

**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 :

La Fédération des Syndicats Dentaire Libéraux, représenté par M. Patrick SOLERA (Président) ;

Et :

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

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

PROJET

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.

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 engagent.

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.

PROJET

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.

TRAON CLAIRE 28/5/18 11:30

Commentaire: Séance du 25/05 : Renvoyer la définition en CPN

La notion d'exercice à titre principal fera l'objet d'une définition en 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 (soit 50% au moins de son activité), 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 (cabinet 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 :

DDGOS/DOS/DPROF/ Projet de convention CD – pour envoi post 25052018

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-dentaire, 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, les représentants des étudiants. Ils seront effectués sur la base d'une méthodologie de zonage rénovée et réadaptée, prenant en compte des critères spécifiques communs, permettant de définir les zones dans lesquelles le

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

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

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

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

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

Article 3.3 – Permanence des soins

Article 3.3.1 - Rémunération de l'astreinte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Actes prothétiques intégralement pris en charge

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

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

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

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

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

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

Il s'appuiera sur une répartition de référence fondée sur la fréquence des actes telle que mesurée sur la base des données observées entre le 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 7.2 – Valorisation des actes conservateurs des tissus dentaires

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

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

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

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

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

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

L'honoraire limite de facturation de l'acte de pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire (code LBLD017), tel que défini et inscrit à la liste des actes et prestations par

décision UNCAM du 11 juillet 2016, (publiée au journal officiel du 28 septembre 2016), est fixé à 280€.

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

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

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 1er septembre 2018 :

- radio panoramique dentaire (HBQK002) passe à 20 euros et l'acte correspondant inscrit à la NGAP,
- Cone beam (LAQK027) passe à 69 euros.

Article 7.4 – Groupe de travail

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

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

Article 7.5 - Evolution de la CCAM

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

DDGOS/DOS/DPROF/ Projet de convention CD – pour envoi post 25052018

GRONDIN-08694 7/5/18 00:00

Supprimé:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PROJET

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 :

DDGOS/DOS/DPROF/ Projet de convention CD – pour envoi post 25052018

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

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

L'examen est complété, si nécessaire, par :

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

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

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

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

Les traitements orthodontiques et prothétiques sont exclus de ce dispositif.

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

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

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

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

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

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

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

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

Sous-Titre II – Dispositif de prévention des femmes enceintes

Article 10 - Les acteurs du dispositif

Article 10.1 - Les bénéficiaires

Les femmes enceintes ayant droit ou assurées sociales et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'Assurance Maladie au jour de l'examen bénéficient du dispositif à compter du 4^{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 - Tarifs d'honoraires

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

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

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

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

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

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

Sous-Titre IV – 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 validé par la CHAP serait valorisé à hauteur de 50€.

Le bilan parodontal est un charting consistant en un sondage des poches de toutes les dents présentes sur les deux arcades dentaires.

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 - Les patients concernés

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

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

Les partenaires conventionnels souhaitent permettre la prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire de la technique de sédation consciente aux soins par utilisation de

MEOPA, en faveur des patients en situation de handicap afin de faciliter leur prise en charge par le chirurgien-dentiste.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 14 - Expérimentation de prise en charge globale de prévention

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

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

Ce forfait couvrirait la prise en charge de plusieurs séances.

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

Article 15 - Parcours de prévention incitatif

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

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

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

Titre III : Modalités d'exercice conventionnel

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

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

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

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

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

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

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

Article 18 – Modalités d'exercice

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

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

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

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

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

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

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

Article 20 – Situation du remplaçant

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le chirurgien-dentiste, conformément à ses compétences inscrites au code de la santé publique et sous réserve de respecter la réglementation en vigueur et les dispositions de la Nomenclature (NGAP et CCAM), demeure libre du choix de la technique employée. Celle-ci ne peut donner lieu à un tarif supérieur au tarif conventionnel ou à un dépassement tarifaire (à l'exception des cas de dépassements tel que défini à l'article 26.4 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 – Le 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 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 - Les 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 – L'accord préalable pour les actes d'orthopédie dento-faciale

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

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

Article 26 – Mode de fixation des honoraires

Article 26.1 – Principe

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

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

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

Article 26.2 – Entente directe et honoraires limites de facturation

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

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

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

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

Article 26.3 – Dépassements

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

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

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

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

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

Article 26.4 – Devis

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

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

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

Lorsqu'il s'agit de dispositifs médicaux sur mesure, une fiche de traçabilité devra être jointe à la facture ou à la note d'honoraires remise au patient, sous réserve d'une évolution réglementaire applicable aux fabricants de dispositifs médicaux sur mesure.

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

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

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

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

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

TRAON CLAIRE 25/5/18 16:38

Supprimé:

Article 27 - Le 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 et 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

- Tiers payant intégral pour les patients disposant d'un contrat complémentaire sélectionné

Conformément à la réglementation, le tiers payant intégral (sur la part obligatoire et la part complémentaire) est proposé aux patients disposant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L.863-1 du code de la sécurité sociale, dès lors qu'ils ont souscrit un contrat complémentaire sélectionné par le Ministère de la Santé. Cette information figure dans la carte d'assurance maladie et dans l'attestation « tiers payant intégral » remise aux assurés.

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

- Tiers payant sur la part obligatoire pour les patients n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire sélectionné

Au-delà de ce cadre réglementaire, la dispense d'avance des frais pour la part obligatoire est également accordée par le chirurgien-dentiste aux personnes bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L.863-1 du code de la sécurité sociale, mais qui n'ont pas encore souscrit de contrat complémentaire sélectionné par le Ministère de la santé.

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

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

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

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

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

DDGOS/DOS/DPROF/ Projet de convention CD – pour envoi post 25052018

Gerard MOREL 28/5/18 11:30

Commentaire: Il me semblait qu'il ne pouvait plus avoir ce cas de figure.
ACS non intégral

A supprimer ?

GRONDIN-08694 28/5/18 13:56

Commentaire: Vérification juridique en cours

TRAON CLAIRE 28/5/18 13:59

Commentaire: Demande des syndicats d'intégrer la liste des ALD pour lesquels les soins dentaires sont pris en charge à 100% -
Cnam : Diffusion à prévoir en cours de convention.

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 – Les 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 ces mesures 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 (CND) 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.

GRONDIN-08694 28/5/18 11:30

Commentaire: Il n'y a pas lieu de le préciser à ce niveau. Relève des règles de gestion.

TRAON CLAIRE 28/5/18 11:30

Commentaire: A reformuler

TRAON CLAIRE 28/5/18 11:27

Supprimé: . Toutefois, les informations de droits du patient issues du service ADRI (Acquisition des DRoits intégrée) ne donnent pas juridiquement droit à une garantie de paiement en cas de dispense d'avance de frais. Seules les informations contenues dans la carte SESAM-VITALE permettent cette garantie.

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.

TRAON CLAIRE 28/5/18 11:30

Commentaire: Nouvelle proposition.

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)

DDGOS/DOS/DPROF/ Projet de convention CD – pour envoi post 25052018

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 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.

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

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

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

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

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

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

- Le taux de participation du praticien (TP) est défini comme suit :
TP = taux URSSAF / (1 + taux URSSAF)

- Le taux de participation des caisses (TC) est défini comme suit :
TC = (1 – TP)

Union Dentaire 10/5/18 19:54

Supprimé:

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 :

Participation ASM des caisses = revenu × TC × taux de cotisation en vigueur - 0,10 %

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

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

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

Titre VI : Vie conventionnelle

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

Article 36.1- La durée de la convention

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

Article 36.2 - Les modalités de notification et d'adhésion

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

a. Notification

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

b. Modalités d'adhésion

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

- les chirurgiens-dentistes précédemment placés sous le régime du règlement arbitral publié au JO 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 JO 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.

DDGOS/DOS/DPROF/ Projet de convention CD – pour envoi post 25052018

TRAON CLAIRE 28/5/18 14:18

Commentaire: Demande UD : résiliation doit prendre effet immédiatement. A revoir (art.7.1.3 convention précédente et CSS).

Réponse Cnam :

Paragraphe identique dans la convention médicale. Le délai de 6 mois permet aux partenaires de négocier un nouvel accord. La prise d'effet immédiate de la résiliation entraînerait un vide conventionnel, avec notamment pour impact pour les patients l'inapplicabilité des tarifs conventionnels.

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 (CTPP).

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)

DDGOS/DOS/DPROF/ Projet de convention CD – pour envoi post 25052018

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 régionales 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 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 sante libérale en exercice libéral est incompatible avec celle de représentant d'un organisme d'assurance maladie.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

Composition en « formation chirurgiens-dentistes »

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

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

Article 37.3.2 – Missions

La commission paritaire départementale est chargée notamment des missions suivantes :

- elle facilite, dans toute la mesure du possible, l'application de la convention par une coopération permanente des caisses d'assurance maladie et des représentants de chirurgiens-dentistes appartenant à une organisation syndicale signataire de la présente convention ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 37.5 - Comité technique paritaire permanent national (CTPPN)

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

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

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

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

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

Article 37.6 - Observatoire conventionnel national

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

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

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

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

DDGOS/DOS/DPROF/ Projet de convention CD – pour envoi post 25052018

Utilisateur Windows 28/5/18 11:30

Commentaire: Prévoir une adaptation des indemnités de déplacement aux nouvelles très grandes régions où les distances sont considérables

TRAON CLAIRE 28/5/18 14:00

Commentaire: En cours d'analyse par rapport à l'ensemble des conventions.

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

DDGOS/DOS/DPROF/ Projet de convention CD – pour envoi post 25052018

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 38.2.3 – Examen par la commission paritaire départementale

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

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

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

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

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

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

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

Article 38.3 – Les mesures encourues

DDGOS/DOS/DPROF/ Projet de convention CD – pour envoi post 25052018

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 38.1**.

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 38.1.

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

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

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

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

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

Fait à Paris, le 2018

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie,
M. Nicolas REVEL, Directeur Général,

Et

Pour l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie
M. Maurice RONAT, Président

Et

Pour la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires,
M. Thierry SOULIE, Président

Et

Pour la Fédération des Syndicats Dentaire Libéraux,
M. Patrick SOLERA, Président

Et :

Pour l'Union Dentaire
M. Philippe DENOYELLE, Président