramique	1	0		279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD178**	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage en alliage précieux et 1 élément intermédiaire en alliage précieux <i>Avec ou sans recouvrement céramique</i>	1	0		279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD088**	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 2 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente	1	0		172,0	172,0	172,0	172,0	172,0
HBLD750**	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire	1	0		279,5	279,5	279,5	279,5	279,5

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBLD411**	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage métallique et 1 élément en extension métallique[bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire	1	0		279,5	279,5	279,5	279,5	279,5
HBLD321**	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire	1	0		279,5	279,5	279,5	279,5	279,5
HBLD465**	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage métallique et 1 élément en extension céramo métallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire	1	0		279,5	279,5	279,5	279,5	279,5
HBLD466**	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux , pour le remplacement d'une incisive permanente	1	0		103,06	103,06	103,06	103,06	103,06
HBLD414**	Pose d'une prothèse plurale collé [Bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux , pour le remplacement d'une prémolaire ou d'une molaire permanente	1	0		103,06	103,06	103,06	103,06	103,06
HBLD179**	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire métallique, pour le remplacement d'une prémolaire ou d'une molaire permanente	1	0		103,06	103,06	103,06	103,06	103,06
HBLD453**	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 2 éléments intermédiaires céramométalliques ou en équivalents minéraux, pour le remplacement de 2 incisives mandibulaires permanentes	1	0		103,06	103,06	103,06	103,06	103,06

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBLD093**	Pose d'une prothèse plurale en extension, collée comportant 1 ancrage coronaire partiel et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever collé], pour le remplacement d'une incisive permanente	1	0		83,78	83,78	83,78	83,78	83,78
HBLD030	Pose d'une prothèse dentaire complète transvissée implantoportée	1	0	182,75	182,75	182,75	182,75	182,75	182,75
HBMD017	Adjonction ou changement d'1 élément d'une prothèse dentaire amovible	1	0	21,50	21,50	21,50	21,50	21,50	21,50
HBMD114	Adjonction ou changement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	32,25	32,25	32,25	32,25	32,25	32,25
HBMD322	Adjonction ou changement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	43,00	43,00	43,00	43,00	43,00	43,00
HBMD404	Adjonction ou changement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	53,75	53,75	53,75	53,75	53,75	53,75
HBMD245	Adjonction ou changement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50
HBMD198	Adjonction ou changement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	75,25	75,25	75,25	75,25	75,25	75,25
HBMD373	Adjonction ou changement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	86,00	86,00	86,00	86,00	86,00	86,00
HBMD228	Adjonction ou changement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	96,75	96,75	96,75	96,75	96,75	96,75
HBMD286	Adjonction ou changement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50
HBMD329	Adjonction ou changement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	118,25	118,25	118,25	118,25	118,25	118,25
HBMD226	Adjonction ou changement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00
HBMD387	Adjonction ou changement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	139,75	139,75	139,75	139,75	139,75	139,75
HBMD134	Adjonction ou changement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	150,50	150,50	150,50	150,50	150,50	150,50

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBMD174	Adjonction ou changement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	161,25	161,25	161,25	161,25	161,25	161,25
HBKD396	Changement d'1 facette d'une prothèse dentaire amovible	1	0	17,20	17,20	17,20	17,20	17,20	17,20
HBKD431	Changement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	34,40	34,40	34,40	34,40	34,40	34,40
HBKD300	Changement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	51,60	51,60	51,60	51,60	51,60	51,60
HBKD212	Changement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	68,80	68,80	68,80	68,80	68,80	68,80
HBKD462	Changement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	86,00	86,00	86,00	86,00	86,00	86,00
HBKD213	Changement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	103,20	103,20	103,20	103,20	103,20	103,20
HBKD140	Changement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	120,40	120,40	120,40	120,40	120,40	120,40
HBKD244	Changement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	137,60	137,60	137,60	137,60	137,60	137,60
HBKD005	Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra implantaire	1	0	32,25	32,25	32,25	32,25	32,25	32,25
HBMD249	Adjonction ou changement d'1 élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	43,00	43,00	43,00	43,00	43,00	43,00
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	86,00	86,00	86,00	86,00	86,00	86,00
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	172,00	172,00	172,00	172,00	172,00	172,00
HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	215,00	215,00	215,00	215,00	215,00	215,00
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	258,00	258,00	258,00	258,00	258,00	258,00
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	301,00	301,00	301,00	301,00	301,00	301,00
HBMD444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	344,00	344,00	344,00	344,00	344,00	344,00
HBMD485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	387,00	387,00	387,00	387,00	387,00	387,00

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBMD410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	430,00	430,00	430,00	430,00	430,00	430,00
HBMD429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	473,00	473,00	473,00	473,00	473,00	473,00
HBMD281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	516,00	516,00	516,00	516,00	516,00	516,00
HBMD200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	559,00	559,00	559,00	559,00	559,00	559,00
HBMD298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	602,00	602,00	602,00	602,00	602,00	602,00
HBMD020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine, fêlée ou fracturée	1	0	21,50					
HBMD020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine sans renfort métallique, fêlée ou fracturée	1	0	21,50	21,50	21,50	21,50	21,50	21,50
HBMD356	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine avec renfort métallique, fêlée ou fracturée	1	0	21,50	21,50	21,50	21,50	21,50	21,50
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments	1	0	32,25	32,25	32,25	32,25	32,25	32,25
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'1 élément	1	0	38,70	38,70	38,70	38,70	38,70	38,70
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments	1	0	45,15	45,15	45,15	45,15	45,15	45,15
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments	1	0	51,60	51,60	51,60	51,60	51,60	51,60
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	1	0	58,05	58,05	58,05	58,05	58,05	58,05
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	1	0	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	1	0	70,95	70,95	70,95	70,95	70,95	70,95

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	1	0	77,40	77,40	77,40	77,40	77,40	77,40
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments	1	0	83,85	83,85	83,85	83,85	83,85	83,85
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	1	0	90,30	90,30	90,30	90,30	90,30	90,30
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments	1	0	96,75	96,75	96,75	96,75	96,75	96,75
HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments	1	0	103,20	103,20	103,20	103,20	103,20	103,20
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	1	0	109,65	109,65	109,65	109,65	109,65	109,65
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	1	0	116,10	116,10	116,10	116,10	116,10	116,10
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	1	0	122,55	122,55	122,55	122,55	122,55	122,55
HBMD019	Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire	1	0	18,81	18,81	18,81	18,81	18,81	18,81
HBGD011	Ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radiculaire scellé	1	0	38,70	38,70	38,70	38,70	38,70	38,70
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire	1	0	38,70	38,70	38,70	38,70	38,70	38,70
HBGB005	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée	1	0	50,16	50,16	50,16	50,16	50,16	50,16
HBGB003	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine	1	0	83,90	83,90	83,90	83,90	83,90	83,90
HBGB002	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire	1	0	98,36	98,36	98,36	98,36	98,36	98,36
HBGB004	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire	1	0	132,10	132,10	132,10	132,10	132,10	132,10
HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents	1	0	41,80	41,80	41,80	41,80	41,80	41,80

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBED023	Grefe épithélioconjonctive ou conjonctive sur la gencive, sur un secteur de 1 à 3 dents	1	0	79,42	79,42	79,42	79,42	79,42	79,42
HBED024	Grefe épithélioconjonctive ou conjonctive sur la gencive, sur un sextant	1	0	94,05	94,05	94,05	94,05	94,05	94,05
HBBA003	Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 1 à 3 dents	1	0	85,69	85,69	85,69	85,69	85,69	85,69
HBBA002	Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 4 à 6 dents	1	0	269,61	269,61	269,61	269,61	269,61	269,61
HBBA004	Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 7 dents ou plus	1	0	298,87	298,87	298,87	298,87	298,87	298,87
HBMA001	Plastie mucogingivale par lambeau déplacé latéralement, coronairement ou apicalement	1	0	75,24	75,24	75,24	75,24	75,24	75,24
HBJB001	Évacuation d'abcès parodontal	1	0	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00
HBJA003	Assainissement parodontal [détartrage-surfaçage radiculaire] [DSR] sur 1 sextant	1	0		80,00	80,00	80,00	80,00	80,00
HBJA171	Assainissement parodontal [détartrage-surfaçage radiculaire] [DSR] sur 2 sextants	1	0		160	160	160	160	160
HBJA634	Assainissement parodontal [détartrage-surfaçage radiculaire] [DSR] sur 3 sextants ou plus	1	0		240	240	240	240	240
HALD004	Pose d'une plaque palatine non active [passive] pour fente orofaciale ou division palatine	1	0	48,00	48,00	48,00	48,00	48,00	48,00
HALD003	Pose d'une plaque palatine active [orthopédique] pour fente orofaciale	1	0	48,00	48,00	48,00	48,00	48,00	48,00
LAQK027	Radiographie volumique par faisceau conique [cone beam computerized tomography, CBCT] du maxillaire, de la mandibule et/ou d'arcade dentaire	1	0	69,00	69,00	69,00	69,00	69,00	69,00
LBLD075	Pose d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'enfant	1	0	438,90	438,90	438,90	438,90	438,90	438,90
LBLD066	Pose de 2 implants intraosseux intrabuccaux chez l'enfant	1	0	806,74	806,74	806,74	806,74	806,74	806,74
LBLD281	Pose de 3 implants intraosseux intrabuccaux chez l'enfant	1	0	1174,58	1174,58	1174,58	1174,58	1174,58	1174,58
LBLD117	Pose de 4 implants intraosseux intrabuccaux chez l'enfant	1	0	1542,42	1542,42	1542,42	1542,42	1542,42	1542,42
LBLD015	Pose d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'adulte	1	0	422,18	422,18	422,18	422,18	422,18	422,18
LBLD010	Pose de 2 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	785,84	785,84	785,84	785,84	785,84	785,84

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LBLD013	Pose de 3 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	1149,50	1149,50	1149,50	1149,50	1149,50	1149,50
LBLD004	Pose de 4 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	1513,16	1513,16	1513,16	1513,16	1513,16	1513,16
LBLD020	Pose de 5 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	1876,82	1876,82	1876,82	1876,82	1876,82	1876,82
LBLD025	Pose de 6 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	2240,48	2240,48	2240,48	2240,48	2240,48	2240,48
LBLD026	Pose de 7 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	2604,14	2604,14	2604,14	2604,14	2604,14	2604,14
LBLD026	Pose de 7 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
LBLD038	Pose de 8 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	2967,80	2967,80	2967,80	2967,80	2967,80	2967,80
LBLD038	Pose de 8 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
LBLD200	Pose de 9 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	3331,46	3331,46	3331,46	3331,46	3331,46	3331,46
LBLD200	Pose de 9 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
LBLD294	Pose de 10 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	3695,12	3695,12	3695,12	3695,12	3695,12	3695,12
LBLD294	Pose de 10 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
LBLD019	Pose de moyen de liaison sur 1 implant préprothétique intraosseux intrabuccal	1	0	160,93	160,93	160,93	160,93	160,93	160,93
LBLD073	Pose de moyen de liaison sur 2 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	1	0	309,32	309,32	309,32	309,32	309,32	309,32
LBLD086	Pose de moyen de liaison sur 3 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	1	0	457,71	457,71	457,71	457,71	457,71	457,71
LBLD193	Pose de moyen de liaison sur 4 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	1	0	606,10	606,10	606,10	606,10	606,10	606,10
LBLD447	Pose de moyen de liaison sur 5 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	1	0	754,49	754,49	754,49	754,49	754,49	754,49
LBLD270	Pose de moyen de liaison sur 6 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	1	0	902,88	902,88	902,88	902,88	902,88	902,88
LBLD143	Pose de moyen de liaison sur 7 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	1	0	1051,27	1051,27	1051,27	1051,27	1051,27	1051,27
LBLD235	Pose de moyen de liaison sur 8 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	1	0	1199,66	1199,66	1199,66	1199,66	1199,66	1199,66
LBLD311	Pose de moyen de liaison sur 9 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	1	0	1348,05	1348,05	1348,05	1348,05	1348,05	1348,05

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LBLD214	Pose de moyen de liaison sur 10 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	1	0	1496,44	1496,44	1496,44	1496,44	1496,44	1496,44
LBLD034	Pose de barre de jonction entre 2 implants intrabuccaux	1	0	96,14	96,14	96,14	96,14	96,14	96,14
LBLD057	Pose de barre de jonction entre 3 implants intrabuccaux ou plus	1	0	144,21	144,21	144,21	144,21	144,21	144,21
LAPB451	Dégagement et activation d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'enfant	1	0	94,05	94,05	94,05	94,05	94,05	94,05
LAPB311	Dégagement et activation de 2 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'enfant	1	0	163,02	163,02	163,02	163,02	163,02	163,02
LAPB459	Dégagement et activation de 3 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'enfant	1	0	231,99	231,99	231,99	231,99	231,99	231,99
LAPB408	Dégagement et activation de 4 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'enfant	1	0	300,96	300,96	300,96	300,96	300,96	300,96
LAPB002	Dégagement et activation d'1 implant intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	87,78	87,78	87,78	87,78	87,78	87,78
LAPB004	Dégagement et activation de 2 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	154,66	154,66	154,66	154,66	154,66	154,66
LAPB003	Dégagement et activation de 3 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	221,54	221,54	221,54	221,54	221,54	221,54
LAPB001	Dégagement et activation de 4 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	288,42	288,42	288,42	288,42	288,42	288,42
LAPB005	Dégagement et activation de 5 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	355,30	355,30	355,30	355,30	355,30	355,30
LAPB006	Dégagement et activation de 6 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	422,18	422,18	422,18	422,18	422,18	422,18
LAPB007	Dégagement et activation de 7 implants intraosseux intra buccaux, chez l'adulte	1	0	489,06	489,06	489,06	489,06	489,06	489,06
LAPB047	Dégagement et activation de 8 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	555,94	555,94	555,94	555,94	555,94	555,94
LAPB030	Dégagement et activation de 9 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	622,82	622,82	622,82	622,82	622,82	622,82

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LAPB122	Dégagement et activation de 10 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	689,70	689,70	689,70	689,70	689,70	689,70
LBGA280	Ablation d'1 implant intraosseux intrabuccal avec résection osseuse, chez l'enfant	1	0	87,78	87,78	87,78	87,78	87,78	87,78
LBGA441	Ablation de 2 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'enfant	1	0	106,59	106,59	106,59	106,59	106,59	106,59
LBGA354	Ablation de 3 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'enfant	1	0	125,40	125,40	125,40	125,40	125,40	125,40
LBGA049	Ablation de 4 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'enfant	1	0	144,21	144,21	144,21	144,21	144,21	144,21
LBGA004	Ablation d'1 implant intraosseux intrabuccal avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	71,06	71,06	71,06	71,06	71,06	71,06
LBGA003	Ablation de 2 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	85,69	85,69	85,69	85,69	85,69	85,69
LBGA002	Ablation de 3 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	100,32	100,32	100,32	100,32	100,32	100,32
LBGA002	Ablation de 3 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
LBGA006	Ablation de 4 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	114,95	114,95	114,95	114,95	114,95	114,95
LBGA006	Ablation de 4 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
LBGA007	Ablation de 5 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	129,58	129,58	129,58	129,58	129,58	129,58
LBGA007	Ablation de 5 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
LBGA008	Ablation de 6 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	144,21	144,21	144,21	144,21	144,21	144,21
LBGA008	Ablation de 6 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LBGA009	Ablation de 7 implants intraosseux intrabucaux avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	158,84	158,84	158,84	158,84	158,84	158,84
LBGA009	Ablation de 7 implants intraosseux intrabucaux avec résection osseuse, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
LBGA139	Ablation de 8 implants intraosseux intrabucaux avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	173,47	173,47	173,47	173,47	173,47	173,47
LBGA139	Ablation de 8 implants intraosseux intrabucaux avec résection osseuse, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
LBGA052	Ablation de 9 implants intraosseux intrabucaux avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	188,10	188,10	188,10	188,10	188,10	188,10
LBGA052	Ablation de 9 implants intraosseux intrabucaux avec résection osseuse, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
LBGA168	Ablation de 10 implants intraosseux intrabucaux avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	202,73	202,73	202,73	202,73	202,73	202,73
LBGA168	Ablation de 10 implants intraosseux intrabucaux avec résection osseuse, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
HBLD057	Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire, pour 1 arcade	1	0	140,16	140,16	140,16	140,16	140,16	140,16
HBLD078	Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire pour 2 arcades	1	0	264,96	264,96	264,96	264,96	264,96	264,96
HBLD056	Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire, pour 1 arcade	1	0	94,08	94,08	94,08	94,08	94,08	94,08
HBLD084	Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire pour 2 arcades	1	0	174,72	174,72	174,72	174,72	174,72	174,72
HBMP001	Transformation d'un guide radiologique préimplantaire en guide chirurgical	1	0	30,72	30,72	30,72	30,72	30,72	30,72
LBLD014	Pose d'une orthèse métallique recouvrant totalement ou partiellement une arcade dentaire	1	0	172,80	172,80	172,80	172,80	172,80	172,80
LBLD003	Pose d'une gouttière maxillaire ou mandibulaire pour hémostase ou portetopique	1	0	86,40	86,40	86,40	86,40	86,40	86,40

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LBLD006	Pose de gouttières maxillaire et mandibulaire pour hémostase ou portetopique	1	0	172,80	172,80	172,80	172,80	172,80	172,80
LBLD017	Pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire	1	0	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00
HBQK040	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique	1	0	11,97	11,97	11,97	11,97	11,97	11,97
HBQK303	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale pour acte thérapeutique endodontique	1	0	15,96	15,96	15,96	15,96	15,96	15,96
HBQK061	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües, finale pour acte thérapeutique endodontique ou perinterventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique	1	0	3,99	3,99	3,99	3,99	3,99	3,99
HBMD490	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [2e élément métallique intermédiaire de bridge]	1	0	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
HBMD342	Adjonction d'un 2e élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale [3e élément métallique intermédiaire de bridge]	1	0	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
HBMD082	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire métallique supplémentaire, au-delà du 3e	1	0	10,75	10,75	10,75	10,75	10,75	10,75
HBMD479	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [2e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]	1	0	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
HBMD433	Adjonction d'un 2e élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [3e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]	1	0	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBMD072	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux supplémentaire, au-delà du 3e	1	0	10,75	10,75	10,75	10,75	10,75	10,75
HBMD776**	Adjonction d'un élément en extension métallique, autre qu'une canine, à une prothèse plurale fixée [bridge] comportant au moins 2 piliers d'ancrage et 1 élément intermédiaire	1	0		10,75	10,75	10,75	10,75	10,75
HBMD689**	Adjonction d'1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux, autre qu'une canine, à une prothèse plurale fixée [bridge] comportant au moins 2 piliers d'ancrage et un élément intermédiaire	1	0		10,75	10,75	10,75	10,75	10,75
HBMD081	Adjonction d'un pilier d'ancrage métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]	1	0	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50
HBMD087	Adjonction d'un pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]	1	0	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50
YYYY176	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	1	0	21,50	21,50	21,50	21,50	21,50	21,50
YYYY275	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	1	0	43,00	43,00	43,00	43,00	43,00	43,00
YYYY246	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	1	0	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50
YYYY478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	1	0	86,00	86,00	86,00	86,00	86,00	86,00
YYYY426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	1	0	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50
YYYY389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	1	0	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	32,25	32,25	32,25	32,25	32,25	32,25
YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	96,75	96,75	96,75	96,75	96,75	96,75
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	161,25	161,25	161,25	161,25	161,25	161,25
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	193,50	193,50	193,50	193,50	193,50	193,50
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	225,75	225,75	225,75	225,75	225,75	225,75
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	258,00	258,00	258,00	258,00	258,00	258,00
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	290,25	290,25	290,25	290,25	290,25	290,25
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	322,50	322,50	322,50	322,50	322,50	322,50
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	354,75	354,75	354,75	354,75	354,75	354,75
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	387,00	387,00	387,00	387,00	387,00	387,00
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	419,25	419,25	419,25	419,25	419,25	419,25
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	451,50	451,50	451,50	451,50	451,50	451,50
YYYY465	Supplément pour examen spécifique préalable et postérieur à l'acte de pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire dans le traitement du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil	1	0	70,00	70,00	70,00	70,00	70,00	70,00

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
YYYY183**	Supplément pour prise en charge d'un patient en situation de handicap Avec ou sans : sédation consciente Avec ou sans : utilisation du MEOPA	1	0		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
YYYY614**	Supplément pour soins chirurgicaux dentaires pour un patient en ALD et traité par anticoagulants oraux directs [AOD] ou par antivitamine K [AVK]	1	0		20,00	20,00	20,00	20,00	20,00

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				15,7%	15,7%	15,7%	15,7%	15,7%

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

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

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

(1) Tarifs applicables du 1er avril 2019 au 31 mars 2020,

(2) Tarifs applicables du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020,

(3) Tarifs applicables du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021,

(4) Tarifs applicables du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022,

(5) Tarifs applicables à compter du 1^{er} janvier 2023.

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

Code CCAM	libellé CCAM	Honoraires limites de facturation au 01.04.2019	Honoraires limites de facturation au 01.01.2020	Honoraires limites de facturation au 01.01.2021	Honoraires limites de facturation au 01.01.2022	Honoraires limites de facturation au 01.01.2023
HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux	PdP	PdP	350	350	350
HBLD090	<p>Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoporté sans « reste à charge » Avec ou sans clavette À l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042) Facturation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - couronnes en alliage non précieux toutes localisations (HBLD038), - couronnes céramométalliques sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634), - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350) - couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) incisives, canines et premières prémolaires (HBLD680) - bridge de base tout métallique (HBLD033) - bridge de base céramométallique pour le remplacement d'une incisive (HBLD785) <p>Prise en charge limitée à l'infrastructure coronaradiculaire métallique coulée</p>	230	175	175	175	175
HBLD745	<p>Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoporté à « entente directe limitée » Avec ou sans clavette À l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042) Facturation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - couronnes céramométalliques sur deuxièmes prémolaires (HBLD491), - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) sur molaires (HBLD073), - couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) sur deuxièmes prémolaires et molaires (HBLD158) - bridges de base HBLD040, HBLD043, HBLD227 <p>Prise en charge limitée à l'infrastructure coronaradiculaire métallique coulée</p>	230	175	175	175	175

Code CCAM	libellé CCAM	Honoraires limites de facturation au 01.04.2019	Honoraires limites de facturation au 01.01.2020	Honoraires limites de facturation au 01.01.2021	Honoraires limites de facturation au 01.01.2022	Honoraires limites de facturation au 01.01.2023
HBLD490	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée « sans reste à charge » Facturation pour : - couronnes en alliage non précieux toutes localisations (HBLD038), - couronnes céramométalliques sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634), - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350) - couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) incisives, canines et premières prémolaires (HBLD680) Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive	60	60	60	60	60
HBLD724	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée «à entente directe limitée» Facturation pour : - couronnes céramométalliques sur deuxièmes prémolaires (HBLD491), - couronnes céramiques monolithiques (zircone) sur molaires (HBLD073), - couronnes céramiques monolithiques (hors zircone) sur deuxièmes prémolaires et molaires (HBLD158) Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive	60	60	60	60	60
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux	320	290	290	290	290
HBLD634	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une incisive, une canine ou une première prémolaire	530	500	500	500	500
HBLD491	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une deuxième prémolaire	PdP	550	550	550	550
HBLD350	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (zircone) sur une dent autre qu'une molaire	480	440	440	440	440
HBLD073	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (zircone) sur une molaire	PdP	440	440	440	440
HBLD680	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur incisives, canines et premières prémolaires	530	500	500	500	500
HBLD158	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur deuxièmes prémolaires et molaires	PdP	550	550	550	550
HBLD364	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents	PdP	PdP	275	275	275
HBLD476	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 4 dents	PdP	PdP	310	310	310
HBLD224	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 5 dents	PdP	PdP	368	368	368
HBLD371	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 6 dents	PdP	PdP	400	400	400
HBLD123	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents	PdP	PdP	450	450	450

Code CCAM	libellé CCAM	Honoraires limites de facturation au 01.04.2019	Honoraires limites de facturation au 01.01.2020	Honoraires limites de facturation au 01.01.2021	Honoraires limites de facturation au 01.01.2022	Honoraires limites de facturation au 01.01.2023
HBLD270	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 8 dents	PdP	PdP	450	450	450
HBLD148	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 9 dents	PdP	PdP	450	450	450
HBLD231	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 10 dents	PdP	PdP	450	450	450
HBLD215	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 11 dents	PdP	PdP	490	490	490
HBLD262	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 12 dents	PdP	PdP	500	500	500
HBLD232	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 13 dents	PdP	PdP	500	500	500
HBLD032	Pose d'une prothèse amovible de transition unimaxillaire complète à plaque base résine		PdP	520	520	520
HBLD259	Pose d'une prothèse amovible de transition bimaxillaire complète à plaque base résine		PdP	1 170	1 170	1 170
HBLD101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents	PdP	PdP	680	680	680
HBLD138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents	PdP	PdP	720	720	720
HBLD083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents	PdP	PdP	765	765	765
HBLD370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents	PdP	PdP	800	800	800
HBLD349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents	PdP	PdP	850	850	850
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	PdP	PdP	1100	1100	1100
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	PdP	PdP	2300	2300	2300
HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents	PdP	PdP	PdP	1100	1100
HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents	PdP	PdP	PdP	1200	1200
HBLD452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents	PdP	PdP	PdP	1240	1240
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents	PdP	PdP	PdP	1281	1281
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents	PdP	PdP	PdP	1315	1315
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents	PdP	PdP	PdP	1365	1365
HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents	PdP	PdP	PdP	1400	1400
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents	PdP	PdP	PdP	1430	1430
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents	PdP	PdP	PdP	1450	1450
HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents	PdP	PdP	PdP	1500	1500
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents	PdP	PdP	PdP	1520	1520
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	PdP	PdP	PdP	1600	1600

Code CCAM	libellé CCAM	Honoraires limites de facturation au 01.04.2019	Honoraires limites de facturation au 01.01.2020	Honoraires limites de facturation au 01.01.2021	Honoraires limites de facturation au 01.01.2022	Honoraires limites de facturation au 01.01.2023
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	PdP	PdP	PdP	3600	3600
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	PdP	PdP	PdP	2800	2800
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique, et 1 élément intermédiaire métallique	PdP	PdP	1170	1170	1170
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique, et 1 élément intermédiaire céramométallique	PdP	PdP	1635	1635	1635
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	870	870	870	870	870
HBLD785	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive	1465	1465	1465	1465	1465
HBLD227	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une dent autre qu'une incisive	PdP	PdP	1635	1635	1635
HBMD017	Adjonction ou changement d'1 élément d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	85	85	85
HBMD114	Adjonction ou changement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	120	120	120
HBMD322	Adjonction ou changement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	150	150	150
HBMD404	Adjonction ou changement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	185	185	185
HBMD245	Adjonction ou changement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	215	215	215
HBMD198	Adjonction ou changement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	251	251	251
HBMD373	Adjonction ou changement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	287	287	287
HBMD228	Adjonction ou changement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	324	324	324
HBMD286	Adjonction ou changement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	360	360	360
HBMD329	Adjonction ou changement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	400	400	400
HBMD226	Adjonction ou changement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	440	440	440
HBMD387	Adjonction ou changement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	480	480	480
HBMD134	Adjonction ou changement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	520	520	520
HBMD174	Adjonction ou changement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	560	560	560
HBKD396	Changement d'1 facette d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	50	50	50
HBKD431	Changement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	80	80	80
HBKD300	Changement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	100	100	100

Code CCAM	libellé CCAM	Honoraires limites de facturation au 01.04.2019	Honoraires limites de facturation au 01.01.2020	Honoraires limites de facturation au 01.01.2021	Honoraires limites de facturation au 01.01.2022	Honoraires limites de facturation au 01.01.2023
HBKD212	Changement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	130	130	130
HBKD462	Changement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	160	160	160
HBKD213	Changement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	190	190	190
HBKD140	Changement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	220	220	220
HBKD244	Changement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	250	250	250
HBMD249	Adjonction ou changement d'1 élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	150	150
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	210	210
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	290	290
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	350	350
HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	417	417
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	456	456
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	500	500
HBMD444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	550	550
HBMD485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	600	600
HBMD410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	650	650

Code CCAM	libellé CCAM	Honoraires limites de facturation au 01.04.2019	Honoraires limites de facturation au 01.01.2020	Honoraires limites de facturation au 01.01.2021	Honoraires limites de facturation au 01.01.2022	Honoraires limites de facturation au 01.01.2023
HBMD429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	700	700
HBMD281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	750	750
HBMD200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	800	800
HBMD298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	875	875
HBMD020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine sans renfort métallique, fêlée ou fracturée		PdP	80	80	80
HBMD356	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine avec renfort métallique, fêlée ou fracturée		PdP	85	85	85
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments	PdP	PdP	PdP	121	121
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'1 élément	PdP	PdP	PdP	145	145
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments	PdP	PdP	PdP	184	184
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments	PdP	PdP	PdP	225	225
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	PdP	PdP	PdP	250	250
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	PdP	PdP	PdP	280	280
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	PdP	PdP	PdP	300	300
HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	PdP	PdP	PdP	325	325
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments	PdP	PdP	PdP	350	350
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	PdP	PdP	PdP	375	375

Code CCAM	libellé CCAM	Honoraires limites de facturation au 01.04.2019	Honoraires limites de facturation au 01.01.2020	Honoraires limites de facturation au 01.01.2021	Honoraires limites de facturation au 01.01.2022	Honoraires limites de facturation au 01.01.2023
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments	PdP	PdP	PdP	400	400
HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments	PdP	PdP	PdP	420	420
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	PdP	PdP	PdP	430	430
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	PdP	PdP	PdP	440	440
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	PdP	PdP	PdP	450	450
LBLD017	Pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire	280	280	280	280	280
YYYY176	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	PdP	PdP	60	60	60
YYYY275	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	PdP	PdP	100	100	100
YYYY246	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	PdP	PdP	140	140	140
YYYY478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	PdP	PdP	170	170	170
YYYY426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	PdP	PdP	194	194	194
YYYY389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	PdP	PdP	210	210	210
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	100	100
YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	200	200
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	300	300
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	392	392
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	470	470

Code CCAM	libellé CCAM	Honoraires limites de facturation au 01.04.2019	Honoraires limites de facturation au 01.01.2020	Honoraires limites de facturation au 01.01.2021	Honoraires limites de facturation au 01.01.2022	Honoraires limites de facturation au 01.01.2023
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	540	540
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	635	635
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	702	702
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	750	750
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	810	810
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	840	840
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	860	860
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	880	880
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	900	900

PdP = Pas de Plafond

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

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

Code CCAM	Libellé CCAM
HBLD090*	<p>Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoporté sans « reste à charge » Avec ou sans clavette À l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042) Facturation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - couronnes en alliage non précieux toutes localisations (HBLD038), - couronnes céramométalliques sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634), - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350) - couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) incisives, canines et premières prémolaires (HBLD680) - bridge de base tout métallique (HBLD033) - bridge de base céramométallique pour le remplacement d'une incisive (HBLD785) <p>Prise en charge limitée à l'infrastructure coronoradiculaire métallique coulée</p>
HBLD490	<p>Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée « sans reste à charge » Facturation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - couronnes en alliage non précieux toutes localisations (HBLD038), - couronnes céramométalliques sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634), - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350) - couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) incisives, canines et premières prémolaires (HBLD680) <p>Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive</p>
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux
HBLD634*	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une incisive, une canine ou une première prémolaire
HBLD350*	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (zircone) sur une dent autre qu'une molaire
HBLD680*	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur incisives, canines et premières prémolaires
HBLD364	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents
HBLD476	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 4 dents

Code CCAM	Libellé CCAM
HBLD224	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 5 dents
HBLD371	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 6 dents
HBLD123	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents
HBLD270	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 8 dents
HBLD148	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 9 dents
HBLD231	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 10 dents
HBLD215	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 11 dents
HBLD262	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 12 dents
HBLD232	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 13 dents
HBLD032	Pose d'une prothèse amovible de transition unimaxillaire complète à plaque base résine
HBLD259	Pose d'une prothèse amovible de transition bimaxillaire complète à plaque base résine
HBLD101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents
HBLD138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents
HBLD083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents
HBLD370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents
HBLD349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique
HBLD785*	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive
HBMD017	Adjonction ou changement d'1 élément d'une prothèse dentaire amovible
HBMD114	Adjonction ou changement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD322	Adjonction ou changement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD404	Adjonction ou changement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD245	Adjonction ou changement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD198	Adjonction ou changement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD373	Adjonction ou changement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD228	Adjonction ou changement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible

Code CCAM	Libellé CCAM
HBMD286	Adjonction ou changement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD329	Adjonction ou changement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD226	Adjonction ou changement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD387	Adjonction ou changement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD134	Adjonction ou changement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD174	Adjonction ou changement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBKD396	Changement d'1 facette d'une prothèse dentaire amovible
HBKD431	Changement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible
HBKD300	Changement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible
HBKD212	Changement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible
HBKD462	Changement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible
HBKD213	Changement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible
HBKD140	Changement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible
HBKD244	Changement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible
HBMD020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine sans renfort métallique, fêlée ou fracturée
HBMD356	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine avec renfort métallique, fêlée ou fracturée
YYYY176	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine
YYYY275	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine
YYYY246	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine
YYYY478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine
YYYY426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine
YYYY389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine

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

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

Code CCAM	Libellé CCAM
HBMD351*	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux
HBLD745*	<p>Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoporté à « entente directe limitée » Avec ou sans clavette À l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042) Facturation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - couronnes céramométalliques sur deuxièmes prémolaires (HBLD491), - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) sur molaires (HBLD073), - couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) sur deuxièmes prémolaires et molaires (HBLD158) - bridges de base HBLD040, HBLD043, HBLD227 <p>Prise en charge limitée à l'infrastructure coronoradiculaire métallique coulée</p>
HBLD724*	<p>Pose d'une couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée «à entente directe limitée» Facturation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - couronnes céramométalliques sur deuxièmes prémolaires (HBLD491), - couronnes céramiques monolithiques (zircone) sur molaires (HBLD073), - couronnes céramiques monolithiques (hors zircone) sur deuxièmes prémolaires et molaires (HBLD158) <p>Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive</p>
HBLD491*	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une deuxième prémolaire
HBLD073	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (zircone) sur une molaire
HBLD158*	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur deuxièmes prémolaires et molaires
HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents
HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents
HBLD452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents
HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents
HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents

Code CCAM	Libellé CCAM
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique, et 1 élément intermédiaire métallique
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique, et 1 élément intermédiaire céramométallique
HBLD227*	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une dent autre qu'une incisive
HBMD249	Adjonction ou changement d'1 élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'1 élément

Code CCAM	Libellé CCAM
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments
HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments
HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments
LBLD017	Pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique

Code CCAM	Libellé CCAM
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique

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

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

Code CCAM	Libellé CCAM
HBMD460*	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux
HBLD245*	<p>Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoporté à « tarif libre » Avec ou sans clavette À l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042) Facturation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - couronnes céramométalliques sur molaires (HBLD734) - couronnes céramocéramiques (HBLD403) - couronnes alliages précieux (HBLD318) - bridges de base tout céramique (HBLD425) - bridges de base en alliage précieux (HBLD178) - adjonction de piliers d'ancrage à un bridge de base (HBMD081, HBMD087) <p>Prise en charge limitée à l'infrastructure coronoradiculaire métallique coulée</p>
HBLD486*	<p>Pose d'une couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée «à tarif libre» Facturation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - couronnes céramométalliques sur molaires (HBLD734) - couronnes céramocéramiques (HBLD403) - couronnes en alliage précieux (HBLD318) <p>Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive</p>
HBLD734	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une molaire
HBLD403*	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramocéramique
HBLD318	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage précieux
HBLD418	Pose d'une couronne dentaire implantoportée
HBLD132	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque résine comportant moins de 9 dents
HBLD492	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque base résine, comportant de 9 à 13 dents
HBLD118	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à plaque base résine
HBLD199	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à plaque base résine
HBLD240	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à châssis métallique comportant moins de 9 dents
HBLD236	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à châssis métallique comportant de 9 à 13 dents
HBLD217	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à châssis métallique
HBLD171	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à châssis métallique

Code CCAM	Libellé CCAM
HBLD030	Pose d'une prothèse dentaire complète transvissée implantoportée
HBLD425	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramocéramiques et 1 élément intermédiaire céramocéramique
HBLD178	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage en alliage précieux et 1 élément intermédiaire en alliage précieux
HBLD088	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 2 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente
HBLD750	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire
HBLD411	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage métallique et 1 élément en extension métallique [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire
HBLD321	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique et 1 élément en extension céramométallique [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire
HBLD465	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage métallique et 1 élément en extension céramo métallique [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire
HBLD466	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux, pour le remplacement d'une incisive permanente
HBLD414	Pose d'une prothèse plurale collé [Bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux, pour le remplacement d'une prémolaire ou d'une molaire permanente
HBLD179	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire métallique, pour le remplacement d'une prémolaire ou d'une molaire permanente
HBLD453	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 2 éléments intermédiaires céramométalliques ou en équivalents minéraux, pour le remplacement de 2 incisives mandibulaires permanentes
HBLD093	Pose d'une prothèse plurale en extension, collée comportant 1 ancrage coronaire partiel et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever collé], pour le remplacement d'une incisive permanente
HBKD005	Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra implantaire
HBMD019	Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire
HBGD011	Ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radiculaire scellé
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire
HBMD490	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [2e élément métallique intermédiaire de bridge]

HBMD342	Adjonction d'un 2e élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale [3e élément métallique intermédiaire de bridge]
HBMD082	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire métallique supplémentaire, au-delà du 3e

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

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

ANNEXE VI : CLAUSE DE REVOYURE

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

Champ observé	Tous les actes prothétiques remboursables (incluant les nouveaux actes pris en charge)
Source	SNIIRAM, tous régimes, dates de liquidation, France entière, chirurgiens-dentistes libéraux
Patients	Tous régimes, hors CMUC et ACS
Montants estimés et observés annuels	Quantités d'actes (détail par acte CCAM, par type d'acte, etc.) Part de chacun des 3 paniers en volume
Période de référence	N= année de mise en œuvre de la réforme devant instaurer une prise en charge intégrale année de référence = Du 1 ^{er} avril de l'année précédant la réforme au 1 ^{er} janvier de l'année suivante
Période observée	En juin de chaque année, on observe les résultats de l'année précédente
Indicateurs	Indicateur observé = écart en + ou en – de la part des actes pour lesquels une prise en charge intégrale serait prévue (fréquences) dont les actes suivants : couronnes dento-portées et inlay-core associés, bridges, prothèses adjointes et réparations <ul style="list-style-type: none"> - seuil pour la 1^{ère} et 2^{ème} année : si écart de plus de 10 points ou de moins 10 points pour l'indicateur pour la part des actes pris en charge intégralement, négociation d'un avenant - à partir de la 3^{ème} année : si écart de plus de 5 points ou de moins 5 points pour la part des actes pris en charge intégralement, négociation d'un avenant

**ANNEXE VII - CONTRAT TYPE D'AIDE A L'INSTALLATION DES
CHIRURGIENS-DENTISTES DANS LES ZONES TRES SOUS DOTES EN OFFRE
DE SOINS DENTAIRES (CAICD)**

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

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

Département :

Adresse :

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

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

Région :

Adresse :

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

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

Nom, Prénom

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

numéro RPPS :

Version consolidée intégrant les avenants 1, 2 et 3

numéro AM :

Adresse professionnelle :

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

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

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

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

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

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

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

- soit à titre individuel
- soit en groupe

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

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

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

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

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

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

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

Article 2.1. Engagements du chirurgien-dentiste signataire

Le chirurgien-dentiste s'engage à :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le chirurgien-dentiste

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

Nom Prénom

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

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

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

Département :

Adresse :

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

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

Région :

Adresse :

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

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

Nom, Prénom

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

numéro RPPS :

numéro AM :

Adresse professionnelle :

un contrat d'aide au maintien d'activité des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés (CAMCD) installés dans les zones identifiées en zone « très sous dotée ».

Article 1. Champ du contrat d'aide au maintien d'activité

Article 1.1. Objet du contrat d'aide au maintien d'activité

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

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide au maintien d'activité

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

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

- soit à titre individuel
- soit en groupe

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

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

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

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

Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide au maintien d'activité

Article 2.1. Engagements du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste s'engage à :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 3. Durée du contrat d'aide au maintien d'activité

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

Article 4. Résiliation du contrat d'aide au maintien d'activité

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

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

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

Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

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

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

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

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

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

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

Le chirurgien-dentiste

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

Nom Prénom

ANNEXE IX - « CONTRAT INCITATIF CHIRURGIEN-DENTISTE »**Option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés en zones « très sous-dotées »****(Dispositions transitoires)**

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

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

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

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

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

1) Objet de l'option

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

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

2) Champ de l'option

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

3) Conditions générales d'adhésion

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

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

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

Différents modes d'exercice sont possibles :

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

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

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

Le chirurgien-dentiste adhérent à l'option bénéficie :

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

5) Engagements du chirurgien-dentiste

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

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

6. Adhésion à l'option

6.1 Modalités d'adhésion

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

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

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

6.2 Durée de l'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement de l'acte d'adhésion par la caisse et jusqu'au terme du contrat, soit pour une durée de 5 ans, non renouvelable, pour les chirurgiens-dentistes nouvellement installés, et pour une durée de 3 ans renouvelable pour ceux déjà installés, dès lors que le professionnel remplit les conditions requises et que la zone est classée comme « très sous-dotée ».

6.3 Suivi des engagements et effets de l'adhésion

Le versement des aides est conditionné au respect des conditions d'exécution de l'option par le chirurgien-dentiste adhérent.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

6.4 Rupture de l'option

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

Le chirurgien-dentiste dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au chirurgien-dentiste qu'il ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet ainsi que pour exiger le remboursement des sommes qui auraient indûment été perçues.

Le chirurgien-dentiste peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Il en informe la caisse par courrier. La décision du chirurgien-dentiste prend effet dès réception par la caisse du courrier. Il ne pourra pas bénéficier des aides prévues pour l'année où il résilie l'option.

ANNEXE X – MODELE DE FORMULAIRE D’ADHESION AU « CONTRAT INCITATIF CHIRURGIEN-DENTISTE » OPTION 1 : AIDE A L’INSTALLATION EN ZONE « TRES SOUS-DOTEE »

Acte d’adhésion au « Contrat incitatif chirurgien-dentiste »¹

Identification du chirurgien-dentiste :

Je, soussigné (e),

Nom :

Prénom :

Numéro d’identification :

Adresse du lieu d’exercice principal :

Déclare exercer :

En individuel

Déclare exercer en groupe formalisé selon le mode suivant (copie du/des contrats à annexer à l’acte d’adhésion) :

SCP

SEL

Autres contrats de société

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions de l’option conventionnelle telles qu’indiquées à l’annexe 9 du présent texte ;

2° Adhérer à l’option destinée à favoriser l’installation des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés en zone « très sous-dotée », telle que définie par l’ARS, et m’engager à en respecter les dispositions, pour une durée de 5 ans non renouvelables.

Cachet du chirurgien-dentiste

Fait à

Le

Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée²

Adhésion non enregistrée et motif du rejet :

Cachet de la caisse

Date

¹ Document à remplir par le chirurgien-dentiste, en double exemplaire, et à envoyer à la caisse primaire d’assurance maladie du lieu de son exercice principal. Un exemplaire signé par la caisse est ensuite renvoyé au professionnel signataire.

² Rayer les mentions inutiles

ANNEXE XI – MODELE DE FORMULAIRE D’ADHESION AU « CONTRAT INCITATIF CHIRURGIEN-DENTISTE » OPTION 2 : AIDE AU MAINTIEN EN ZONE « TRES SOUS-DOTEE »

Acte d’adhésion au « Contrat incitatif chirurgical-dentiste »³

Identification du chirurgien-dentiste :

Je, soussigné (e),

Nom :

Prénom :

Numéro d’identification :

Adresse du lieu d’exercice principal :

Déclare exercer :

En individuel

Déclare exercer en groupe formalisé selon le mode suivant (copie du/des contrats à annexer à l’acte d’adhésion) :

SCP

SEL

Autres contrats de société

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions de l’option conventionnelle telles qu’indiquées à l’annexe 9 du présent texte ;

2° Adhérer à l’option destinée à favoriser le maintien en activité des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés en zone « très sous-dotée », telle que définie par l’ARS, et m’engager à en respecter les dispositions, pour 3 ans renouvelables.

Cachet du chirurgien-dentiste

Fait à

Le

Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée⁴

Adhésion non enregistrée et motif du rejet :

Cachet de la caisse

Date

³ Document à remplir par le chirurgien-dentiste, en double exemplaire, et à envoyer à la caisse primaire d’assurance maladie du lieu de son exercice principal. Un exemplaire signé par la caisse est ensuite renvoyé au professionnel signataire.

⁴ Rayer les mentions inutiles

ANNEXE XII - MAJORATIONS SPECIFIQUES DANS LE CADRE DE LA PERMANENCE DES SOINS DENTAIRE

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

Celle-ci est valorisée comme suit :

	Tarif
Majoration spécifique de permanence des soins pour les actes cliniques et techniques effectués par un chirurgien-dentiste (MCD)	30 €

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

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

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

**ANNEXE XIII - LISTE DES SOINS CONSECUTIFS PRIS EN CHARGE AU TITRE
DU DISPOSITIF D'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE DES JEUNES VISE A
L'ARTICLE 9 DE LA CONVENTION NATIONALE**

Chapitre et Codes	Libellés
07.01.04.01	Radiographie de la bouche
HBQK389	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües
HBQK191	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 2 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK331	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 3 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK443	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 4 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK428	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 5 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK480	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 6 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK430	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 7 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK142	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 8 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK046	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 9 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK065	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 10 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK424	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 11 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK476	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 12 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK093	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 13 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK041	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 14 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK002	Radiographie panoramique dentomaxillaire
HBQK001	Radiographie pélvibuccale [occlusale]
07.02.02.03	Réimplantation de dent et autogreffe de germe
HBED022	Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement
07.02.02.04	Prophylaxie buccodentaire
HBLD045	Application de vernis fluoré sur les 2 arcades dentaires
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent
HBBD006	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents
HBBD007	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents
HBBD004	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents
HBBD039	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents
HBBD404	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents

HBBD098	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents
HBBD427	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents
HBBD001	Détartrage et polissage des dents
HBFD010	Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage
07.02.02.05	Restauration des tissus durs de la dent
HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux
HBMD460	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD050	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD054	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD044	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD047	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD053	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD038	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD042	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire
07.02.02.06	Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent
HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire
HBFD017	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD019	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente
HBFD015	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD474	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire
HBFD458	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature
HBFD395	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature
HBFD326	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature
HBFD001	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD297	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire
HBFD003	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD024	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente
07.02.02.08	Autres actes thérapeutiques sur la racine de la dent

HBBD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification
HBBD234	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD001	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification
07.02.02.10	Avulsion de dents temporaires
HBGD035	Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade
HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade
HBGD309	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade
HBGD284	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade
HBGD065	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade
HBGD462	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade
HBGD464	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade
HBGD263	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade
HBGD280	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade
HBGD093	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade
HBGD362	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade
HBGD054	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade
HBGD111	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade
HBGD174	Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade
HBGD057	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade
HBGD133	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade
HBGD123	Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade
HBGD468	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade
HBGD282	Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade
HBGD201	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade
HBGD042	Avulsion d'1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse
HBGD026	Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses
07.02.02.11	Avulsion de dents permanentes
HBGD036	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD043	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD319	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD489	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD497	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD106	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD076	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD422	Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD420	Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD064	Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD356	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD146	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD382	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD247	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD197	Avulsion de 15 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD333	Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD261	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD499	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie

HBGD461	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD278	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD258	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD311	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD235	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD374	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD475	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD285	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD338	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD193	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD345	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD414	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD245	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD283	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD022	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie
HBGD034	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD287	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD078	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD060	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD312	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD142	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD231	Avulsion de 8 dents à 10 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD349	Avulsion de 11 dents à 13 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD067	Avulsion de 14 dents à 16 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD418	Avulsion de 17 dents à 19 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD441	Avulsion de 20 dents à 22 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD105	Avulsion de 23 dents à 25 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD191	Avulsion de 26 dents à 28 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD262	Avulsion de 29 dents à 32 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD031	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines
HBGD032	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD415	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD169	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
07.02.02.12	Autres avulsions de dents ou racines
HBGD039	Avulsion d'1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD002	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD453	Avulsion de 3 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD218	Avulsion de 4 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD480	Avulsion de 5 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD206	Avulsion de 6 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD396	Avulsion de 7 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines

HBGD113	Avulsion de 8 dents à 10 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD438	Avulsion de 11 dents à 13 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD122	Avulsion de 14 dents à 16 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD028	Avulsion d'une incisive permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD126	Avulsion de 2 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD062	Avulsion de 3 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD430	Avulsion de 4 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD372	Avulsion de 5 à 6 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD148	Avulsion de 7 à 8 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD014	Avulsion d'une canine permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD015	Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD145	Avulsion de 3 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD416	Avulsion de 4 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD459	Avulsion d'une prémolaire retenue ou à l'état de germe
HBGD386	Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD279	Avulsion de 3 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD199	Avulsion de 4 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD385	Avulsion de 5 à 6 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD359	Avulsion de 7 à 8 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD047	Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD492	Avulsion de 2 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD316	Avulsion de 3 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD117	Avulsion de 4 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD181	Avulsion de 5 à 6 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD210	Avulsion de 7 à 8 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD018	Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe
HBGD004	Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe
HBGD025	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD021	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD044	Avulsion d'une dent à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD322	Avulsion de 2 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD160	Avulsion de 3 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD403	Avulsion de 4 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD300	Avulsion d'une dent en désinclusion avec couronne sous muqueuse en position palatine ou linguale
HBGD358	Avulsion de 2 dents en désinclusion avec couronnes sous muqueuses en position palatine et/ou linguale
HBGD003	Avulsion d'un odontoïde inclus ou d'une dent surnuméraire à l'état de germe
HBGD402	Avulsion de 2 odontoïdes inclus ou de 2 dents surnuméraires à l'état de germe

HBGD281	Avulsion de 3 odontoïdes inclus ou de 3 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD171	Avulsion de 4 odontoïdes inclus ou de 4 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD016	Avulsion d'une racine incluse
HBGD466	Avulsion de 2 racines incluses
HBGD299	Avulsion de 3 racines incluses
HBGD102	Avulsion de 4 racines incluses
HBGD159	Avulsion de 5 racines incluses
HBGD465	Avulsion de 6 racines incluses
HBGD017	Avulsion d'une dent ectopique
HBGD190	Avulsion de 2 dents ectopiques
HBGD397	Avulsion de 3 dents ectopiques
HBGD080	Avulsion de 4 dents ectopiques
07.02.05.01	Curetage périapical dentaire
HBGB005	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée
HBGB003	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine
HBGB002	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire
HBGB004	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire
07.02.05.02	Actes thérapeutiques sur le parodonte par soustraction
HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents
18.02.07.01	Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif
HBQK040	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK303	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK061	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües, perinterventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique

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

(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis)

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

Page 1/x

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

Identification du chirurgien-dentiste traitant

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

Identification du patient

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

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

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

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

Ce devis contient pages indissociables
 Description du traitement proposé :

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

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

Légende explicative du devis:

* HN = Hors Nomenclature,

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

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

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

Notice explicative pour le patient figurant au dos du devis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE XV : REGLEMENT INTERIEUR TYPE DES INSTANCES CONVENTIONNELLES

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables à la commission paritaire nationale et aux commissions paritaires régionales et départementales visées aux articles 37 et suivants du présent texte.

Article 1 - Organisation des commissions paritaires conventionnelles

Article 1.1 - Secrétariat de la commission

Le secrétariat et les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par l'UNCAM pour la CPN, par le représentant régional auprès du régime général (coordonnateur) ou par une caisse de la région pour la CPR, et par l'une des caisses membres de la commission pour la CPD.

Le secrétariat assure les tâches administratives de l'instance.

Article 1.2 - Organisation des réunions des commissions

La commission se réunit autant que de besoin et au minimum deux fois par an pour la CPN, et au minimum une fois par an pour les CPR et CPD.

Les convocations sont adressées, par mail, par le secrétariat aux membres de la commission au moins quinze jours avant la date de la réunion, sauf urgence acceptée par le président et le vice-président.

Elles sont accompagnées de l'ordre du jour établi après accord de ces derniers ainsi que des documents utiles, le cas échéant, à l'examen des sujets qui y sont inscrits.

Chaque caisse ou organisation syndicale peut convier en séance des conseillers techniques.

Chaque caisse ou organisation syndicale peut convier en séance des experts. Les membres de la commission sont informés, au moins sept jours avant la date de la séance, de la qualité des personnes concernées et des sujets de l'ordre du jour sur lesquels leur compétence est requise. En séance, ces experts n'interviennent que sur ces sujets.

Lorsque la commission se réunit pour instruire une procédure de sanction conventionnelle à l'encontre d'un chirurgien-dentiste, les conseillers techniques et les experts ne sont pas habilités à assister aux délibérations de la commission.

Lorsque la commission se réunit pour une procédure conventionnelle à l'encontre de l'un des membres de la section professionnelle, celui-ci ne peut siéger lors de l'examen de son dossier.

A titre exceptionnel, pour tenir compte des difficultés d'organisation rencontrées (éloignement des représentants de la section professionnelle du lieu d'implantation de l'instance paritaire), les membres de la commission peuvent décider, après accord du président et du vice-président, de se réunir par visio-conférence ou de solliciter l'avis de la commission par courriel.

Article 1.3 - Commissions électroniques

La Commission peut se réunir et délibérer par voie électronique, avec l'accord de son Président et de son Vice-Président, sous réserve de la conservation des échanges et des décisions prises.

Il est également possible de valider, par voie électronique, le compte-rendu des réunions et d'arrêter par ce biais l'ordre du jour des réunions d'instances paritaires conventionnelles, sous réserve de la conservation des échanges.

Le secrétariat de l'instance conventionnelle envoie un message pour indiquer la tenue de cette délibération par voie électronique, de la date et de l'heure de son début ainsi que de la date et de l'heure à laquelle interviendra au plus tôt sa clôture, au moins 15 jours à l'avance.

La commission est ouverte par un message du secrétariat de l'instance à l'ensemble des membres, qui rappelle la date et l'heure limite pour la présentation des contributions et prend fin par un message de ce même secrétariat.

La commission électronique et les décisions prises dans ce cadre sont valides à la condition que l'ensemble des participants dispose des moyens techniques permettant leur participation effective pendant la durée de la délibération.

Article 1.4 - Présidence des sections et des commissions

Lors de la première réunion de la commission, la section professionnelle de la commission désigne son président.

La section sociale de chacune des instances désigne son président parmi les conseillers membres de cette instance.

La présidence de la commission sera assurée la première année du présent texte par le président de la section professionnelle. Le président de la section professionnelle et le président de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'une année, la présidence et la vice-présidence de la commission.

Pour ce faire, à la date anniversaire de la publication au Journal Officiel du présent texte, il est procédé automatiquement à l'alternance de la présidence, sans qu'il soit nécessaire que l'instance se réunisse au préalable.

La présidence de plusieurs commissions ne peut être assurée simultanément par la même personne.

Article 2 – Délibérations

Article 2.1 - Vérification des règles de quorum et de parité

La commission ne peut valablement délibérer que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée.

Le quorum correspond à un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié du nombre des membres composant chacune des sections.

La parité nécessite un nombre égal de membres présents ou représentés dans la section professionnelle et dans la section sociale.

En cas d'impossibilité de siéger, les membres de la commission se font représenter par leurs suppléants ou donnent délégation de vote à un autre membre de la même section. Aucun membre ne peut recevoir plus de deux délégations.

En l'absence de quorum, un constat de carence est établi pour prendre acte de l'absence de quorum et une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours.

La commission de nouveau réunie délibère alors valablement sur tous les sujets, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés, sous réserve que la parité soit respectée. Dans le cas où la parité n'est pas respectée, un constat de carence est établi et les dispositions de l'article 3 du présent règlement intérieur sont applicables.

Article 2.2 - Règles de vote

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées, sauf dans les cas prévus par la convention nationale où les décisions sont prises à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des abstentions.

En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. Le vote s'établit alors à bulletin secret. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs, nuls ou des abstentions.

En cas de partage des voix lors d'un second tour de vote portant sur un avis requis en matière de sanction conventionnelle, l'absence d'accord qui vaut avis de la commission est actée dans le procès-verbal.

Le secrétariat de la commission est chargé de transmettre au président de chaque section un relevé de décision de chaque réunion de la commission, par mail, dans les quarante-cinq jours suivant la date de réunion de celle-ci. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section dans un délai de quinze jours à compter de sa date de transmission. Il est ensuite adressé à chaque membre de la commission.

Ces délais ne sont pas applicables lorsque sont mises en œuvre les procédures conventionnelles.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations dans les conditions prévues par le code pénal.

Article 3 - Situation de carence de la commission

Les partenaires conventionnels reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

- défaut de constitution de l'une ou de l'autre des sections dans le délai imparti,
- défaut de parité au sein de la commission,

- impossibilité pour le président et le vice-président de la commission soit de fixer une date, soit d'arrêter un ordre du jour en commun malgré deux tentatives successives,
- refus par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour malgré deux tentatives successives.

Dans le premier cas, la section constituée constate la carence et assure seule les missions de la commission.

Dans les trois autres cas, un constat de carence est dressé. La section à l'origine de la situation de carence, est invitée par le président ou le vice-président de la commission à prendre toute disposition pour remédier à la situation.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat de carence, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce qu'il soit remédié à cette situation.

Article 4 - Groupe de travail

La commission met en place les groupes de travail paritaires qu'elle juge nécessaire.

Article 5 - Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission

Les membres de la section professionnelle de la commission perçoivent une indemnité de vacation de 12C par séance et une indemnité de déplacement, pour leur participation aux réunions de la commission.

L'indemnité de déplacement et de séjour est fixée, lors de la première réunion de la commission, conformément aux modalités prévues pour les conseillers des caisses.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux chirurgiens-dentistes qui participent aux sous-commissions et aux groupes de travail créés par la commission ainsi qu'à la commission chargée de déterminer les règles de hiérarchisation des actes et prestations.

Les chirurgiens-dentistes perçoivent également l'indemnité de vacation de 12C en cas de réunion « dématérialisée ».

Les indemnités des chirurgiens-dentistes pour leur participation aux instances conventionnelles sont assimilées à des honoraires d'actes conventionnés.

ANNEXES XVI - LA COMMISSION DES CHIRURGIENS-DENTISTES CHARGÉE DE DÉTERMINER LES RÈGLES DE HIÉRARCHISATION DES ACTES DENTAIRE (CHAP)

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, une commission de hiérarchisation des actes et prestations est mise en place.

Article 1 - Missions

Cette commission a pour objet de définir les règles de hiérarchisation des prestations et des actes pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie et de valider la hiérarchisation qui en résulte.

Elle peut faire appel, en tant que de besoin, à des experts des sociétés savantes ou des experts économistes.

Article 2 - Composition

La commission est composée de représentants des syndicats représentatifs et de représentants de l'UNCAM. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.

Sont membres avec voix délibérative :

Deux collèges comprenant autant de membres chacun :

- le collège professionnel, composé de deux représentants pour chaque syndicat représentatif des chirurgiens-dentistes, avec pour chacun d'entre eux un titulaire et un suppléant ;
- le collège de l'UNCAM comprenant autant de membres (titulaires et suppléants) que le collège professionnel ;
- un président désigné d'un commun accord par les membres de la commission.

Peuvent assister aux travaux :

- un représentant de l'Etat (et son suppléant) ;
- un représentant de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ou de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DGOS) ;
- un représentant de la Haute Autorité de santé (HAS) ;
- un représentant de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM).

Le secrétariat de cette commission est assuré par l'UNCAM.

Article 3 – Indemnisation des membres de la commission

Le président et les membres titulaires du collège professionnel de la commission, ou, en leur absence, les membres suppléants, perçoivent une indemnité pour perte de ressources dont le montant est établi selon les règles d'indemnisation définies par la convention nationale des chirurgiens-dentistes pour la commission paritaire nationale.

Les frais de déplacement du président, des membres titulaires du collège professionnel de la commission (ou, en leur absence, des membres suppléants) et des personnalités ou experts désignés par le président après avis de la commission, sont pris en charge par la Cnam dans les conditions applicables aux agents de direction de la Cnam.

Des honoraires peuvent être versés aux personnalités ou experts désignés par le président après avis de la commission. Le montant de ces honoraires est fixé au cas par cas par le président, en fonction de l'importance des travaux demandés.

Article 4 - Règlement intérieur

La commission élabore et adopte un règlement intérieur, qui précise notamment les règles de convocation aux réunions, de fixation de l'ordre du jour, de quorum et de vote.

**ANNEXE XVII : LISTE DES ACTES CCAM POUR LESQUELS LE SUPPLEMENT
YYYY614 DE LA CCAM EST APPLICABLE**

Codes	Libellés
HBED001	Réimplantation d'1 dent permanente expulsée
HBED003	Réimplantation de 2 dents permanentes expulsées
HBED021	Réimplantation de 3 dents permanentes expulsées, ou plus
HBED009	Réduction de fracture alvéolaire en denture permanente
HBED001	Réimplantation d'1 dent permanente expulsée
HBED003	Réimplantation de 2 dents permanentes expulsées
HBED021	Réimplantation de 3 dents permanentes expulsées, ou plus
HBGD035	Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade
HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade
HBGD309	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade
HBGD284	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade
HBGD065	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade
HBGD462	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade
HBGD464	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade
HBGD263	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade
HBGD280	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade
HBGD093	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade
HBGD362	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade
HBGD054	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade
HBGD111	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade
HBGD174	Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade
HBGD057	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade
HBGD133	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade
HBGD123	Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade
HBGD468	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade
HBGD282	Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade
HBGD201	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade
HBGD042	Avulsion d'1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse
HBGD026	Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses
HBGD036	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD043	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD319	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD489	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD497	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD106	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD076	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD422	Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD420	Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD064	Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD356	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD146	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD382	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD247	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD197	Avulsion de 15 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie

Codes	Libellés
HBGD333	Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD261	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD499	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD461	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD278	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD258	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD311	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD235	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD374	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD475	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD285	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD338	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD193	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD345	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD414	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD245	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD283	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD022	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie
HBGD034	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD287	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD078	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD060	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD312	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD142	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD231	Avulsion de 8 dents à 10 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD349	Avulsion de 11 dents à 13 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD067	Avulsion de 14 dents à 16 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD418	Avulsion de 17 dents à 19 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD441	Avulsion de 20 dents à 22 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD105	Avulsion de 23 dents à 25 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD191	Avulsion de 26 dents à 28 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD262	Avulsion de 29 dents à 32 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD031	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines
HBGD032	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD415	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD169	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD039	Avulsion d'1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD002	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD453	Avulsion de 3 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD218	Avulsion de 4 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD480	Avulsion de 5 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD206	Avulsion de 6 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD396	Avulsion de 7 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines

Codes	Libellés
HBGD113	Avulsion de 8 dents à 10 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD438	Avulsion de 11 dents à 13 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD122	Avulsion de 14 dents à 16 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD028	Avulsion d'une incisive permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD126	Avulsion de 2 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD062	Avulsion de 3 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD430	Avulsion de 4 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD372	Avulsion de 5 à 6 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD148	Avulsion de 7 à 8 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD014	Avulsion d'1 canine permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD015	Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD145	Avulsion de 3 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD416	Avulsion de 4 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD459	Avulsion d'1 prémolaire retenue ou à l'état de germe
HBGD386	Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD279	Avulsion de 3 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD199	Avulsion de 4 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD385	Avulsion de 5 à 6 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD359	Avulsion de 7 à 8 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD047	Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD492	Avulsion de 2 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD316	Avulsion de 3 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD117	Avulsion de 4 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD181	Avulsion de 5 à 6 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD210	Avulsion de 7 à 8 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD018	Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe
HBGD004	Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe
HBGD025	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD021	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD044	Avulsion d'1 dent à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD322	Avulsion de 2 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD160	Avulsion de 3 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD403	Avulsion de 4 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD300	Avulsion d'une dent en désinclusion avec couronne sous muqueuse en position palatine ou linguale
HBGD358	Avulsion de 2 dents en désinclusion avec couronnes sous muqueuses en position palatine et/ou linguale
HBGD003	Avulsion d'1 odontoïde inclus ou d'1 dent surnuméraire à l'état de germe
HBGD402	Avulsion de 2 odontoïdes inclus ou de 2 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD281	Avulsion de 3 odontoïdes inclus ou de 3 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD171	Avulsion de 4 odontoïdes inclus ou de 4 dents surnuméraires à l'état de germe

Codes	Libellés
HBGD040	Avulsion de plusieurs dents surnuméraires à l'état de germe ou de plusieurs odontoïdes
HBGD016	Avulsion d'1 racine incluse
HBGD466	Avulsion de 2 racines incluses
HBGD299	Avulsion de 3 racines incluses
HBGD102	Avulsion de 4 racines incluses
HBGD159	Avulsion de 5 racines incluses
HBGD465	Avulsion de 6 racines incluses
HBGD017	Avulsion d'une dent ectopique
HBGD190	Avulsion de 2 dents ectopiques
HBGD397	Avulsion de 3 dents ectopiques
HBGD080	Avulsion de 4 dents ectopiques
HBGB005	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée
HBGB003	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine
HBGB002	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire
HBGB004	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire
LBFA023	Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de moins de 2 cm de grand axe, par abord intrabuccal
LBFA030	Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de 2 cm à 4 cm de grand axe, par abord intrabuccal
LBFA002	Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de plus de 4 cm de grand axe, par abord intrabuccal
HBGB005	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée
HBGB003	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine
HBGB002	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire
HBGB004	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire
HAJA007	Parage et/ou suture de plaies muqueuses intrabuccales multiples
HAJA008	Parage et/ou suture de plaie du voile du palais
HAJA009	Parage et/ou suture de plaie de la langue
HAJA010	Parage et/ou suture d'une plaie muqueuse intrabuccale
LCJA003	Évacuation de collection périmaxillaire ou périmandibulaire, par abord intrabuccal
HASA013	Fermeture d'une communication buccosinusienne et/ou bucconasale par lambeau palatin, par abord intrabuccal
HASA018	Fermeture d'une communication buccosinusienne par lambeau de glissement vestibulojugal, par abord intrabuccal
HASA025	Fermeture d'une communication buccosinusienne par lambeau de transposition du corps adipeux de la joue, par abord intrabuccal
HAJA006	Parage et/ou suture de plaie transfixiante de lèvre
HBPA001	Dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau
HBPD002	Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal
HAF A015	Exérèse de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de moins de 2 cm de grand axe, par abord intrabuccal
HAF A032	Exérèse de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de 2 cm à 4 cm de grand axe, par abord intrabuccal
LBFA015	Exérèse de lésion du ramus de la mandibule, par abord intrabuccal

**ANNEXE XVIII : MONTANT MAXIMAL DES DÉPASSEMENTS APPLICABLES
AUX BÉNÉFICIAIRES DU DROIT À LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE EN
MATIÈRE DE SANTÉ VISÉS À L'ARTICLE L. 861-1 DU CODE DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE ET AUX BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE AU PAIEMENT D'UNE
COMPLÉMENTAIRE SANTÉ VISE À L'ARTICLE L.863-1 DU CODE DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE**

Applicable sous réserve des dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale

Prothèses dentaires incluses dans le panier de soins CMU-C/ACS et montants maximaux pris en charge

(a) Ne concerne que la facturation aux patients CMU-C

Codes CCAM	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1) (a)	Montant maximum proposition (2)
	Restauration				
HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux	FDC	100	150	250
	Prothèses fixées				
HBLD490	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée « sans reste à charge » <i>Facturation pour :</i> - couronnes métalliques toutes localisations (HBLD038), - couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634), - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350) - couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) incisives, canines et premières prémolaires (HBLD680) <i>Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive</i>	FDC	10	30	40
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux	FDC	107,5	142,5	250
HBLD634	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une incisive, une canine ou une première prémolaire	FDC	107,5	322,5	430
HBLD350	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (zircone) sur une dent autre qu'une molaire	FDC	107,5	292,5	400

Codes CCAM	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1) (a)	Montant maximum proposition (2)
HBLD680	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone pour incisives, canines et premières prémolaires	FDC	107,5	322,5	430
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire ou plurale	FDC	38,7	1,5	40,2
HBLD090	<p>Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoporté sans « reste à charge »</p> <p>Avec ou sans clavette</p> <p>À l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042)</p> <p>Facturation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - couronnes métalliques toutes localisations (HBLD038), - couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634), - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350) - couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) incisives, canines et premières prémolaires (HBLD680) - bridge de base tout métallique (HBLD033) - bridge de base céramométallique pour remplacement d'une incisive (HBLD785) <p>Prise en charge limitée à l'infrastructure coronoradiculaire métallique coulée</p>	FDC	90	40	130
HBLD745	<p>Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés à « entente directe limitée »</p> <p>Avec ou sans clavette</p> <p>À l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042)</p> <p>Facturation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - bridges de base HBLD040, HBLD043, HBLD227 <p>Prise en charge limitée à l'infrastructure coronoradiculaire métallique coulée</p>	FDC	90	40	130
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	FDC	279,5	470,73	750,23

Codes CCAM	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1) (a)	Montant maximum proposition (2)
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique, et 1 élément intermédiaire métallique <i>- Eléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires</i>	FDC	279,5	637	916,5
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique, et 1 élément intermédiaire céramométallique <i>- Eléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires</i>	FDC	279,5	803,28	1082,78
HBLD785	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive <i>- bridge de base avec piliers d'ancrage sur incisives ou canines uniquement</i>	FDC	279,5	956,26	1235,76
HBLD227	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une dent autre qu'une incisive <i>- Eléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires</i>	FDC	279,5	956,26	1235,76
	Prothèses amovibles				
HBLD364	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents	FDA	64,5	210,5	275
HBLD476	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 4 dents	FDA	75,25	234,75	310
HBLD224	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 5 dents	FDA	86	264	350
HBLD371	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 6 dents	FDA	96,75	253,25	350
HBLD123	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents	FDA	107,5	292,5	400
HBLD270	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 8 dents	FDA	118,25	281,75	400
HBLD148	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 9 dents	FDA	129	271	400
HBLD231	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 10 dents	FDA	139,75	280,25	420

Codes CCAM	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1) (a)	Montant maximum proposition (2)
HBLD215	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 11 dents	FDA	150,5	269,5	420
HBLD262	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 12 dents	FDA	161,25	258,75	420
HBLD232	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 13 dents	FDA	172	278	450
HBLD032	Pose d'une prothèse amovible de transition unimaxillaire complète à plaque base résine	FDA	182,75	317,25	500
HBLD259	Pose d'une prothèse amovible de transition bimaxillaire complète à plaque base résine	FDA	365,5	634,5	1000
HBLD101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents	FDA	129	351	480
HBLD138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents	FDA	139,75	340,25	480
HBLD083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents	FDA	150,5	419,5	570
HBLD370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents	FDA	161,25	408,75	570
HBLD349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents	FDA	172	398	570
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	FDA	182,75	545,25	728
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	FDA	365,5	1090,5	1456
HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents	FDA	193,5	362,5	556
HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents	FDA	204,25	510,75	715
HBLD452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents	FDA	215	500	715
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents	FDA	225,75	489,25	715
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents	FDA	236,5	513,5	750
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents	FDA	247,25	502,75	750
HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents	FDA	258	492	750

Codes CCAM	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1) (a)	Montant maximum proposition (2)
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents	FDA	268,75	481,25	750
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents	FDA	279,5	570,5	850
HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents	FDA	290,25	559,75	850
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents	FDA	301	549	850
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA	311,75	745,25	1057
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	FDA	623,5	1490,5	2114
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA	494,5	1290,5	1785
YYYY176	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	21,5	1,41	22,91
YYYY275	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	43	2,82	45,82
YYYY246	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	64,5	4,22	68,72
YYYY478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	86	5,63	91,63
YYYY426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	107,5	7,04	114,54
YYYY389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	129	8,45	137,45
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	32,25	2,11	34,36
YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	64,5	4,22	68,72
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	96,75	6,34	103,09

Codes CCAM	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1) (a)	Montant maximum proposition (2)
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	129	8,45	137,45
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	161,25	10,56	171,81
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	193,5	12,67	206,17
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	225,75	14,79	240,54
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	258	16,9	274,9
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	290,25	19,01	309,26
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	322,5	21,12	343,62
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	354,75	23,24	377,99
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	387	25,35	412,35
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	419,25	27,46	446,71
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	451,5	29,57	481,07
HBMD020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine sans renfort métallique, fêlée ou fracturée	FDR	21,5	53,5	75
HBMD356	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine avec renfort métallique, fêlée ou fracturée	FDR	21,5	58,5	80
HBMD017	Adjonction ou remplacement d'un élément d'une prothèse dentaire amovible	FDR	21,5	63,5	85

Codes CCAM	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1) (a)	Montant maximum proposition (2)
HBMD114	Adjonction ou remplacement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	32,25	77,75	110
HBMD322	Adjonction ou remplacement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	43	97	140
HBMD404	Adjonction ou remplacement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	53,75	116,25	170
HBMD245	Adjonction ou remplacement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	64,5	135,5	200
HBMD198	Adjonction ou remplacement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	75,25	164,75	240
HBMD373	Adjonction ou remplacement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	86	194	280
HBMD228	Adjonction ou remplacement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	96,75	223,25	320
HBMD286	Adjonction ou remplacement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	107,5	252,5	360
HBMD329	Adjonction ou remplacement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	118,25	281,75	400
HBMD226	Adjonction ou remplacement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	129	311	440
HBMD387	Adjonction ou remplacement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	139,75	340,25	480
HBMD134	Adjonction ou remplacement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	150,5	369,5	520
HBMD174	Adjonction ou remplacement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	161,25	398,75	560
HBKD396	Changement d'1 facette d'une prothèse dentaire amovible	FDR	17,2	22,8	40
HBKD431	Changement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	34,4	35,6	70
HBKD300	Changement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	51,6	48,4	100
HBKD212	Changement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	68,8	61,2	130
HBKD462	Changement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	86	74	160
HBKD213	Changement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	103,2	86,8	190

Codes CCAM	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1) (a)	Montant maximum proposition (2)
HBKD140	Changement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	120,4	99,6	220
HBKD244	Changement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	137,6	112,4	250
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments	FDR	32,25	42,75	75
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'un élément	FDR	38,7	46,3	85
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments	FDR	45,15	49,85	95
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments	FDR	51,6	53,4	105
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	FDR	58,05	56,95	115
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	FDR	64,5	60,5	125
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	FDR	70,95	64,05	135
HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	FDR	77,4	67,6	145
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments	FDR	83,85	71,15	155
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	FDR	90,3	74,7	165
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments	FDR	96,75	78,25	175

Codes CCAM	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1) (a)	Montant maximum proposition (2)
HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments	FDR	103,2	81,8	185
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	FDR	109,65	85,35	195
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	FDR	116,1	88,9	205
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	FDR	122,55	92,45	215
HBMD249	Adjonction ou changement d'un élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	43	27	70
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	86	24	110
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	129	21	150
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	172	18	190
HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	215	15	230
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	258	12	270
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	301	9	310
HBMD444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	344	6	350
HBMD485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	387	3	390

Codes CCAM	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1) (a)	Montant maximum proposition (2)
HBMD410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	430	0	430
HBMD429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	473	0	473
HBMD281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	516	0	516
HBMD200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	559	0	559
HBMD298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	602	0	602

Orthopédie dento-faciale

Traitement des dysmorphoses, par période de six mois, dans la limite de six périodes :					
- sans multiattaches	FDO	193,50	139,50	333,00	
Traitement des dysmorphoses :					
- avec multiattaches	FDO	193,50	270,50	464,00	
Séance de surveillance (au maximum deux par semestre)		10,75	0	10,75	
Contention après traitement orthodontique :					
- 1re année		161,25	0	161,25	
- 2e année		107,50	0	107,50	
Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée		387,00	0	387,00	
Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre total ou à la division palatine :					
- forfait annuel, par année		430,00	0	430,00	
- en période d'attente		129,00	0	129,00	
Traitement d'orthopédie dento-faciale avec multiattaches au-delà du seizième anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires pour une période de six mois non renouvelable,	FDO	193,50	187,62	381,12	

ANNEXE XIX : CLAUSE D'INDEXATION ET MODALITES DE CALCUL DE L'EVOLUTION DES CHARGES

La présente annexe définit l'indice dentaire et sa méthodologie de calcul pour la clause d'indexation définie à l'article 6 de la convention.

1. Structure des charges liées à l'activité dentaire

Les données liées aux charges et revenus des chirurgiens-dentistes sont issues des données des AGA (UNASA, ARAPL). La structure des charges liées à l'activité dentaire est calculée chaque année à partir des données comptables des AGA reconstituées au prorata du nombre d'adhérents. Seuls ces postes, en lien avec la déclaration 2035, sont retenus. Ces données sont fournies pour l'année N à partir d'octobre N+1.

Pour l'année 2018, la structure des charges est la suivante :

Case 2035	Libellé compte de résultat	Détail composition du poste (libellés UNASA, ARAPL)	Structure des charges (source : UNASA 2018, effectifs : 5363)		Structure des charges (source : ARAPL 2018, effectifs : 4151)		Moyenne pondérée par les effectifs
BA	Achats de marchandises (Charges d'exploitation)	Achats	49 717	29,8%	50 900	30,1%	29,9%
BK	Charges sociales personnelles totales (facultatives+oblig)	Charges sociales personnelles	29 674	17,8%	29 900	17,7%	17,7%
BB	Salaires et traitements (Charges d'exploitation)	Salaires nets	15 097	9,0%	15 100	8,9%	9,0%
BH	Travaux, fournitures et services extérieurs	Honoraires, primes d'assurance, autres TFSE	12 755	7,6%	13 000	7,7%	7,7%
BC	Charges sociales sur salaires (parts patronales et ouvrières) (Charges d'exploitation)	Charges sociales	12 755	7,6%	12 500	7,4%	7,5%
BF	Loyers et charges locatives	Loyers et charges locatives	11 974	7,2%	11 700	6,9%	7,1%
BG	Location de matériel	Locations, autres locations	11 193	6,7%	12 200	7,2%	6,9%
BM	Frais divers de gestion (yc frais de réception depuis 2002)	Frais de réception, fournitures de bureau (et téléphone), autres frais divers de gestion	7 549	4,5%	7 800	4,6%	4,6%
BV	Contribution sociale généralisée déductible	CSG déductible	7 809	4,7%	7 800	4,6%	4,6%
BJ	Transports et déplacements	Frais de déplacement	4 165	2,5%	4 200	2,5%	2,5%
BS	Autres impôts et taxes	Autres impôts	3 384	2,0%	2 600	1,5%	1,8%
BN	Charges financières (compte de résultat)	Frais financiers	781	0,5%	800	0,5%	0,5%
JY (ex-BE)	Cotisation foncière entreprise (Taxe professionnelle)	Taxe professionnelle		0,0%	800	0,5%	0,2%
	Total		166 850	100,0%	169 300	100,0%	100,0%

Les données retenues pour chaque indicateur sont celles du mois de décembre de l'année N. Les indicateurs sont calculés à partir des données comptables des AGA (ARAPL et UNASA) reconstituées au prorata du nombre d'adhérents.

La distinction des charges sociales facultatives et personnelles ne figurant pas dans les documents de synthèse des AGA, les partenaires conventionnels s'accordent à préciser que la part des charges sociales personnelles facultatives est égale à 20% du montant des charges sociales personnelles totales pour l'année 2018.

Ce ratio sera réévalué chaque année en commission paritaire nationale à partir des nouvelles données de charges fournies par la DREES.

2. Les indices retenus

Les données retenues pour chaque indice sont celles du mois de décembre de l'année N-1. Les indices sont issus de l'INSEE.

En cas de modification d'un indicateur, d'une rupture, d'arrêt d'une série ou bien encore de nouvelles réglementations impactant la structure de charges, les partenaires conventionnels décident en CPN des éventuelles modifications à prendre en compte et de leurs effets sur l'indice dentaire.

Le détail des postes de charges et indices afférents est résumé dans le tableau ci-dessous :

Rubrique 2035	Libellé compte de résultat	Libellé de l'indice retenu	Identifiant de l'indice retenu	Source
BA	Achats de marchandises (Charges d'exploitation)	Indice de prix de production de l'industrie française pour le marché français – CPF 32.50 – Instruments et fournitures à usage médical et dentaire Prix de marché – Base 2015 – Données mensuelles brutes	10534748	INSEE
BT	Charges sociales personnelles totales obligatoires	A définir en CPN en cas d'évolution réglementaire		
BU	Charges sociales personnelles facultatives	Indice annuel des prix à la consommation - Base 2015 - Ensemble des ménages - France - Nomenclature Coicop : 12.4 - Protection sociale	1765115	INSEE
BB	Salaires et traitements (Charges d'exploitation)	Indice des salaires mensuels de base - Activités pour la santé humaine (NAF rév. 2, niveau A38 QA) - Base 100 au T2 2017	10562681	INSEE
BH	Travaux, fournitures et services extérieurs	Indice des prix à la consommation - Base 2015 - Ensemble des ménages - France - Ensemble hors tabac	1763852	INSEE
BC	Charges sociales sur salaires (parts patronales et ouvrières) (Charges d'exploitation)	Indice du coût horaire du travail révisé – tous salariés (ICHTrev-TS) indice de charges - Activités spécialisées, scientifiques, techniques	Indice du coût horaire du travail révisé – tous salariés (ICHTrev-TS) indice de charges	INSEE
BF	Loyers et charges locatives	Indice des loyers des activités tertiaires (ILAT) - Base 100 au 1er trimestre 2010	001617112	INSEE
BG	Location de matériel	Indice de prix de production de l'industrie française pour le marché français – CPF 32.50 – Instruments et fournitures à usage médical et dentaire Prix de marché – Base 2015 – Données mensuelles brutes	10534748	INSEE

Rubrique 2035	Libellé compte de résultat	Libellé de l'indice retenu	Identifiant de l'indice retenu	Source
BM	Frais divers de gestion (y compris frais de réception depuis 2002)	Indice des prix à la consommation - Base 2015 - Ensemble des ménages - France - Ensemble hors tabac	1763852	INSEE
BV	Contribution sociale généralisée déductible	A définir en CPN en cas d'évolution réglementaire		
BJ	Transports et déplacements	Indice annuel des prix à la consommation - Base 2015 - Ensemble des ménages - France - Nomenclature Coicop : 07 – Transports	1763641	INSEE
BS	Autres impôts et taxes	Indice des prix à la consommation - Base 2015 - Ensemble des ménages - France - Ensemble hors tabac	1763852	INSEE
BN	Charges financières (compte de résultat)	Indice annuel des prix à la consommation - Base 2015 - Ensemble des ménages - France - Nomenclature Coicop : 12.6 - Services financiers n.c.a	1763825	INSEE
JY ancienne ment BE	Cotisation foncière entreprise	Indice des loyers des activités tertiaires (ILAT) - Base 100 au 1er trimestre 2010	001617112	INSEE

ANNEXE XX : GRILLE DES ADAPTATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE EN SANTE BUCCO-DENTAIRE DES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP

Champ d'utilisation : Cette échelle concerne uniquement les patients atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap. Sont exclues, à titre d'exemple, les personnes souffrant de phobies dentaires ainsi que les personnes âgées ne souffrant pas d'handicap sévère, qui ne sont pas concernées par cette grille et dont la prise en charge n'ouvre pas droit aux mesures tarifaires liées au handicap (article 12 de la convention).

Consignes d'utilisation : Cette échelle est à remplir à la fin de chaque séance avec un patient handicapé dès lors que le praticien a rencontré une difficulté pour réaliser les soins, et vous permet de justifier la raison d'une adaptation de la prise en charge. Pour chacun des domaines, cochez, dans la colonne de droite la case correspondant à la situation du patient (une seule case par domaine). Dès lors, que pour un patient atteint d'un handicap sévère ou d'un polyhandicap, une case correspondant à une prise en charge « modérée » ou « majeure » est cochée, les mesures tarifaires liées au handicap (article 12 de la convention) peuvent être facturées.

Adaptation de la prise en charge	DOMAINES ayant nécessité une adaptation de la prise en charge du patient pour réaliser les actes bucco-dentaires	
DOMAINE DE LA COMMUNICATION		
Aucune	Pas de problème de communication	
Mineure	Ex. Communication interpersonnelle lente ; Troubles cognitifs mineurs ; Malentendant ; Malvoyant ; Troubles de l'élocution ou de la communication verbale	
Modérée	Ex. Communication par l'intermédiaire d'une tierce personne ; Troubles cognitifs modérés ; déficience sensorielle complète	<input type="checkbox"/>
Majeure	Ex. Pas de communication ; Troubles cognitifs sévères ; Démence sévère	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DES PROCEDURES FACILITATRICES (sédation consciente / hypnose / AG)		
Aucune	Aucune procédure facilitatrice n'a été nécessaire pour réaliser l'examen ou les soins	
Mineure	Prémédication orale pour réaliser l'examen ou les soins.	
Modérée	Sédation consciente ou hypnose pour réaliser l'examen ou les soins.	<input type="checkbox"/>
Majeure	Anesthésie générale ou sédation profonde en présence d'un médecin anesthésiste, quelle que soit l'indication.	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE LA COOPERATION pendant l'examen ou le soin (avec ou sans technique facilitatrice) (voir annexe 1*)		
Aucune	Détendu ; Coopérant	
Mineure	Mal à l'aise ; Tendu ; La continuité thérapeutique est préservée mais avec beaucoup d'anxiété	
Modérée	Réticent ; Manifestation de l'opposition verbalement ou avec les mains ; La séance se déroule avec difficultés	<input type="checkbox"/>
Majeure	Très perturbé ou totalement déconnecté ; La séance est régulièrement interrompue ; Réactions de fuite, Séance avec contention ou prématurément stoppée.	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L'ETAT DE SANTE GENERALE (voir annexe 2**)		
Aucune	Patient en bonne santé générale	
Mineure	Patient présentant une maladie systémique légère ou bien équilibrée	
Modérée	Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère	<input type="checkbox"/>
Majeure	Patient présentant une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L' ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE		
Aucune	Pas de facteur de risque particulier induisant un mauvais état bucco-dentaire	
Mineure	Présence d'un facteur de risque uniquement en lien avec une hygiène défailante ou une alimentation sucrée	
Modérée	Présence d'un facteur de risque modéré en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie, ex. Troubles de la déglutition ; Fente labiopalatine ; Gastrostomie ; Trachéotomie ; Limitation de l'ouverture buccale, Spasticité	<input type="checkbox"/>
Majeure	Association de plusieurs facteurs de risque en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie ET en lien avec une hygiène défailante ou une alimentation sucrée	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L'AUTONOMIE		
Aucune	Pas de perte d'autonomie pour accéder aux soins dentaires	
Mineure	Besoin d'une assistance hors du cabinet dentaire ex. prises de rdv, transport par un tiers (parent, VSL, taxi); fauteuil roulant	
Modérée	Besoin d'un accompagnateur lors des soins ex.aide aux transferts ; à la prise en charge comportementale ; à la communication	<input type="checkbox"/>
Majeure	Ex. Besoin d'être porté lors des transferts ; Interruption de la continuité des soins cause	<input type="checkbox"/>

	hospitalisations/épisodes aigües fréquentes ; Besoin de plusieurs accompagnateurs lors des soins	
DOMAINE DE LA GESTION MEDICO-ADMINISTRATIVE		
(ex. constitution du dossier médical ; lien avec l'établissement, la famille, l'assistant social ; contact avec la tutelle)		
Aucune	Pas de gestion médico-administrative particulière	
Mineure	La gestion médico-administrative est faite par une tierce personne (famille, assistant social, établissement, médecin traitant...) ou dans le cadre d'une procédure de télémédecine bucco-dentaire.	
Modérée	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec un seul secteur (médical, médico-social ou médico-légal)	<input type="checkbox"/>
Majeure	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec et entre plusieurs secteurs (médical, médico-social et/ou médico-légal)	<input type="checkbox"/>

*Voir Echelle de Venham in extenso en annexe 1

**Voir Echelle ASA in extenso en annexe 2

Ce document est à conserver dans le dossier du patient (renseignements nécessaires à l'évaluation des mesures et à communiquer au service médical de l'assurance maladie à sa demande).

Annexe 1

Score	Echelle de VENHAM modifiée*
0	Détendu , souriant, ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément, ou dès qu'on le lui demande.
1	Mal à l'aise, préoccupé . Pendant une manoeuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement pour montrer son inconfort. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. Le patient est disposé à – et capable de – exprimer ce qu'il ressent quand on le lui demande. Expression faciale tendue. Respiration parfois retenue. Capable de bien coopérer avec le dentiste.
2	Tendu . Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Pendant une manoeuvre stressante, protestations verbales, pleurs (discrets), mains tendues et levées, mais sans trop gêner le dentiste. Le patient interprète la situation avec une exactitude raisonnable et continue d'essayer de maîtriser son anxiété. Les protestations sont plus gênantes. Le patient obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée.
3	Réticent à accepter la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Protestations énergiques, pleurs. Utilise les mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Protestations sans commune mesure avec le danger ou exprimée bien avant le danger. Parvient à faire face à la situation, avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficultés.
4	Très perturbé par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement. Importantes contorsions, nécessitant parfois une contention. Le patient peut être accessible à la communication verbale et finir, après beaucoup d'efforts et non sans réticence, à essayer de se maîtriser. La séance est régulièrement interrompue par les protestations.
5	Totalement déconnecté de la réalité du danger. Pleure à grands cris, se débat ; inaccessible à la communication verbale. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuite. Tente activement de s'échapper. Contention indispensable.

*Hennequin et al. French versions of two indices of dental anxiety and patient cooperation. Eur Cells Mater, 2007; 13: 3

Annexe 2

ASA PS Classification** (American Society of Anesthesiologists)

Score	Définition	Exemples, non exclusifs :
ASA I	Patient en bonne santé	Bon état général, non-fumeur, pas ou peu de consommation d'alcool
ASA II	Patient présentant une maladie systémique mineure ou bien équilibrée	Maladie mineure sans limitation fonctionnelle importante. Exemples non-exclusifs : tabagisme, consommation sociale d'alcool, grossesse, obésité (30 < IMC < 40), diabète équilibré, hypertension artérielle contrôlée, insuffisance respiratoire mineure
ASA III	Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère	Limitation fonctionnelle importante ; Une ou plusieurs maladies modérées à sévères. Exemples non-exclusifs : diabète non équilibré, hypertension artérielle non- contrôlée, insuffisance respiratoire modérée, obésité morbide (IMC ≥40), hépatite active, insuffisance rénale avec dialyse régulière, antécédent datant de > 3

		mois d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'accident ischémique transitoire ou d'insuffisance coronaire ayant nécessité la pose de stent
ASA IV	Patient présentant une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital	Exemples non-exclusifs : antécédent datant de < de 3 mois d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'accident ischémique transitoire ou d'insuffisance coronaire ayant nécessité la pose de stent, d'ischémie cardiaque, de dysfonction valvulaire sévère, sepsis, coagulation intravasculaire disséminée, insuffisance respiratoire aiguë, insuffisance rénale terminale sans dialyse

** disponible à: www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system »