

CHIRURGIENS-  
DENTISTES

Vous accompagner  
**La réglementation  
médico-sociale**

## Les essentiels Assurance Maladie

Qu'est-ce qu'une affection de longue durée (ALD) ? Comment formuler avec précision vos prescriptions ? Qui est concerné par le nouveau dispositif de prévention dentaire de l'Assurance Maladie ? [Informez-vous sur la réglementation et les bonnes pratiques en vigueur.](#)

### ■ LE SERVICE MÉDICAL DE L'ASSURANCE MALADIE

### ■ LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

- NOMENCLATURES ET CODAGE
- LA COUVERTURE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (CMUC)
- L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT (AME)
- DANS LE CADRE D'UNE AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD)
- DANS LE CADRE D'UN ACCIDENT DE TRAVAIL
- LES AGÉNÉSIES DENTAIRES MULTIPLES LIÉES À UNE MALADIE RARE CHEZ L'ENFANT
- LES AGÉNÉSIES DENTAIRES MULTIPLES LIÉES À UNE MALADIE RARE CHEZ L'ADULTE
- LES HONORAIRES

### ■ LA PRESCRIPTION

- MÉDICAMENTS
- BIOLOGIE
- ORTHOPHONIE
- ARRÊTS DE TRAVAIL

### ■ LA PRÉVENTION

### ■ LE SITE AMELI.FR ET D'AUTRES SITES UTILES

# LE SERVICE MÉDICAL DE L'ASSURANCE MALADIE

**Le Service médical de l'Assurance Maladie exerce une mission de service public.**

**Les praticiens-conseils et leurs équipes veillent à la juste attribution des prestations et contribuent à garantir l'accès de tous à des soins de qualité au meilleur coût.**

## ■ Pourquoi et quand contacter le Service médical ?

**Vous pouvez contacter le Service médical pour :**

- être informé des évolutions réglementaires ;
- évoquer le cas d'un de vos patients ;
- obtenir des précisions sur la cotation d'un acte ;
- mieux connaître les recommandations de pratique clinique ;
- discuter de votre pratique au regard de ces recommandations ;
- être informé des résultats d'une étude de santé publique ;
- bénéficier de l'intervention d'un praticien-conseil lors d'une formation médicale continue.

## ■ Dans quel cadre le Service médical de l'Assurance Maladie peut-il vous contacter ?

### • Pour le traitement des dossiers de vos patients

Le Service médical vous adresse une demande d'informations ou de pièces justificatives.

### • Dans le cadre d'un programme d'amélioration de la qualité des soins

(diabète de type 2, antibiotiques par exemple), le Service médical peut être amené à recueillir des informations auprès de tous les acteurs concernés : professionnels de santé, auxiliaires médicaux, établissements de soins et patients. Vous recevez alors un questionnaire d'enquête à compléter et à retourner ou une demande de rendez-vous pour un entretien avec le praticien-conseil.

### • Dans le cadre d'échanges confraternels individuels

### • Dans le cadre du contrôle de votre activité

Après vous avoir informé du déclenchement de l'analyse de votre activité, le Service médical vous transmet dans un premier temps les conclusions de cette analyse.

Dans un deuxième temps et si nécessaire, le directeur de la caisse d'Assurance Maladie vous notifie par lettre les faits qui suscitent des interrogations et vous propose un rendez-vous pour un entretien avec un praticien-conseil.

Vous pouvez consulter la "charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'Assurance Maladie" sur le site [ameli.fr](http://ameli.fr).

Pour  
trouver les coordonnées  
du Service médical de votre  
département, consultez le site  
internet du Service médical de  
l'Assurance Maladie en Ile-de-France :  
**[www.drsm-idf.fr](http://www.drsm-idf.fr)** (> rubrique « Vos  
contacts départementaux »)  
ou [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

# NOMENCLATURES

Les actes dentaires continuent à être facturés en Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

## ■ La Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)

Depuis la loi du 13 août 2004, les actes pris en charge par l'Assurance Maladie doivent être inscrits sur la liste des actes et des prestations (article L162-1-7 du code de la Sécurité sociale).

Depuis la décision de l'Union nationale des caisses d'Assurance Maladie (Uncam) du 11 mars 2005, toutes les modifications de la Liste des actes et des prestations font l'objet de décisions de l'Uncam publiées au Journal officiel.

Les évolutions concernant la NGAP pour les actes cliniques, dentaires ou les actes des auxiliaires médicaux, sont signalées à l'article III-4 du Livre III de la liste.

## ■ La consultation (articles 11 et 15 des dispositions générales de la NGAP)

Elle comporte :

- un interrogatoire du malade ;
- un examen clinique ;
- une prescription thérapeutique s'il y a lieu.

La consultation ne peut pas :

- se cumuler avec un autre acte exécuté au cours de la même séance ;
- remplacer la cotation d'un acte dont la valeur lui est inférieure ;
- faire rembourser un acte non remboursable ;
- faire rembourser l'une des séances opératoires d'un acte dont la cotation est "globale et forfaitaire".

## ■ Soins conservateurs

La cotation d'un scellement prophylactique des puits, sillons et fissures est SC9 par dent. La prise en charge par l'Assurance Maladie est limitée aux premières et deuxième molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent. Cet acte doit être réalisé en cas de risque carieux et avant le quatorzième anniversaire.

Pour les soins de la pulpe et des canaux, les clichés radiographiques, pré-opératoire et post-opératoire, dont la nécessité médicale est validée scientifiquement, sont conservés dans le dossier du patient.

## ■ Soins prothétiques

En ce qui concerne les couronnes prothétiques, le ou les clichés radiographiques pré-opératoires, dont la nécessité médicale est validée scientifiquement, sont conservés dans le dossier du patient.

La cotation d'une couronne dentaire unitaire à infrastructure céramique quand la dent ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation est SPR 50.

La cotation des intermédiaires de bridge est basée sur l'édentement corrigé. La cotation à appliquer est alors celle prévue pour une prothèse adjointe avec plaque base en matière plastique sans supplément. Si plusieurs bridges sont réalisés, chaque prothèse conjointe peut donner lieu à la cotation de l'édentement corrigé.

Consultez la  
NGAP comprenant les  
dispositions générales et la liste des  
actes pris en charge par l'Assurance  
Maladie sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) >  
Professionnels de santé > Chirurgiens-  
dentistes > Exercer au quotidien >  
Nomenclatures et codage >  
La NGAP

# LA CMU COMPLÉMENTAIRE

**La Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) facilite l'accès aux soins des personnes à faibles ressources, résidant en France de façon stable et régulière. Si vous recevez un patient bénéficiaire de la CMUC, demandez-lui de justifier de ses droits. Vous devez ensuite pratiquer le tiers-payant avec dispense totale d'avance de frais. Vos honoraires seront intégralement remboursés par l'Assurance Maladie.**

## ■ La CMUC

La Couverture maladie universelle complémentaire permet à toute personne résidant régulièrement en France et de façon ininterrompue depuis plus de trois mois de bénéficier d'une protection complémentaire gratuite et renouvelable.

Elle prend en charge :

- **le ticket modérateur** (c'est-à-dire la partie non remboursée par l'Assurance Maladie) sur les honoraires et les actes des professionnels de santé, les médicaments, les frais d'hospitalisation ;
- **la participation forfaitaire d'un euro** ;
- **le forfait journalier sans limitation de durée en cas d'hospitalisation** ;
- **les soins conservateurs** (traitement des caries, détartrages, examens de contrôle) ;
- **les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale** (ODF), les lunettes (verres et montures), les prothèses auditives et d'autres produits ou appareils médicaux (pansements, cannes, fauteuils roulants, etc.) au-delà des montants remboursables par l'Assurance Maladie et dans la limite des tarifs fixés par arrêtés.

## ■ Les droits à la CMU complémentaire

Ils concernent toutes les personnes constituant le foyer (le demandeur et les personnes à sa charge).

Ils sont accordés pour une année et, sauf cas particuliers, sont ouverts au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la décision de la caisse d'Assurance Maladie de l'assuré.

Ils sont réexaminés tous les ans pour un éventuel renouvellement.

Si les droits à la CMU complémentaire ne sont pas renouvelés, votre patient peut toutefois continuer de bénéficier pendant 12 mois du tiers-payant sur la partie prise en charge par l'Assurance Maladie. Dans ce cas, vous devez lui réclamer le versement de la part complémentaire uniquement. Ces personnes peuvent éventuellement bénéficier de l'aide pour une complémentaire santé (ACS) si leurs ressources sont supérieures, dans la limite de 35 %, au plafond fixé pour l'attribution de la CMUC.

## ■ Les justificatifs de droits à la CMUC

Votre patient doit vous présenter sa carte Vitale à jour. La mention « Date de fin de droits » qui y figure est une preuve de l'ouverture de droits à la CMUC, valides jusqu'à la date indiquée.

Si votre patient n'a pas de carte Vitale ou si sa carte Vitale n'est pas à jour et que vous êtes équipé en SESAM Vitale, demandez-lui de vous présenter l'un des deux documents suivants :

- son attestation CMUC mentionnant la liste des bénéficiaires et les dates de début et fin de droits ;
- sa carte d'adhésion à un organisme complémentaire avec l'indication « CMU ».

## ■ La facturation des actes

Si votre patient justifie de ses droits à la CMUC, vous devez lui appliquer le tiers-payant avec dispense totale d'avance de frais.

Pour les soins conservateurs, vous devez respecter les tarifs conventionnels en vigueur.

> Pour des **soins d'ODF** et avant de commencer le traitement, vous devez établir une **demande d'accord préalable accompagnée d'un devis avec la mention CMUC**.

Vous adresserez la demande d'accord préalable au chirurgien-dentiste-conseil du Service médical de l'Assurance Maladie du département de votre patient. L'absence de réponse de la caisse dans un délai de 15 jours vaut pour accord de la demande.

Pour les prothèses dentaires, avant de commencer le traitement, vous devez établir et remettre à votre patient un devis avec la mention CMUC.

Pour les soins d'ODF et les prothèses dentaires, vous êtes tenu de proposer à votre patient des prestations dont le prix ne dépasse pas les montants fixés par l'arrêté du 31 décembre 1999, modifié par l'arrêté du 30 mai 2006 et l'arrêté du 27 mars 2007.

Il s'agit du **panier de biens des soins dentaires**. Le prix maximum autorisé est calculé sur la base des tarifs de responsabilité, majoré d'un dépassement pris en charge par la CMUC.

Pour remplir la feuille de soins papier :

- indiquez un acte par ligne dans la colonne "Désignation des actes suivant NGAP" en indiquant le tarif applicable ;
- notez le code de transposition dans la colonne "Motif du dépassement" ;
- faites apparaître la mention CMUC à la place de la signature attestant le paiement de vos honoraires.

> S'il s'agit d'une réparation après exécution, indiquez dans la rubrique « Actes non soumis à accord préalable », la mention CMUC ainsi que l'indication de la réparation effectuée.

> Pour les soins dentaires prothétiques non soumis à accord préalable, remplissez la partie "Honoraires des actes non soumis à EP".

> Exception (alternative thérapeutique ou actes hors nomenclature) :

Si votre patient bénéficiaire de la CMUC a une exigence particulière et souhaite faire réaliser un acte non inclus dans le panier de soins mais cependant inscrit à la NGAP tel que :

- couronne à incrustation vestibulaire ou couronne céramo-métallique sur 2ème prémolaire ou sur molaire ;
- remplacement de dent(s) absente(s) par prothèse fixée ;
- multiattaches céramiques en ODF.

Vous déterminez librement le montant de vos honoraires avec tact et mesure. Vous établissez un devis préalable informant votre patient du reste à charge, vous portez la mention ED (entente directe) sur le document de facturation et utilisez les codes de transcodage :

- FPC pour prothèse conjointe hors panier de soins CMU;
- FPO pour traitement ODF avec attache céramique.

> Si votre patient bénéficiaire de la CMU a une exigence particulière et souhaite faire réaliser des actes non inscrits au panier de soins et non inscrits à la NGAP tels que :

- implant ;
- blanchiment ;
- ....

Vous déterminez librement le montant de vos honoraires avec tact et mesure.

Vous établissez un devis préalable informant votre patient du reste à charge, votre patient vous règlera directement la totalité des honoraires et vous n'établissez pas de document de facturation pour la Cpm.



## ■ Prothèses dentaires et traitements d'orthopédie dento-faciale hors panier de soins CMUC. Codes de transposition et montants maxima pris en charge.

Acte ou traitement	Code de transposition	Cotation chirurgien-dentiste	Cotation médecin stomatologue	Tarif de responsabilité (€)	Dépassement maximum pris en charge par la CMUC (€)	Total de la prise en charge (€)
Couronne à incrustation vestibulaire sur 2ème prémolaire ou molaire	FPC40	SPR50	PRO50	107,50	122,50	230,00
Couronne céramo-métallique sur 2ème prémolaire ou molaire	FPC41	SPR50	PRO50	107,50	122,50	230,00
Remplacement de 1 à 3 dents absentes par prothèse fixée	FPC42	SPR30	PRO30	64,50	128,50	193,00
Remplacement de 4 dents absentes par prothèse fixée	FPC43	SPR35	PRO35	75,25	273,75	349,00
Remplacement de 5 dents absentes par prothèse fixée	FPC44	SPR40	PRO40	86,00	263,00	349,00
Remplacement de 6 dents absentes par prothèse fixée	FPC45	SPR45	PRO45	96,75	252,25	349,00
Remplacement de 7 dents absentes par prothèse fixée	FPC46	SPR50	PRO50	107,50	326,50	434,00
Remplacement de 8 dents absentes par prothèse fixée	FPC47	SPR55	PRO55	118,25	315,75	434,00
Remplacement de 9 dents absentes par prothèse fixée	FPC48	SPR60	PRO60	129,00	305,00	434,00
Remplacement de 10 dents absentes par prothèse fixée	FPC49	SPR65	PRO65	139,75	294,25	434,00
Remplacement de 11 dents absentes par prothèse fixée	FPC50	SPR70	PRO65	150,50	366,50	517,00
Remplacement de 12 dents absentes par prothèse fixée	FPC51	SPR75	PRO75	161,25	355,75	517,00
Remplacement de 13 dents absentes par prothèse fixée	FPC52	SPR80	PRO80	172,00	345,00	517,00
Remplacement de 14 dents absentes par prothèse fixée	FPC53	SPR85	PRO85	182,75	473,25	656,00
Multi attaches en céramique	FPO54	TO90	ORT90	193,50	270,50	464,00

# LA CMU COMPLÉMENTAIRE

## ■ Table de transposition actes et traitements dentaires

Nomenclature : acte ou traitement	Codes transposition	Cotation CD	Tarif de responsabilité (€)	Prix maximum autorisé (€)	Dépassement maximum (€)
<b>Prothèses dentaires conjointes</b>					
Couronne dentaire ajustée ou coulée métallique	FDC 1	SPR 50	107,50	230,00	122,50
Couronne à incrustation vestibulaire pour incisives, canines, premières prémolaires (seule est prise en charge la couronne métallique à facette céramique)	FDC 2	SPR 50	107,50	239,50	132,00
Couronne dentaire céramo-métallique pour incisives, canines, premières prémolaires	FDC 3	SPR 50	107,50	375,00	267,50
Dents à tenon ne faisant pas intervenir une technique de coulée	FDC 4	SPR 35	75,25	75,25	-
Dépose des prothèses conjointes métalliques pour traitement radiothérapique des tumeurs faciales, obturation provisoire comprise par élément pilier	FDC 5	SPR 18	38,70	38,70	-
Conception, adaptation et pose d'une infrastructure corono-radulaire métallique coulée à ancrage radulaire (inlay-core)	FDC 38	SPR 57	122,55	122,55	-
Conception, adaptation et pose d'une infrastructure corono-radulaire métallique coulée à ancrage radulaire avec clavette (inlay-core avec clavette)	FDC 39	SPR 67	144,05	144,05	-
<b>Prothèses dentaires adjointes</b>					
De 1 à 3 dents	FDA 6	SPR 30	64,50	193,00	128,50
4 dents	FDA 7	SPR 35	75,25	349,00	273,75
5 dents	FDA 8	SPR 40	86,00	349,00	263,00
6 dents	FDA 9	SPR 45	96,75	349,00	252,25
7 dents	FDA 10	SPR 50	107,50	434,00	326,50
8 dents	FDA 11	SPR 55	118,25	434,00	315,75
9 dents	FDA 12	SPR 60	129,00	434,00	305,00
10 dents	FDA 13	SPR 65	139,75	434,00	294,25
11 dents	FDA 14	SPR 70	150,50	517,00	366,50
12 dents	FDA 15	SPR 75	161,25	517,00	355,75
13 dents	FDA 16	SPR 80	172,00	517,00	345,00
14 dents	FDA 17	SPR 85	182,75	656,00	473,25
Dent prothétique contreplaquée sur plaque base en matière plastique, supplément	FDA 18	SPR 10	21,50	21,50	-
Réparation de fracture de la plaque base en matière plastique	FDR 19	SPR 10	21,50	65,00	43,50

## ■ Table de transposition actes et traitements dentaires (suite)

Nomenclature : acte ou traitement	Codes transposition	Cotation CD	Tarif de responsabilité ((€))	Prix maximum autorisé (€)	Dépassement maximum (€)
<b>Prothèses dentaires adjointes</b>					
Dents ou crochets ajoutés ou remplacés sur appareil en matière plastique - 1er élément - les éléments suivants sur le même appareil	FDR 20 FDR 21	SPR 10 SPR 5	21,50 10,75	65,00 32,50	43,50 21,75
Plaque base métallique, supplément	FDA 22	SPR 60	129,00	300,00	171,00
Dent prothétique contreplaquée ou massive soudée sur plaque métallique, supplément	FDA 23	SPR 15	32,25	32,25	-
Dents contreplaquées ou massives, ou crochets soudés, ajoutés ou remplacés sur appareil métallique, par élément	FDR 24	SPR 52	43,00	43,00	-
Réparation de fracture de la plaque base métallique, non compris s'il y a lieu, le remontage des dents sur matière plastique	FDR 25	SPR 15	32,25	65,00	32,75
Dents ou crochets remontés sur matière plastique après réparation de la plaque base métallique : par élément	FDR 26	SPR 3	6,45	6,45	-
Remplacement de facette ou dent à tube	FDR 27	SPR 8	17,20	17,20	-
<b>Orthopédie dento-faciale</b>					
Traitement des dysmorphoses par période de 6 mois dans la limite de 6 périodes : - sans multiattaches - avec multiattaches	FDO 28 FDO 29	TO 90 TO 90	193,50 193,50	333,00 464,00	139,50 270,50
Séance de surveillance (au maximum deux par semestre)	FDO 31	TO 5	10,75	10,75	-
Contention après traitement orthodontique - 1ère année	FDO 32	TO 75	161,25	161,25	-
Contention après traitement orthodontique - 2ème année	FDO 33	TO 50	107,50	107,50	-
Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre total ou à la division palatine : - forfait annuel, par année - en période d'attente	FDO 34 FDO 35	TO 200 TO 60	430,00 129,00	430,00 129,00	- -
Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée	FDO 36	TO 180	387,00	387,00	-
Traitement d'orthopédie dento-faciale avec multiattaches au-delà du seizième anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires pour une période de six mois non renouvelable	FDO 37	TO 90	193,50	381,12	187,62

# L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT

**L'aide médicale de l'État (AME) s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions. Il s'agit d'une couverture médicale pour les étrangers qui ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale. Cette protection santé s'adresse aux ressortissants en situation irrégulière et précaire.**

Les bénéficiaires du droit à l'aide médicale sont définis à l'article L 251- 1 du code de l'action sociale et des familles.

Ce dispositif concerne les étrangers vivants en France de façon stable depuis plus de trois mois et qui ne remplissent pas toutes les conditions de régularité du séjour en France. Cette prise en charge est réalisée sous conditions de ressources.

## ■ Prise en charge

Par application des tarifs servant de base au calcul des prestations d'Assurance Maladie, l'aide médicale de l'état permet la prise en charge :

- des dépenses de soins ;
- de consultations médicales à l'hôpital ou en médecine de ville ;
- de prescriptions médicales ;
- de forfaits hospitaliers.

Le bénéficiaire de l'AME est dispensé de faire l'avance de frais, à l'hôpital ou en médecine de ville.

Le patient doit présenter un document d'admission (attestation d'admission à l'AME).

Les soins et prothèses dentaires sont pris en charge à 100% du tarif de responsabilité. Pour les actes prothétiques, il peut donc exister un reste à charge au patient.

## ■ Différence avec la CMU-C

Il est important de faire la distinction entre la CMU-C et l'AME. Pour l'AME, contrairement à la CMUC, il n'existe pas de panier de soins; il n'existe pas de prise en charge au-delà des tarifs de responsabilité de l'Assurance Maladie, notamment pour les prothèses dentaires et l'ODF.

Les dépassements d'honoraires en prothèse et en orthodontie sont autorisés et restent à charge de l'assuré. Par ailleurs, il n'y a pas de prise en charge des actes non remboursables.

Il est à noter que tous les professionnels de santé ont l'obligation d'accueillir les bénéficiaires de l'AME.



# LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

## ■ Le point sur les ALD

Il existe trois catégories principales d'affections de longue durée pouvant donner lieu à une exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire à une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie pour les soins en lien avec cette pathologie :

- la liste des ALD 30 ;
- les affections « hors liste » ;
- les polyopathologies.

## ■ La liste des ALD 30

Il s'agit des affections nécessitant un traitement prolongé et **une thérapeutique particulièrement coûteuse** :

- accident vasculaire cérébral invalidant ;
- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- bilharziose compliquée ;
- insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie, épilepsie grave ;
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- hypertension artérielle sévère ;
- maladie coronaire ;
- insuffisance respiratoire chronique grave ;
- maladie d'Alzheimer et autres démences ; maladie de Parkinson ;
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- mucoviscidose ;
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- paraplégie ;
- périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive grave ;
- affections psychiatriques de longue durée ;
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- sclérose en plaques ;
- scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
- spondylarthrite ankylosante grave ;
- suites de transplantation d'organe ;
- tuberculose active, lèpre ;
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

## • Les affections « hors liste »

Il s'agit d'**affections graves caractérisées, non inscrites sur la liste des ALD 30, nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse** (ex. : maladie de Paget, ulcères chroniques ou récidivants avec retentissement fonctionnel sévère, dégénérescence maculaire).

## • Les polyopathologies

Il s'agit des **états pathologiques invalidants entraînés par plusieurs affections qui nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse** (ex. : une personne de 90 ans atteinte de polyarthrose avec troubles de la marche, incontinence urinaire, tremblements essentiels).

Les Affections de longue durée concernent aujourd'hui un peu plus de 8 millions de personnes et représentent près de 60 % des dépenses de soins de ville. Certains facteurs explicatifs sont connus : vieillissement de la population, progrès et coût des techniques médicales, élargissement des situations médicales exonérantes. Les enjeux, tant en terme de santé publique qu'en termes économiques, sont considérables.

## ■ Le protocole de soins (imprimé S3501)

Le protocole de soins, mis en place pour les patients atteints d'une affection de longue durée, ouvre droit à une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie des dépenses liées au traitement et au suivi de l'affection.

Il précise les actes et prestations nécessaires au traitement et au suivi de l'ALD et définit les conditions de prise en charge.

Il se compose de trois volets : un pour le médecin traitant, un deuxième pour le médecin-conseil, un troisième pour le patient, désormais mieux informé et plus impliqué dans la prise en charge de sa maladie.

Pour bénéficier d'une prise en charge du ticket modérateur pour les soins dentaires en rapport avec son affection ou sa maladie, le patient doit vous présenter le protocole de soins établi par son médecin traitant.

Après réalisation des actes bucco-dentaires en rapport avec la maladie exonérante, inscrire "O" (pour oui) dans la case "Actes en rapport avec ALD".

## ■ Les domaines bucco-dentaires pouvant être impliqués en cas d'ALD

	Soins	Extractions	Parodontologie	Prothèse fixe	Prothèse mobile	Gouttière fluorée	O.D.F
1- Accident vasculaire cérébral invalidant							
2- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	✓	✓	✓	✓	✓		
3- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques							
4- Bilharziose compliquée							
5- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathie valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	✓	✓	✓	✓	✓		
6- Maladies chroniques actives du foie et cirrthoses		✓	✓				
7- Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH	✓	✓	✓	✓	✓		
8- Diabète de type 1 et diabète de type 2	✓	✓	✓	✓	✓		
9- Formes graves des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave							
10- Hémoglobinopathies, hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères							
11- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves		✓	✓				
12- Hypertension artérielle sévère							
13- Maladie coronaire							
14- Insuffisance respiratoire chronique grave							
15- Maladie d'Alzheimer et autres démences							
16- Maladie de Parkinson	✓	✓	✓				
17- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé							
18- Mucoviscidose							
19- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique pur primitif	✓	✓	✓	✓	✓		
20- Paraplégie							
21- PAN, LEAD, sclérodermie généralisée évolutive	✓	✓	✓				
22- Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	✓	✓	✓				
23- Affections psychiatriques de longue durée	✓	✓	✓	✓	✓		
24- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives							
25- Sclérose en plaques	✓	✓	✓				
26- Scoliose structurale évolutive							✓
27- Spondylarhrite ankylosante grave	✓	✓					
28- Suite de transplantation d'organe	✓	✓	✓	✓	✓		
29- Tuberculose active, lèpre							
30- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

# L'ACCIDENT DU TRAVAIL

IMPRIMÉ S6909

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

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

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

Sans réponse à l'issue de ce délai, votre patient peut considérer que son accident a été reconnu comme professionnel. En cas de refus, la caisse d'Assurance Maladie lui indiquera les voies de recours et le délai dont il dispose pour éventuellement contester cette décision. Vous serez alors informé et l'employeur recevra un double de cet avis.

## ■ Les certificats médicaux (imprimé S6909)

Si votre patient vous consulte suite à un accident de travail ou de trajet, vous devez rédiger un **certificat médical initial** décrivant précisément l'état de la victime, le siège, la nature des lésions et leur localisation.

A l'issue de la période de soins et, éventuellement, de l'arrêt de travail, vous devez établir :

- **le certificat médical final de guérison**, lorsqu'il y a disparition apparente des lésions.
- **le certificat médical final de consolidation**, lorsque les lésions prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, et avec des séquelles entraînant une incapacité permanente.

Dans les deux cas, une rechute est toujours possible. Après réception du certificat médical final de guérison ou de consolidation, et après avis du médecin-conseil, la caisse d'Assurance Maladie de votre patient lui adressera, par lettre recommandée avec accusé de réception, une notification de la date de guérison ou de consolidation. Elle vous en informera également.

## ■ L'incapacité permanente

Une fois le certificat de consolidation établi, votre patient sera convoqué par le Service médical de l'Assurance Maladie, pour y être examiné par un praticien-conseil. Ce dernier rédigera un rapport détaillé proposant un taux d'incapacité permanente. L'incapacité permanente étant entendue comme la perte définitive, partielle ou totale de la capacité à travailler. Ce taux tient compte de la nature de l'infirmité de votre patient, de son état général, de son âge et de ses aptitudes et qualifications professionnelles. La caisse d'Assurance Maladie de votre patient l'informerait de son taux d'incapacité permanente et du montant qui lui sera versé, sous forme d'indemnités ou de rente d'incapacité permanente.

## ■ Remboursement des prothèses dentaires au titre d'un accident du travail

Suite à la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 et à l'arrêté du 3 février 2009, le montant du coefficient multiplicateur applicable au tarif des prothèses dentaires est fixé à 1,5.

Jusqu'à présent, l'ensemble des frais occasionnés par les produits et prestations liés à un accident du travail était intégralement pris en charge par l'assurance AT/MP, dans la limite des tarifs de responsabilité applicables en assurance maladie.

Le nouveau dispositif prévoit de majorer ces tarifs par l'application d'un coefficient multiplicateur.

Cependant, la prise en charge ne pourra excéder le montant des frais réellement exposés par la victime.

### Application de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) - article 98

- Remboursement à 150% des prothèses dentaires en accident du travail.
- Code de facturation pour les chirurgiens-dentistes : ATD (complément AT dentaire).
- **Deux lignes de facturation :**
  - actes dentaires ;
  - compléments de prise en charge (50% au plus).

# LES AGÉNÉSIES DENTAIRES MULTIPLES LIÉES À UNE MALADIE RARE CHEZ L'ENFANT

Depuis le 28 juin 2007, le traitement implanto-prothétique des agénésies dentaires multiples liés à une maladie rare, chez l'enfant de plus de 6 ans et jusqu'à la fin de la croissance, est pris en charge par l'Assurance Maladie. Ces actes sont désormais inscrits à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP, titre III chapitre 7 section IV).

## ■ Rédiger le protocole de soins

La demande de prise en charge de ce traitement, dans le cadre d'une Affection de longue durée, doit être faite par un médecin dans les conditions habituelles, c'est-à-dire au moyen du protocole de soins.

La rédaction du protocole de soins pourra être assurée par le médecin que la famille aura choisi (médecin traitant de l'un des deux parents, pédiatre, etc.), puisque la désignation d'un médecin traitant n'est pas obligatoire pour les enfants de moins de 16 ans.

## ■ Remplir le document d'aide au remplissage

Compte tenu de la complexité des informations permettant d'apprécier l'état bucco-dentaire de l'enfant pour ce type de traitements, le protocole de soins devra être accompagné d'un document d'aide au remplissage.

Si vous avez été choisi par la famille de l'enfant, c'est vous qui devrez remplir ce document d'aide au remplissage. Il devra comporter tous les éléments relatifs au diagnostic de la maladie ainsi qu'au projet thérapeutique envisagé. Si vous le souhaitez, vous pourrez communiquer ces éléments au médecin de l'enfant qui complètera directement le document d'aide au remplissage en fonction de vos indications.

### Appréciation de l'âge osseux

**Si le patient est un jeune homme âgé d'au moins 17 ans ou une jeune fille âgée d'au moins 14 ans, une radio panoramique ainsi qu'une radio de la main et du poignet** devront, dans tous les cas, être jointes au dossier de demande, pour permettre l'appréciation de l'âge osseux.

## ■ L'avis du Service médical

Le dossier complet de demande de prise en charge (protocole de soins, aide au remplissage, cliché panoramique et, si l'âge du patient le nécessite, la radio de la main et du poignet) devra être adressé au Service médical de l'Assurance Maladie du département de votre patient soit par le médecin rédacteur du protocole, soit par vous-même.

Les services administratifs de la caisse d'Assurance Maladie de votre patient lui notifieront la décision prise par le chirurgien-dentiste-conseil.

En cas d'avis favorable, le volet 3 du protocole de soins, mentionnant l'accord de prise en charge, sera remis à votre patient. Il pourra alors se rendre chez le praticien qu'il aura choisi pour la réalisation du traitement implantaire.

En cas de non acceptation du protocole de soins ou de refus de prise en charge des actes et traitements à réaliser dans le cadre des agénésies, les **voies de recours** dont il dispose seront indiquées sur la notification de décision.



# LES AGÉNÉSIES DENTAIRES MULTIPLES LIÉES À UNE MALADIE RARE CHEZ L'ADULTE

Depuis le 9 janvier 2012, les actes du traitement implanto-prothétique des agénésies dentaires multiples liés à une maladie rare chez l'adulte sont pris en charge par l'Assurance Maladie.

Ces actes sont désormais inscrits à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP, titre III chapitre 7 section V).

## ■ Rédiger le protocole de soins

La demande de prise en charge de ce traitement, dans le cadre d'une affection de longue durée, doit être faite par un médecin dans les conditions habituelles, c'est-à-dire au moyen du protocole de soins.

La rédaction du protocole de soins pourra être assurée par le médecin traitant du patient.

## ■ Remplir le document d'aide au remplissage

Compte tenu de la complexité des informations permettant d'apprécier l'état bucco-dentaire du patient pour ce type de traitements, le protocole de soins devra être accompagné d'un document d'aide au remplissage.

Si vous avez été choisi par le patient, c'est vous qui devrez remplir ce document d'aide au remplissage. Il devra comporter tous les éléments relatifs au diagnostic de la maladie ainsi qu'au projet thérapeutique envisagé.

Si vous le souhaitez, vous pourrez communiquer ces éléments au médecin du patient qui complètera directement le document d'aide au remplissage en fonction de vos indications. Une radio panoramique devra, dans tous les cas, être jointe au dossier de demande.

## ■ L'avis du Service médical

Le dossier complet de demande de prise en charge (protocole de soins, aide au remplissage, cliché panoramique) devra être adressé au Service médical de l'Assurance Maladie du département de votre patient soit par le médecin rédacteur du protocole, soit par vous-même.

Les services administratifs de la caisse d'Assurance Maladie de votre patient lui notifieront la décision prise par le chirurgien-dentiste-conseil.

En cas d'avis favorable, le volet 3 du protocole de soins, mentionnant l'accord de prise en charge, sera remis à votre patient. Il pourra alors se rendre chez le praticien qu'il aura choisi pour la réalisation du traitement implantaire.

En cas de non acceptation du protocole de soins ou de refus de prise en charge des actes et traitements à réaliser dans le cadre des agénésies, les **voies de recours** dont il dispose seront indiquées sur la notification de décision.

# LES HONORAIRES

**Les tarifs d'honoraires sont fixés en application de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'Assurance Maladie (titre IV.4.2 de la convention nationale de 2006).**

Les tarifs d'honoraires sont fixés en application de la convention de 2006 et de la liste des actes et prestations établie dans les conditions prévues par l'article L. 162-1-7 du code de la Sécurité sociale. Conformément à l'article 5 des dispositions générales (première partie) de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie les actes effectués personnellement par un chirurgien-dentiste.

Le patient règle directement au chirurgien-dentiste les honoraires (principe du règlement direct). Les actes dentaires remboursables seront remboursés par l'Assurance Maladie sur la base des tarifs conventionnels avec application ou non d'un ticket modérateur.

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

## ■ Actes remboursables à tarif opposable

Les tarifs d'honoraires applicables aux consultations, aux soins conservateurs et chirurgicaux, aux actes radiologiques et de prévention, sont déterminés d'après la liste des actes et prestations (actuellement la NGAP pour les chirurgiens-dentistes) et la valeur des lettres-clés, fixée par la convention dentaire de 2006. Les tarifs de ces actes ne sont donc pas fixés librement par le praticien, ils sont dits "opposables".

Des dépassements d'honoraires sont possibles dans les cas suivants :

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

## ■ Actes remboursables avec entente directe

Les tarifs d'honoraires des soins prothétiques et orthodontiques peuvent faire l'objet d'une entente directe (" ED ") entre le praticien et le patient. Le chirurgien-dentiste est tenu de fixer ses honoraires "avec tact et mesure" et d'en informer son patient au préalable à l'aide d'un devis descriptif écrit qui devra être daté et signé par le praticien et son patient.

Ce principe est également retenu pour la réparation de perte de substance dentaire par matériau incrusté (inlay/onlay) en cas d'utilisation d'une coulée métallique, d'une cuisson céramique ou d'un matériau composite faisant appel aux techniques de laboratoire.

## ■ Actes non remboursables

Ce sont :

- des actes inscrits à la liste des actes remboursables (NGAP) mais dont les conditions limitatives de prise en charge ne sont pas remplies.  
*Exemple : si une couronne dentaire est réalisée sur une dent reconstituée de façon durable par une obturation ou non " délabrée ", les conditions prévues à la NGAP (article 2 , section III , chapitre VII , titre III) ne sont pas remplies pour permettre sa prise en charge.*
- des actes qui ne sont pas inscrits à la liste des actes remboursables (NGAP).  
*Exemple : rebasage d'une prothèse adjointe.*

Pour ces actes non remboursables par l'Assurance Maladie, le praticien n'établira pas de feuille de soins (articles L 162-4 et L 162-8 du code de sécurité sociale). Il devra cependant établir un devis à son patient conformément à l'article R 4127-240 du code de Santé publique.

# LES MÉDICAMENTS

**En tant que chirurgien-dentiste, vous pouvez prescrire des médicaments nécessaires à l'exercice de l'art dentaire. Votre prescription doit répondre à certaines règles pour être compréhensible par votre patient, bien exécutée par le pharmacien et remboursée par l'Assurance Maladie.**

## ■ Les mentions obligatoires

Pour être correctement traitée par l'Assurance Maladie, la prescription de médicaments doit contenir un certain nombre d'éléments obligatoires :

- **Mentions relatives au prescripteur** : nom, qualification, adresse, téléphone, numéro d'identification et signature sous la dernière ligne de prescription ;
- **Mentions relatives au bénéficiaire de l'ordonnance** : nom, prénom du patient, éventuellement âge, sexe, poids et taille ;
- **Mentions relatives au médicament prescrit** :
  - > nom de la spécialité (princeps ou générique) ou dénomination commune d'un principe actif (DC) assortie ou non d'une marque ou du nom du fabricant ;
  - > dosage et forme pharmaceutique ;
  - > posologie et mode d'emploi ; s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée doit être précisée ;
  - > durée du traitement (ex. : traitement pour trois mois) ou nombre d'unités de conditionnement dans le cas d'une prescription en nom de marque (ex.: deux boîtes de 20 comprimés) ;
  - > nombre de renouvellements de la prescription si nécessaire ;
  - > mention non remboursable (NR) dans le cas d'une prescription d'un médicament en dehors des indications thérapeutiques remboursables ;
- **L'ordonnance est datée et établie en double exemplaire.** L'originale appartient au patient, le duplicata à sa caisse d'Assurance Maladie.

L'ordonnance doit indiquer, pour chacun des médicaments prescrits :

- la posologie ;
- la durée du traitement ou le nombre d'unités de conditionnement.

## ■ Durée de traitement et renouvellement

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

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

- soit le nombre de renouvellements de la prescription par périodes maximales d'un mois ou de trois mois si le conditionnement est supérieur à un mois ;

- soit la durée totale de traitement, **dans la limite de douze mois**. Pour les médicaments contraceptifs, le renouvellement de la prescription peut se faire par périodes maximales de trois mois, quel que soit leur conditionnement (article R. 5123-2 du code de la Santé publique).

## ■ Les médicaments prescrits en dehors des indications thérapeutiques remboursables

En application des articles L. 162-4 et L. 162-8 du code de la Sécurité sociale, lorsque vous prescrivez une spécialité pharmaceutique, un produit, un acte ou une prestation non remboursable, vous devez en informer votre patient et mentionner son caractère non remboursable à côté de la dénomination de la spécialité. Exemple : "NR", "Hors indications remboursables", "Non remboursable", ...

## ■ Le droit de substitution

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

Vous pouvez vous opposer à la substitution, en inscrivant la mention "**Non substituable**" sur l'ordonnance, avant la dénomination de la spécialité concernée (articles R. 5125-23 et R. 5125-54 du code de la Santé publique).

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

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



# LA BIOLOGIE

Pour être remboursés, les actes de biologie médicale doivent faire l'objet d'une prescription détaillée et être inscrits à la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM).

## La NABM

C'est le catalogue des actes de biologie médicale pris en charge par l'Assurance Maladie.

Chaque acte est identifié par un numéro de code auquel correspond un coefficient identifié par la lettre clé B.

Sur Ameli.fr  
Professionnels de santé >  
Médecins >  
Exercer au quotidien >  
Nomenclatures et codage >  
Codage des actes  
biologiques NABM

La prescription doit respecter les dispositions de la NABM. Elle doit être claire, précise, rédigée sur une ordonnance spécifique, en respectant la plus stricte économie compatible avec la qualité des soins.

La prescription d'un prélèvement à domicile est réservée aux personnes dans l'incapacité de se déplacer. C'est vous qui estimez la capacité du patient à se déplacer.

Consultez la liste des codes de la Table nationale de biologie (NABM) par code, chapitre, par date de J.O./arrêté (tous les actes dont le J.O. est postérieur au 01/01/2003) ou par cotation (exemple : tous les actes cotés B400)

# L'ORTHOPHONIE

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

Vous rédigez une prescription médicale, accompagnée si possible des motivations de la demande de bilan et de tout élément susceptible d'orienter la recherche de l'orthophoniste.

Deux types de prescription de bilan peuvent être établis :

- **Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire**  
A l'issue de ce bilan, un compte-rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur. Si des séances de rééducation doivent être dispensées, ce compte-rendu comprend les objectifs de la rééducation, le nombre et la nature des séances que l'orthophoniste détermine, par dérogation à l'article 5 des dispositions générales. **Sauf contre-indication médicale, il établit une demande d'accord préalable.**
- **Bilan orthophonique d'investigation**  
A l'issue de ce bilan, un compte-rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur, accompagné des propositions de l'orthophoniste. Le prescripteur peut alors prescrire une rééducation orthophonique en conformité avec la nomenclature. **L'orthophoniste établit une demande d'accord préalable.**  
A la fin du traitement, une note d'évaluation est adressée au prescripteur (arrêté du 28/06/2002 paru au Journal officiel du 30/06/2002).

## ■ Actes techniques

Les actes techniques sont cotés en AMO (Acte pratiqué par l'orthophoniste) et sont soumis à accord préalable.

Pour certains actes de rééducation individuelle inscrits à la Nomenclature générale des actes professionnels (ex. troubles d'articulation, de déglutition, de la phonation, du langage de l'enfant, du bégaiement ...):

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

### Article 5 - Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement

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

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

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

# L'ARRÊT DE TRAVAIL

IMPRIMÉ S3116

## ■ Le point sur l'arrêt de travail

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

- Votre patient doit transmettre, dans un délai de 48 h, l'avis d'arrêt de travail prescrit dûment complété (volets 1 et 2 au Service médical de sa caisse d'Assurance Maladie **dans l'enveloppe « M. le médecin-conseil »**, volet 3 à l'employeur) ;
- Votre patient doit se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par sa caisse d'Assurance Maladie ;
- Votre patient doit s'abstenir de toute activité non autorisée.

## Les dispositions relatives aux heures de sorties

Votre patient doit être présent à son domicile de **9h à 11h** et de **14h à 16h**, sauf en cas de soins ou d'exams médicaux.

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

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

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

# LA PRÉVENTION

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, un nouveau dispositif de prévention bucco-dentaire\*, baptisé « M'T Dents » pour le grand public, succède à l'ancien bilan bucco-dentaire (BBD). Il a pour objectifs de favoriser un contact précoce avec le chirurgien-dentiste et d'instaurer des rendez-vous réguliers aux âges les plus exposés au risque carieux : 6, 9, 12, 15 et 18 ans.

\* Redéfini conjointement par l'Assurance Maladie et les syndicats signataires de la convention dentaire : Confédération Nationale des Syndicats Dentaires - CNSD - Union des Jeunes Chirurgiens Dentistes - Union Dentaire - UJCD-UD.

## ■ Un dispositif en 2 temps

### • Un examen bucco-dentaire (EBD) et des conseils d'éducation sanitaire

L'EBD doit être réalisé dans les 6 mois suivant la date anniversaire de l'enfant.

Cependant, la prise en charge pourra être effective tout au long de l'année qui suit la date anniversaire, dans la mesure où un des objectifs majeurs est d'inciter les jeunes qui ne vont jamais chez le chirurgien-dentiste à réaliser cet examen de prévention.

**Pour tous** : anamnèse, examen bucco-dentaire, action de prévention et éducation sanitaire adaptée à l'âge.

**Au cas par cas** : radiographies intrabuccales, établissement d'un programme de soins.

Les renseignements correspondant à la partie basse de l'imprimé pré-identifié de prise en charge, présenté par le patient, doivent être conservés dans le dossier du patient. A l'issue de l'examen, pour les enfants de 6 et 12 ans, les renseignements doivent aussi être portés sur le carnet de santé de l'enfant.

### • Des soins consécutifs éventuels

Si un programme de soins doit être établi, ils doivent débuter dans les 3 mois qui suivent l'EBD et s'achever dans les 6 mois suivant la date de début des soins.

**Selon le risque carieux** : scellement des sillons pour les molaires des enfants de moins de 14 ans.

**Selon le besoin** : soins conservateurs / soins chirurgicaux

Les soins prothétiques et orthodontiques sont exclus de ce protocole.

## ■ Une prise en charge à 100 %

### • L'EBD

L'EBD est rémunéré 30 euros (42 euros s'il est complété par une ou deux radiographies intra-buccales, et 54 euros pour 3 ou 4 radiographies intrabuccales). Le patient n'a pas à faire l'avance des frais.

### • Les soins consécutifs

L'assuré fait l'avance des frais pour les enfants de 9, 15 et 18 ans, qui lui seront ensuite intégralement remboursés par la caisse. Pour les enfants de 6 et 12 ans, **les soins sont réglés directement au praticien** par la caisse (tiers payant en raison du caractère obligatoire de l'examen de prévention à ces âges).

Lors de la facturation des actes de soins consécutifs, le praticien fait précéder chaque code de la mention EXP. Les soins consécutifs sont cotés en SC, DC et Z et ne peuvent faire l'objet de dépassement d'honoraire.

Il est possible de télétransmettre l'examen de prévention ainsi que les soins consécutifs. Le remboursement et le paiement s'effectuent alors sous 4 à 5 jours.

**À noter : il s'agit de soins en SC, DC, et Z qui ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.**

## ■ Un formulaire de prise en charge simplifié

Le formulaire de prise en charge a été adapté au nouvel examen bucco-dentaire. Outre le schéma dentaire, il comprend désormais une indication de l'état parodontal du patient, le programme de soins à réaliser ainsi qu'un point sur l'éducation sanitaire.

## Focus sur les actions locales de prévention

Depuis 2007, le dispositif national comporte chaque année des mesures d'accompagnement personnalisé et ciblé pour les enfants de CP en zones d'éducation les plus défavorisées (anciennement ZEP).

Si votre cabinet se situe à proximité des écoles concernées, vous êtes donc susceptible d'être mobilisé pour recevoir, dans votre cabinet, des enfants participant à ces opérations locales.

Toutes les communes ne sont pas concernées par les actions locales.

A découvrir :  
M'T dents,  
le site des rendez-vous de  
prévention bucco-dentaire,  
[www.mtdents.info/](http://www.mtdents.info/)

# LE SITE WWW.AMELI.FR ET D'AUTRES SITES UTILES

## ■ [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

Le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) vous accompagne dans vos démarches d'installation : vous y trouverez des conseils et des informations utiles pour décider du lieu de votre installation et de votre mode d'exercice, pour connaître toutes les formalités à accomplir et préparer vos premiers pas dans la profession.



Le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) regroupe également l'essentiel des informations et des services utiles à votre pratique professionnelle et à la gestion de votre activité. Un espace chirurgiens-dentistes a été spécialement conçu pour répondre à vos besoins. Il comprend 6 rubriques principales :

### • « **Votre caisse** »

Vous y trouverez notamment des informations sur l'offre de services de votre caisse, sur les acteurs locaux de la santé et du social (professionnels de santé, réseaux, établissements, partenaires sociaux, organismes sociaux, commissions paritaires...) ainsi que le détail de vos contacts locaux.

### • « **Votre compte ameli** »

Avec votre compte ameli, vous pouvez suivre en temps réel vos paiements en tiers payant ou encore contacter en ligne votre caisse d'Assurance Maladie.

### • « **Votre convention** »

Cette rubrique met à votre disposition les textes de références qui régissent vos relations avec l'Assurance Maladie.

### • « **Gérer votre activité** »

Vous trouverez toutes les informations et les conseils nécessaires au suivi logistique et administratif de votre exercice (installation, équipements informatiques, remplacements, changements de situation administrative, ...).

### • « **Exercer au quotidien** »

Cette rubrique vous propose les informations et les outils utiles à votre pratique quotidienne.

### • « **Vous former, vous informer** »

Cette partie rassemble documents de référence et statistiques.

## ■ Quelques sites utiles

### • [www.drsm-idf.fr](http://www.drsm-idf.fr)

Le site de la direction régionale du Service médical de l'Assurance Maladie d'Ile-de-France.

### • [www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr)

Le site de l'ordre national des chirurgiens-dentistes .

### • [www.academiedentaire.fr](http://www.academiedentaire.fr)

Le site de l'académie nationale de chirurgie dentaire .

### • [www.ogdpc.fr](http://www.ogdpc.fr)

Le site de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu des chirurgiens-dentistes.

### • [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Le site de la Haute autorité de santé (HAS).

### • [www.ansm.sante.fr](http://www.ansm.sante.fr)

Le site de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), et

### • [www.ansm.sante.fr/Activites/Pharmacovigilance](http://www.ansm.sante.fr/Activites/Pharmacovigilance)

Le site de pharmacovigilance pour déclarer les effets indésirables d'un médicament.

### • [www.societechirbuc.com](http://www.societechirbuc.com)

Le site de la société francophone de médecine buccale et chirurgie buccale.

### • [www.e-cancer.fr/formations-demographie/outils-de-formation](http://www.e-cancer.fr/formations-demographie/outils-de-formation)

Le site de l'institut national du cancer, module de formation des chirurgiens-dentistes concernant les cancers de la cavité buccale.

### • [www.lecrat.org](http://www.lecrat.org)

Le site du centre de référence sur les agents tératogènes.