

Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Avis relatif à l'avenant n° 3 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie signée le 21 juin 2018

NOR : SSAS2003111V

A fait l'objet d'une approbation, en application des dispositions de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, l'avenant n° 3 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie, conclu le 26 novembre 2019, entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, et, d'autre part, les Chirurgiens-dentistes de France, l'Union dentaire et l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM).

AVENANT N° 3 À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES CHIRURGIENS-DENTISTES LIBÉRAUX 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. 2134-1,

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 :

Les Chirurgiens-dentistes de France, représenté par M. Thierry SOULIE (président) ;

Et :

L'Union dentaire, représentée par M. Philippe DENOYELLE (président),

Préambule

Afin de poursuivre les efforts engagés par la nouvelle convention nationale des chirurgiens-dentistes, les partenaires conventionnels reconnaissent l'importance de l'information du patient sur les traitements prothétiques qui lui sont proposés dans le respect des obligations déontologiques et conviennent pour cela de rénover le modèle de devis conventionnel au regard de la réforme du « 100 % santé ».

Afin de tenir compte de l'évolution des charges des cabinets dentaires, les partenaires conventionnels ont défini la clause d'indexation des honoraires limites de facturation par la création d'un indice dentaire synthétique.

Enfin, les partenaires conventionnels, à l'issue des réflexions menées dans le cadre des groupes de travail, conviennent d'élargir le champ des bénéficiaires des mesures portant sur le handicap et étendent la valorisation de la prise en charge de cette patientèle spécifique à de nouveaux actes.

Article 1^{er}

Clause d'indexation des plafonds

Les dispositions de l'article 6 intitulé « Clause d'indexation des plafonds » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

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

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

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

Le calcul de cet indice est le suivant :

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

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

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

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

Chaque année (N), la Commission paritaire nationale se tient au début du 4^e trimestre pour calculer l'indice dentaire annuel $I_{(N-1)}$ et son évolution.

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

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

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

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

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

Article 2

Devis conventionnel

Le dernier paragraphe de l'article 26.4 intitulé « devis » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

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

Article 3

Mesures spécifiques pour les personnes en situation de handicap sévère

Les dispositions de l'article 12.1 intitulé « Patients concernés » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

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

Afin de faciliter l'identification des situations nécessitant une adaptation de prise en charge en santé bucco-dentaire et permettant au chirurgien-dentiste de bénéficier de ces mesures, une grille d'évaluation du comportement et de la coopération de ces patients au cours d'une séance de soins dentaires est proposée en annexe 20. Dès lors que pour un des domaines de la grille, l'adaptation de la prise en charge en santé bucco-dentaire du patient en situation de handicap nécessite est "modérée" ou "majeure", les mesures de valorisation prévues à l'article 12.2 sont applicables. La grille doit obligatoirement être complétée par le praticien à la fin de chaque séance réalisée avec un patient en situation de handicap sévère dès lors que le chirurgien-dentiste a rencontré une difficulté au cours de la séance. Elle pourra être remise au service médical de la caisse primaire à sa demande en cas de contrôle ou à des fins d'évaluation. »

L'utilisation de la grille et l'application des mesures de valorisation prévues à l'article 12.2 fera l'objet d'un suivi régulier, dès les premiers mois de la mesure, dans le cadre de la Commission paritaire nationale.

Les deux derniers paragraphes de l'article 12.2 intitulé « Valorisation de la prise en charge des patients en situation de handicap et des techniques de sédation consciente utilisées dans ce cadre » sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes :

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

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

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

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

Le dernier paragraphe de l'article 9.3.3 intitulé « les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes, et l'article 10.4 intitulé « les tarifs d'honoraires » est également complété par les dispositions suivantes :

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

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

Article 4

Autres mesures

L'article 7.3 intitulé « Autres mesures tarifaires » est complété par un dernier paragraphe rédigé comme suit :

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

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

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

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

L'annexe 1 est supprimée et remplacée par l'annexe suivante :

« ANNEXE I

TARIFS

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

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

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

(**) hors majorations spécifiques pour la permanence des soins dentaires.

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

».

L'annexe 2 est supprimée et remplacée par l'annexe suivante :

« ANNEXE II

COEFFICIENTS DE MAJORATION POUR LES ANTILLES, LA GUYANE, LA RÉUNION ET MAYOTTE
APPLICABLES AUX TARIFS DE REMBOURSEMENT "MÉTROPOLE" DES ACTES SUIVANTS

Codes	Coefficients de majoration	Codes	Coefficients de majoration	Codes	Coefficients de majoration
GBBA002	1,077	HBGD122	1,077	HBGD263	1,077
GBBA364	1,077	HBGD028	1,077	HBGD280	1,077
HBLD053	1,079	HBGD126	1,077	HBGD093	1,077
HBLD051	1,079	HBGD062	1,077	HBGD362	1,077
LBGD001	1,077	HBGD430	1,077	HBGD054	1,077
HBED001	1,079	HBGD372	1,077	HBGD111	1,077
HBED003	1,079	HBGD148	1,077	HBGD174	1,077
HBED021	1,079	HBGD014	1,077	HBGD057	1,077
HBED022	1,077	HBGD015	1,077	HBGD133	1,077
HBLD045	1,079	HBGD145	1,077	HBGD123	1,077
HBBD005	1,079	HBGD416	1,077	HBGD468	1,077
HBBD006	1,079	HBGD459	1,077	HBGD282	1,077
HBBD007	1,079	HBGD386	1,077	HBGD201	1,077
HBBD004	1,079	HBGD279	1,077	HBGD042	1,077
HBBD039	1,079	HBGD199	1,077	HBGD026	1,077
HBBD404	1,079	HBGD385	1,077	HBGD036	1,077
HBBD098	1,079	HBGD359	1,077	HBGD043	1,077
HBBD427	1,079	HBGD047	1,077	HBGD319	1,077
HBJD001	1,079	HBGD492	1,077	HBGD489	1,077
HBFD010	1,079	HBGD316	1,077	HBGD497	1,077
HBMD351	1,079	HBGD117	1,077	HBGD106	1,077
HBMD460	1,079	HBGD181	1,077	HBGD076	1,077
HBMD058	1,079	HBGD210	1,077	HBGD422	1,077
HBMD050	1,079	HBGD018	1,077	HBGD420	1,077
HBMD054	1,079	HBGD004	1,077	HBGD064	1,077
HBMD044	1,079	HBGD025	1,077	HBGD356	1,077
HBMD047	1,079	HBGD021	1,077	HBGD146	1,077
HBMD053	1,079	HBGD038	1,077	HBGD382	1,077
HBMD049	1,079	HBGD044	1,077	HBGD247	1,077

Codes	Coefficients de majoration	Codes	Coefficients de majoration	Codes	Coefficients de majoration
HBMD038	1,079	HBGD322	1,077	HBGD197	1,077
HBMD042	1,079	HBGD160	1,077	HBGD333	1,077
HBFD006	1,079	HBGD403	1,077	HBGD261	1,077
HBFD017	1,079	HBGD300	1,077	HBGD499	1,077
HBFD019	1,079	HBGD358	1,077	HBGD461	1,077
HBFD033	1,079	HBGD003	1,077	HBGD278	1,077
HBFD021	1,079	HBGD402	1,077	HBGD258	1,077
HBFD035	1,079	HBGD281	1,077	HBGD311	1,077
HBFD008	1,079	HBGD171	1,077	HBGD235	1,077
HBFD015	1,079	HBGD016	1,077	HBGD374	1,077
HBFD474	1,079	HBGD466	1,077	HBGD475	1,077
HBFD458	1,079	HBGD299	1,077	HBGD285	1,077
HBFD395	1,079	HBGD102	1,077	HBGD338	1,077
HBFD326	1,079	HBGD159	1,077	HBGD193	1,077
HBFD150	1,079	HBGD465	1,077	HBGD345	1,077
HBFD001	1,079	HBGD017	1,077	HBGD414	1,077
HBFD297	1,079	HBGD190	1,077	HBGD245	1,077
HBFD003	1,079	HBGD397	1,077	HBGD283	1,077
HBFD024	1,079	HBGD080	1,077	LBLD270	1,077
HBBD003	1,079	HBMD019	1,077	LBLD143	1,077
HBBD234	1,079	HBGB005	1,077	LBLD235	1,077
HBBD001	1,079	HBGB003	1,077	LBLD311	1,077
HBBD002	1,079	HBGB002	1,077	LBLD214	1,077
HBPD002	1,077	HBGB004	1,077	LBLD034	1,077
HBPA001	1,077	HBPD001	1,077	HBGD035	1,077
HBGD037	1,077	HBGD309	1,077	HBGD284	1,077
HBGD065	1,077	HBFA007	1,077	LBLD057	1,077
HBGD022	1,077	HBED023	1,077	LAPB451	1,077
HBGD034	1,077	HBED024	1,077	LAPB311	1,077
HBGD287	1,077	HBBA003	1,077	LAPB459	1,077
HBGD078	1,077	HBBA002	1,077	LAPB408	1,077
HBGD060	1,077	HBBA004	1,077	LAPB002	1,077
HBGD312	1,077	HBJB001	1,077	LAPB004	1,077
HBGD142	1,077	HBMA001	1,077	LAPB003	1,077
HBGD231	1,077	LBLD075	1,077	LAPB001	1,077
HBGD349	1,077	LBLD066	1,077	LAPB005	1,077
HBGD067	1,077	LBLD281	1,077	LAPB006	1,077
HBGD418	1,077	LBLD117	1,077	LAPB007	1,077

Codes	Coefficients de majoration	Codes	Coefficients de majoration	Codes	Coefficients de majoration
HBGD441	1,077	LBLD015	1,077	LAPB047	1,077
HBGD105	1,077	LBLD010	1,077	LAPB030	1,077
HBGD191	1,077	LBLD013	1,077	LAPB122	1,077
HBGD262	1,077	LBLD004	1,077	LBGA280	1,077
HBGD031	1,077	LBLD020	1,077	LBGA441	1,077
HBGD032	1,077	LBLD025	1,077	LBGA354	1,077
HBGD415	1,077	LBLD026	1,077	LBGA049	1,077
HBGD169	1,077	LBLD038	1,077	LBGA004	1,077
HBGD039	1,077	LBLD200	1,077	LBGA003	1,077
HBGD002	1,077	LBLD294	1,077	LBGA002	1,077
HBGD453	1,077	LBLD019	1,077	LBGA006	1,077
HBGD218	1,077	LBLD073	1,077	LBGA007	1,077
HBGD480	1,077	LBLD086	1,077	LBGA008	1,077
HBGD206	1,077	LBLD193	1,077	LBGA009	1,077
HBGD396	1,077	LBLD447	1,077	LBGA139	1,077
HBGD113	1,077	HBGD462	1,077	LBGA052	1,077
HBGD438	1,077	HBGD464	1,077	LBGA168	1,077

».

L'annexe 3 est modifiée pour les actes suivants :

«

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
					(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBGD356	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	200,64	200,64	200,64	200,64	200,64	200,64
HBGD146	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	217,36	217,36	217,36	217,36	217,36	217,36
HBGD382	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	234,08	234,08	234,08	234,08	234,08	234,08
HBGD247	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	250,80	250,80	250,80	250,80	250,80	250,80
HBGD197	Avulsion de 15 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	267,52	267,52	267,52	267,52	267,52	267,52
HBGD333	Avulsion de 16 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	284,24	284,24	284,24	284,24	284,24	284,24
HBGD261	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	300,96	300,96	300,96	300,96	300,96	300,96
HBGD499	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	317,68	317,68	317,68	317,68	317,68	317,68
HBGD461	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	334,40	334,40	334,40	334,40	334,40	334,40
HBGD278	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	351,12	351,12	351,12	351,12	351,12	351,12
HBGD258	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	367,84	367,84	367,84	367,84	367,84	367,84
HBGD311	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	384,56	384,56	384,56	384,56	384,56	384,56
HBGD235	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	401,28	401,28	401,28	401,28	401,28	401,28
HBGD374	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	418,00	418,00	418,00	418,00	418,00	418,00
HBGD475	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	434,72	434,72	434,72	434,72	434,72	434,72
HBGD285	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	451,44	451,44	451,44	451,44	451,44	451,44
HBGD338	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	468,16	468,16	468,16	468,16	468,16	468,16
HBGD193	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	484,88	484,88	484,88	484,88	484,88	484,88
HBGD345	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	501,60	501,60	501,60	501,60	501,60	501,60
HBGD414	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	518,32	518,32	518,32	518,32	518,32	518,32
HBGD245	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	535,04	535,04	535,04	535,04	535,04	535,04
HBGD283	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	551,76	551,76	551,76	551,76	551,76	551,76

Codes (a)	Libellés (a)	Activité	Phase	Tarifs applicables jusqu'au 31.03.2019 en euros	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables à compter du 1.01.2023
HBJA003	Assainissement parodontal [détartrage-surfaçage radiculaire] [DSR] sur 1 sextant	1	0		80	80	80	80	80
HBJA171	Assainissement parodontal [détartrage-surfaçage radiculaire] [DSR] sur 2 sextants	1	0		160	160	160	160	160
HBJA634	Assainissement parodontal [détartrage-surfaçage radiculaire] [DSR] sur 3 sextants ou plus	1	0		240	240	240	240	240

».

L'annexe 14 est supprimée et remplacée par l'annexe suivante :

<<

Page 1/x

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

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

Identification du chirurgien-dentiste traitant

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

Date du devis : -- / -- / --

Ce devis contient pages indissociables
Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : Date de naissance : --/--/----

N° de Sécurité sociale du patient :

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

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

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

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

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

Légende explicative du devis:

* HN = Hors Nomenclature.

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

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

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

[illegible]

Notice explicative

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

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

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

Dans ce devis, le chirurgien-dentiste décrit le traitement qu'il vous propose ainsi que les différents matériaux utilisés. Il vous précise la nature de l'acte conformément à la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou pour les actes d'orthodontie, à la nomenclature générale des actes et prestations (NGAP). Lorsqu'un acte est non remboursable par l'assurance maladie obligatoire, le chirurgien-dentiste indique dans la colonne base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire la mention "NR" (Non remboursable). Par ailleurs, quand l'acte n'est pas décrit à la CCAM ou à la NGAP, le chirurgien-dentiste indique la mention "HN" (Hors nomenclature).

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

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

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

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

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

Est insérée une annexe 19 à la convention intitulée « Clause d'indexation et modalités de calcul de l'évolution des charges » et rédigée comme suit :

« ANNEXE XIX

CLAUSE D'INDEXATION ET MODALITÉS DE CALCUL DE L'ÉVOLUTION DES CHARGES

La présente annexe définit l'indice dentaire et sa méthodologie de calcul pour la clause d'indexation définie à l'article 6 de la convention.

1. Structure des charges liées à l'activité dentaire

Les données liées aux charges et revenus des chirurgiens-dentistes sont issues des données des AGA (UNASA, ARAPL). La structure des charges liées à l'activité dentaire est calculée chaque année à partir des données comptables des AGA reconstituées au prorata du nombre d'adhérents. Seuls ces postes, en lien avec la déclaration 2035, sont retenus. Ces données sont fournies pour l'année N à partir d'octobre N+1.

Pour l'année 2018, la structure des charges est la suivante :

Case 2035	Libellé compte de résultat	Détail composition du poste (libellés UNASA, ARAPL)	Structure des charges (source : UNASA 2018, effectifs : 5363)		Structure des charges (source : ARAPL 2018, effectifs : 4151)		Moyenne pondérée par les effectifs
BA	Achats de marchandises (Charges d'exploitation)	Achats	49 717	29,8%	50 900	30,1%	29,9%
BK	Charges sociales personnelles totales (facultatives+oblig)	Charges sociales personnelles	29 674	17,8%	29 900	17,7%	17,7%
BB	Salaires et traitements (Charges d'exploitation)	Salaires nets	15 097	9,0%	15 100	8,9%	9,0%
BH	Travaux, fournitures et services extérieurs	Honoraires, primes d'assurance, autres TFSE	12 755	7,6%	13 000	7,7%	7,7%
BC	Charges sociales sur salaires (parts patronales et ouvrières) (Charges d'exploitation)	Charges sociales	12 755	7,6%	12 500	7,4%	7,5%
BF	Loyers et charges locatives	Loyers et charges locatives	11 974	7,2%	11 700	6,9%	7,1%
BG	Location de matériel	Locations, autres locations	11 193	6,7%	12 200	7,2%	6,9%
BM	Frais divers de gestion (yc frais de réception depuis 2002)	Frais de réception, fournitures de bureau (et téléphone), autres frais divers de gestion	7 549	4,5%	7 800	4,6%	4,6%
BV	Contribution sociale généralisée déductible	CSG déductible	7 809	4,7%	7 800	4,6%	4,6%
BJ	Transports et déplacements	Frais de déplacement	4 165	2,5%	4 200	2,5%	2,5%
BS	Autres impôts et taxes	Autres impôts	3 384	2,0%	2 600	1,5%	1,8%
BN	Charges financières (compte de résultat)	Frais financiers	781	0,5%	800	0,5%	0,5%

Case 2035	Libellé compte de résultat	Détail composition du poste (libellés UNASA, ARAPL)	Structure des charges (source : UNASA 2018, effectifs : 5363)		Structure des charges (source : ARAPL 2018, effectifs : 4151)		Moyenne pondérée par les effectifs
JY (ex-BE)	Cotisation foncière entreprise (Taxe professionnelle)	Taxe professionnelle		0,0%	800	0,5%	0,2%
	Total		166 850	100,0%	169 300	100,0%	100,0%

Les données retenues pour chaque indicateur sont celles du mois de décembre de l'année N. Les indicateurs sont calculés à partir des données comptables des AGA (ARAPL et UNASA) reconstituées au prorata du nombre d'adhérents.

La distinction des charges sociales facultatives et personnelles ne figurant pas dans les documents de synthèse des AGA, les partenaires conventionnels s'accordent à préciser que la part des charges sociales personnelles facultatives est égale à 20 % du montant des charges sociales personnelles totales pour l'année 2018.

Ce ratio sera réévalué chaque année en commission paritaire nationale à partir des nouvelles données de charges fournies par la DREES.

2. Les indices retenus

Les données retenues pour chaque indice sont celles du mois de décembre de l'année N-1. Les indices sont issus de l'INSEE.

En cas de modification d'un indicateur, d'une rupture, d'arrêt d'une série ou bien encore de nouvelles réglementations impactant la structure de charges, les partenaires conventionnels décident en CPN des éventuelles modifications à prendre en compte et de leurs effets sur l'indice dentaire.

Le détail des postes de charges et indices afférents est résumé dans le tableau ci-dessous :

Rubrique 2035	Libellé compte de résultat	Libellé de l'indice retenu	Identifiant de l'indice retenu	Source
BA	Achats de marchandises (Charges d'exploitation)	Indice de prix de production de l'industrie française pour le marché français – CPF 32.50 – Instruments et fournitures à usage médical et dentaire Prix de marché – Base 2015 – Données mensuelles brutes	10534748	INSEE
BT	Charges sociales personnelles totales obligatoires	A définir en CPN en cas d'évolution réglementaire		
BU	Charges sociales personnelles facultatives	Indice annuel des prix à la consommation - Base 2015 - Ensemble des ménages - France - Nomenclature Coicop : 12.4 - Protection sociale	1765115	INSEE
BB	Salaires et traitements (Charges d'exploitation)	Indice des salaires mensuels de base - Activités pour la santé humaine (NAF rév. 2, niveau A38 QA) - Base 100 au T2 2017	10562681	INSEE
BH	Travaux, fournitures et services extérieurs	Indice des prix à la consommation - Base 2015 - Ensemble des ménages - France - Ensemble hors tabac	1763852	INSEE
BC	Charges sociales sur salaires (parts patronales et ouvrières) (Charges d'exploitation)	Indice du coût horaire du travail révisé – tous salariés (ICTrev-TS) indice de charges - Activités spécialisées, scientifiques, techniques	Indice du coût horaire du travail révisé – tous salariés (ICTrev-TS) indice de charges	INSEE
BF	Loyers et charges locatives	Indice des loyers des activités tertiaires (ILAT) - Base 100 au 1 ^{er} trimestre 2010	001617112	INSEE
BG	Location de matériel	Indice de prix de production de l'industrie française pour le marché français – CPF 32.50 – Instruments et fournitures à usage médical et dentaire Prix de marché – Base 2015 – Données mensuelles brutes	10534748	INSEE
BM	Frais divers de gestion (y compris frais de réception depuis 2002)	Indice des prix à la consommation - Base 2015 - Ensemble des ménages - France - Ensemble hors tabac	1763852	INSEE
BV	Contribution sociale généralisée déductible	A définir en CPN en cas d'évolution réglementaire		
BJ	Transports et déplacements	Indice annuel des prix à la consommation - Base 2015 - Ensemble des ménages - France - Nomenclature Coicop : 07 – Transports	1763641	INSEE
BS	Autres impôts et taxes	Indice des prix à la consommation - Base 2015 - Ensemble des ménages - France - Ensemble hors tabac	1763852	INSEE

Rubrique 2035	Libellé compte de résultat	Libellé de l'indice retenu	Identifiant de l'indice retenu	Source
BN	Charges financières (compte de résultat)	Indice annuel des prix à la consommation - Base 2015 - Ensemble des ménages - France - Nomenclature Coicop : 12.6 - Services financiers n.c.a	1763825	INSEE
JY ancienne-ment BE	Cotisation foncière entreprise	Indice des loyers des activités tertiaires (ILAT) - Base 100 au 1 ^{er} trimestre 2010	001617112	INSEE

».

Est insérée une annexe 20 à la convention intitulée « Grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap » et rédigée comme suit :

« ANNEXE XX

**GRILLE DES ADAPTATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE
EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP**

Champ d'utilisation : cette échelle concerne uniquement les patients atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap. Sont exclues, à titre d'exemple, les personnes souffrant de phobies dentaires ainsi que les personnes âgées ne souffrant pas d'handicap sévère, qui ne sont pas concernées par cette grille et dont la prise en charge n'ouvre pas droit aux mesures tarifaires liées au handicap (article 12 de la convention).

Consignes d'utilisation : cette échelle est à remplir à la fin de chaque séance avec un patient handicapé dès lors que le praticien a rencontré une difficulté pour réaliser les soins, et vous permet de justifier la raison d'une adaptation de la prise en charge. Pour chacun des domaines, cochez, dans la colonne de droite la case correspondant à la situation du patient (une seule case par domaine). Dès lors, que pour un patient atteint d'un handicap sévère ou d'un polyhandicap, une case correspondant à une prise en charge "modérée" ou "majeure" est cochée, les mesures tarifaires liées au handicap (article 12 de la convention) peuvent être facturées.

Adaptation de la prise en charge	DOMAINES ayant nécessité une adaptation de la prise en charge du patient pour réaliser les actes bucco-dentaires	
DOMAINE DE LA COMMUNICATION		
Aucune	Pas de problème de communication	
Mineure	Ex. Communication interpersonnelle lente ; Troubles cognitifs mineurs ; Malentendant ; Malvoyant ; Troubles de l'élocution ou de la communication verbale	
Modérée	Ex. Communication par l'intermédiaire d'une tierce personne ; Troubles cognitifs modérés ; déficience sensorielle complète	☐
Majeure	Ex. Pas de communication ; Troubles cognitifs sévères ; Démence sévère	☐
DOMAINE DES PROCEDURES FACILITATRICES (sédation consciente / hypnose / AG)		
Aucune	Aucune procédure facilitatrice n'a été nécessaire pour réaliser l'examen ou les soins	
Mineure	Prémédication orale pour réaliser l'examen ou les soins.	
Modérée	Sédation consciente ou hypnose pour réaliser l'examen ou les soins.	☐
Majeure	Anesthésie générale ou sédation profonde en présence d'un médecin anesthésiste, quelle que soit l'indication.	☐
DOMAINE DE LA COOPERATION pendant l'examen ou le soin (avec ou sans technique facilitatrice) (voir annexe 1 [*])		
Aucune	Détendu ; Coopérant	
Mineure	Mal à l'aise ; Tendu ; La continuité thérapeutique est préservée mais avec beaucoup d'anxiété	
Modérée	Réticent ; Manifestation de l'opposition verbalement ou avec les mains ; La séance se déroule avec difficultés	☐
Majeure	Très perturbé ou totalement déconnecté ; La séance est régulièrement interrompue ; Réactions de fuite, Séance avec contention ou prématurément stoppée.	☐
DOMAINE DE L'ETAT DE SANTE GENERALE (voir annexe 2 [**])		
Aucune	Patient en bonne santé générale	
Mineure	Patient présentant une maladie systémique légère ou bien équilibrée	

Adaptation de la prise en charge	DOMAINES ayant nécessité une adaptation de la prise en charge du patient pour réaliser les actes bucco-dentaires	
Modérée	Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère	☐
Majeure	Patient présentant une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital	☐
DOMAINE DE L'ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE		
Aucune	Pas de facteur de risque particulier induisant un mauvais état bucco-dentaire	
Mineure	Présence d'un facteur de risque uniquement en lien avec une hygiène défailante ou une alimentation sucrée	
Modérée	Présence d'un facteur de risque modéré en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie, ex. Troubles de la déglutition ; Fente labiopalatine ; Gastrostomie ; Trachéotomie ; Limitation de l'ouverture buccale, Spasticité	☐
Majeure	Association de plusieurs facteurs de risque en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie ET en lien avec une hygiène défailante ou une alimentation sucrée	☐
DOMAINE DE L'AUTONOMIE		
Aucune	Pas de perte d'autonomie pour accéder aux soins dentaires	
Mineure	Besoin d'une assistance hors du cabinet dentaire ex. prises de rdv, transport par un tiers (parent, VSL, taxi) ; fauteuil roulant	
Modérée	Besoin d'un accompagnateur lors des soins ex.aide aux transferts ; à la prise en charge comportementale ; à la communication	☐
Majeure	Ex. Besoin d'être porté lors des transferts ; Interruption de la continuité des soins cause hospitalisations/épisodes aigus fréquentes ; Besoin de plusieurs accompagnateurs lors des soins	☐
DOMAINE DE LA GESTION MEDICO-ADMINISTRATIVE (ex. constitution du dossier médical ; lien avec l'établissement, la famille, l'assistant social ; contact avec la tutelle)		
Aucune	Pas de gestion médico-administrative particulière	
Mineure	La gestion médico-administrative est faite par une tierce personne (famille, assistant social, établissement, médecin traitant...) ou dans le cadre d'une procédure de télémédecine bucco-dentaire.	
Modérée	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec un seul secteur (médical, médico-social ou médico-légal)	☐
Majeure	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec et entre plusieurs secteurs (médical, médico-social et/ou médico-légal)	☐
(*) Voir Echelle de Venham in extenso en annexe 1. (**) Voir Echelle ASA in extenso en annexe 2.		

Ce document est à conserver dans le dossier du patient (renseignements nécessaires à l'évaluation des mesures et à communiquer au service médical de l'assurance maladie à sa demande). »

ANNEXES

ANNEXE 1

Score	Echelle de VENHAM modifiée (*)
0	Détendu , souriant, ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément, ou dès qu'on le lui demande.
1	Mal à l'aise, préoccupé . Pendant une manœuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement pour montrer son inconfort. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. Le patient est disposé à – et capable de – exprimer ce qu'il ressent quand on le lui demande. Expression faciale tendue. Respiration parfois retenue. Capable de bien coopérer avec le dentiste.

Score	Echelle de VENHAM modifiée (*)
2	Tendu. Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Pendant une manœuvre stressante, protestations verbales, pleurs (discrets), mains tendues et levées, mais sans trop gêner le dentiste. Le patient interprète la situation avec une exactitude raisonnable et continue d'essayer de maîtriser son anxiété. Les protestations sont plus gênantes. Le patient obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée.
3	Réticent à accepter la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Protestations énergiques, pleurs. Utilise les mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Protestations sans commune mesure avec le danger ou exprimée bien avant le danger. Parvient à faire face à la situation, avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficultés.
4	Très perturbé par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement. Importantes contorsions, nécessitant parfois une contention. Le patient peut être accessible à la communication verbale et finir, après beaucoup d'efforts et non sans réticence, à essayer de se maîtriser. La séance est régulièrement interrompue par les protestations.
5	Totalement déconnecté de la réalité du danger. Pleure à grands cris, se débat ; inaccessible à la communication verbale. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuite. Tente activement de s'échapper. Contention indispensable.

(*) Hennequin et al. French versions of two indices of dental anxiety and patient cooperation. Eur Cells Mater, 2007; 13: 3.

ANNEXE 2

ASA PS CLASSIFICATION (**) (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

Score	Définition	Exemples, non exclusifs
ASA I	Patient en bonne santé	Bon état général, non-fumeur, pas ou peu de consommation d'alcool
ASA II	Patient présentant une maladie systémique mineure ou bien équilibrée	Maladie mineure sans limitation fonctionnelle importante. Exemples non-exclusifs : tabagisme, consommation sociale d'alcool, grossesse, obésité ($30 < \text{IMC} < 40$), diabète équilibré, hypertension artérielle contrôlée, insuffisance respiratoire mineure
ASA III	Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère	Limitation fonctionnelle importante ; Une ou plusieurs maladies modérées à sévères. Exemples non-exclusifs : diabète non équilibré, hypertension artérielle non- contrôlée, insuffisance respiratoire modérée, obésité morbide ($\text{IMC} \geq 40$), hépatite active, insuffisance rénale avec dialyse régulière, antécédent datant de > 3 mois d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'accident ischémique transitoire ou d'insuffisance coronaire ayant nécessité la pose de stent
ASA IV	Patient présentant une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital	Exemples non-exclusifs : antécédent datant de < de 3 mois d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'accident ischémique transitoire ou d'insuffisance coronaire ayant nécessité la pose de stent, d'ischémie cardiaque, de dysfonction valvulaire sévère, sepsis, coagulation intravasculaire disséminée, insuffisance respiratoire aiguë, insuffisance rénale terminale sans dialyse

(**) Disponible à : www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system ».

Fait à Paris, le

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 les Chirurgiens-dentistes de France :

M. Thierry SOULIE, président,

Et

Pour l'Union dentaire :

M. Philippe DENOYELLE, président