

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

Entre :

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

Et :

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

Et :

La Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux, représentée par M. Patrick SOLERA (Président) ;

Les Chirurgiens-dentistes de France, représentés par M. Pierre-Olivier DONNAT (Président).

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

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

Il a été convenu ce qui suit :

Sommaire

Préambule.....	9
Titre Préliminaire : portée de la convention nationale	11
Article 1 – Objet de la convention.....	11
Article 2 – Parties signataires à la convention.....	11
Article 3 – Caractère unique et national de la convention.....	11
Article 4 – Durée de la convention.....	11
Article 5 – Résiliation de la convention	12
Article 6 – Champ d’application de la convention.....	12
Article 6.1 – Les conditions d’adhésion des chirurgiens-dentistes à la convention ...	12
Article 6.2 – Les patients bénéficiaires des dispositions conventionnelles	13
Article 7 – Engagements conventionnels du chirurgien-dentiste	13
Article 8 – Engagements conventionnels de l’Assurance maladie et organismes complémentaires	13
Article 9 – Adhésion du chirurgien-dentiste à la convention nationale	13
Article 9.1 – Les modalités d'adhésion.....	13
Article 9.2 – Les modalités de résiliation	13
Titre I – L’exercice conventionnel	14
Article 10 – Les conditions d’exercice conventionnel	14
Sous-titre I – Les démarches du chirurgien-dentiste auprès de sa caisse.....	14
Article 11 – Dans le cadre d’une installation en libéral	14
Article 12 – Dans le cadre d’une modification des conditions d’exercice	15
Article 13 – Dans le cadre d’une cessation d’activité	15
Article 14 – Modalités d’exercice	15
Article 14.1 - Exercice coordonné au niveau du territoire d'exercice	15
Article 14.2 – Situation des chirurgiens-dentistes exerçant au sein des sociétés d’exercice.....	15
Article 14.3 – Situation du remplaçant.....	16
Article 14.4 – De la qualité et du bon usage des soins	16
Article 14.5 – Respect du libre choix	17

Sous-titre II – Modalités de facturation et de prise en charge	17
Article 15 - Documents ouvrant droit au remboursement des prestations	17
Article 16 – Rédaction des ordonnances	18
Article 17 – Facturation des honoraires.....	18
Article 17.1 – Document de facturation	18
Article 17.2 – Dispositions particulières liées à la réalisation d’un acte dans un établissement de santé	19
Article 17.3 – Accord préalable pour les actes d’orthopédie dento-faciale.....	19
Article 18 – Mode de fixation des honoraires	19
Article 18.1 – Principe.....	19
Article 18.2 – Entente directe et honoraires limites de facturation	20
Article 18.3 – Dépassements	20
Article 18.4 – Devis.....	20
Article 19 - Droit permanent à dépassement (DP)	21
Article 20 – Mise en œuvre de la dispense d’avance des frais au profit des assurés sociaux	21
Article 20.1 – Tiers payant pour les bénéficiaires de la C2S	21
Article 20.2 – Tiers payant pour les patients pris en charge au titre de la maternité ou d'une affection de longue durée (ALD)	21
Titre II : Dispositions générales	22
Article 21 – Le tarif de la consultation	22
Article 22 – Les tarifs des actes techniques.....	22
Article 23 – Prise en charge de nouveaux actes	22
Titre III : Tendre vers l’objectif d’une génération sans carie par le renforcement de la prévention et des soins conservateurs	24
Sous-titre I : Dispositif en faveur des enfants, adolescents et jeunes adultes	24
Article 24 – Le principe d’une génération sans carie	24
Article 24.1 – Les bénéficiaires	24
Article 24.2 – Les mesures en faveur de la génération sans carie	24
Article 24.2.1 – L’examen bucco-dentaire (EBD)	24
Article 24.2.1.1 – Le contenu de l’examen de prévention.....	24

Article 24.2.1.2 – Les soins complémentaires à l’examen de prévention	25
Article 24.2.1.3 – Les tarifs d’honoraires du dispositif de prévention	25
Article 24.2.1.4 – Modalités pratiques	26
Article 24.2.2 – Les soins conservateurs	26
Article 24.3 – Le suivi médico-économique du principe d’une génération sans carie	26
Article 25 – Engagements du chirurgien-dentiste	27
Sous-Titre II : Dispositif de prévention pour les femmes enceintes.....	27
Article 26 - Les bénéficiaires.....	27
Article 27 - Le contenu de l’examen de prévention	27
Article 28 - Les tarifs d’honoraires.....	28
Article 29 – Mise en œuvre du dispositif	28
Titre IV – Garantir l’accès financier aux soins dentaires.....	29
Sous-titre I – Paniers prothétiques du 100% Santé.....	29
Article 30 – Contenu des paniers du 100% santé dentaire	29
Article 30.1 – Le panier « reste à charge zéro » (RAC 0)	29
Article 30.2 – Le panier « reste à charge maîtrisé » (RAC M).....	29
Article 30.3 – Le panier à tarif libre	30
Article 31 – Clause de maintien des équilibres économiques du dispositif du 100 % santé	30
Article 31.1 – Suivi de l’évolution du recours aux actes du panier 100 % santé	30
Article 31.2 – Évolution des honoraires limites de facturation	30
Article 31.3 – Clause de revoiture des plafonds RAC 0 et RAC M	30
Article 32 – Alignement des montants maximums C2S.....	31
Titre V – Améliorer l’accès aux soins bucco-dentaires pour tous.....	32
Sous-titre I – Dispositif pour améliorer l’accès aux soins bucco-dentaires.....	32
Sous-chapitre 1 – Méthodologie du zonage	32
Article 33 – La méthodologie de zonage de la profession	32
Article 33.1 – Définition des zones	32
Sous-chapitre 2 : Incitation à l’installation et au maintien dans les zones « très sous-dotées »	33

Article 34 – Dispositifs d’incitation à l’installation et au maintien dans les zones « très sous-dotées ».....	33
Article 34.1 – Contrat d’aide à l’installation des chirurgiens-dentistes (CAICD2023) dans les zones « très sous dotées »	33
Article 34.2 – Contrat d’aide au maintien d’activité des chirurgiens-dentistes (CAMCD2023) dans les zones « très sous-dotées ».....	35
Article 34.3 – Dispositif commun aux contrats incitatifs des chirurgiens-dentistes ..	36
Sous-chapitre 3 : dispositif de gestion partagée des installations.....	37
Article 35 – Dispositif de gestion partagée des installations et de régulation du conventionnement au sein des zones « non-prioritaires »	37
Article 35.1 – Formalités de demande de conventionnement en « zone non prioritaire »	38
Article 35.2 – Avis de la commission paritaire départementale.....	38
Article 35.3 – Décision du directeur de la caisse primaire d’assurance maladie	39
Article 35.4 – Procédure en cas de différence entre le projet de décision du directeur de la caisse primaire d’assurance maladie et l’avis rendu par la CPD	39
Article 35.5 – Dérogations au principe de régulation du conventionnement en « zones non prioritaires ».....	40
Sous-chapitre 4 : Suivi du nouveau dispositif de zonage	40
Article 36 - Suivi du rééquilibrage de l’offre de soins en chirurgiens-dentistes sur le territoire et accompagnement du dispositif	40
Article 36.1. Suivi du dispositif démographique.....	40
Article 36.2 Accompagnement du dispositif.....	41
Sous-titre II : Autres mesures hors dispositif pour améliorer l’accès aux soins bucco-dentaires dans tous les territoires	41
Article 37 – Valorisation de la fonction de maître de stage	41
Sous-titre III : Permanence des soins dentaires (PDS) et soins non programmés	41
Article 38 - Majoration spécifique des actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins dentaires	41
Article 39 – Rémunération de l'astreinte	41
Article 40 – Les urgences dentaires orientées par la régulation médicale (15 ou SAS)	42
Sous-titre IV : Dispositif pour améliorer l’accès aux patients éloignés des soins bucco-dentaires	43

Sous-chapitre 1 – Dispositifs pour les publics fragiles et éloignés des soins bucco-dentaires.....	43
Article 41 – Périmètre des actions au bénéfice de ces publics fragiles	43
Article 42 – Instauration d’un bilan dentaire spécifique lors de l’entrée dans ces établissements et services médico-sociaux (ESMS) réalisé en présence du patient...	43
Article 43 – Création d’une séance d’habituance pour les patients en situation de handicap sévère.....	44
Sous-chapitre 2 – Patients en affection longue durée (ALD).....	45
Article 44 – Prise en charge du bilan parodontal et de l’assainissement parodontal pour une population de patients en situation spécifique concernée	45
Titre VI – Programme de travail conventionnel.....	46
Article 45 – Programme de travail conventionnel.....	46
Titre VII : Modernisation des relations entre l’Assurance Maladie et les chirurgiens-dentistes	47
Article 46 - La transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge par l’assurance maladie obligatoire et complémentaire	47
Article 46.1 - Le système SESAM-Vitale	47
Article 46.2 - Principe de télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE).....	47
Article 46.3 - L’utilisation de la carte de professionnel de santé	47
Article 46.4 - L’utilisation de la carte vitale.....	48
Article 46.5 - Les règles de télétransmission de la facturation.....	48
Article 46.5.1 - L’équipement informatique des caisses d’assurance maladie.....	48
Article 46.5.2 - Equipement informatique du chirurgien-dentiste.....	48
Article 46.5.3 - Liberté de choix du réseau	49
Article 46.6 - Principes généraux d’établissement des feuilles de soins électroniques.....	49
Article 46.6.1 - Etablissement des FSE	49
Article 46.6.2- Délai de transmission des FSE	49
Article 46.6.3 - Délai de paiement en cas de dispense d’avance des frais	49
Article 46.6.4 - Garantie de paiement pour la procédure de dispense d’avance des frais	50
Article 46.6.5 - Procédure en cas d’échec d’émission d’une feuille de soins électronique	50

Article 47 - Les autres procédures de facturation.....	50
Article 47.1 - La feuille de soins SESAM « dégradé »	50
Article 47.1.1 - Procédure exceptionnelle	50
Article 47.1.2 -Télétransmission des feuilles de soins SESAM « dégradé »	51
Article 47.2 - La facturation via la feuille de soins sur support papier	51
Article 47.3 - Le déploiement de la norme NOEMIE 580	52
Article 47.4 - La mise en place d'un centre de services inter-régimes (CESI)	52
Article 47.5 - Mise à disposition de téléservices par l'assurance maladie obligatoire	53
Article 48 - Valorisation de la modernisation du cabinet dentaire : forfait de modernisation et d'informatisation du cabinet dentaire	53
Article 48.1 Forfait de modernisation et d'informatisation du cabinet dentaire	53
Article 48.2 Déploiement des outils et usages numériques	54
Titre VIII - Dispositions sociales	55
Article 49 - Participation de l'Assurance Maladie au Régime des Prestations Complémentaires Vieillesse	55
Article 50 - Prestations Complémentaires de Vieillesse	55
Article 51 - Assurance maladie maternité décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés	55
Article 52 – Attractivité de l'exercice libéral	55
Titre IX : Vie conventionnelle et dispositifs de sanction	56
Article 53 – Instances conventionnelles	56
Article 54.1 – Composition des instances paritaires conventionnelles (CPN, CPR, CPD)	56
Article 54.1.1 – Composition	56
Article 54.1.2 Mise en place des instances paritaires	58
Article 54.2– Rôles et missions des instances paritaires	58
Article 54.2.1 Rôles et missions de la commission paritaire nationale	58
Article 54.2.2 – Rôles et missions de la Commission paritaire régionale	59
Article 54.2.3 – Rôles et missions de la Commission paritaire départementale	59
Article 55 - Comité technique paritaire permanent national (CTPPN)	60
Article 56 - Non-respect des dispositions conventionnelles.....	60

Article 56.1 – De l’examen des cas de manquement.....	60
Article 56.2 – Les mesures encourues	61
Article 56.3 – Procédure de sanction.....	61
Article 56.3.1 – Procédure préalable d’avertissement.....	61
Article 56.3.2 – Relevé de constatation.....	62
Article 56.3.3 – Examen par la commission paritaire départementale	63
Article 56.4 - Notification de la décision	64
Article 56.5 - Les condamnations par l’ordre ou les tribunaux.....	64
Article 56.6 - Procédure exceptionnelle de déconventionnement	64
Article 56.7 - Continuité des procédures initiées avant l’entrée en vigueur de la convention	65

Préambule

La dernière décennie a connu des progrès importants en matière de santé bucco-dentaire grâce à l'investissement des chirurgiens-dentistes et de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires qui a permis d'améliorer le recours aux soins de la population en particulier grâce à la réforme du 100 % santé dentaire et à la revalorisation des soins conservateurs initiées par la convention de 2018. Entre 2019 et 2021, le nombre de patients ayant bénéficié de soins prothétiques a augmenté de 10 % (passant de 5,1 millions en 2019 à 5,6 millions de patients en 2021).

En revanche, les partenaires conventionnels s'accordent à dire qu'un nouvel investissement doit être réalisé pour mettre en place une politique de prévention plus ambitieuse. C'est pourquoi, ils conviennent d'accélérer cette dynamique et proposent dans cette convention de mettre en place les mesures permettant de faire évoluer les pratiques de soins bucco-dentaires d'une approche curative vers une approche plus préventive, avec pour objectif la réduction à moyen - long terme du recours aux actes prothétiques et implantaires.

Dans les cinq prochaines années, la priorité est donc d'investir dans la prévention et les soins conservateurs en vue en particulier d'améliorer le recours aux soins préventifs de manière significative chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Les partenaires portent une ambition nouvelle pour la génération des 3 à 24 ans qui vise à faire émerger une première « génération sans carie ». Ce changement de paradigme impliquera un suivi bucco-dentaire plus régulier pour ces jeunes générations et une revalorisation des soins de prévention pour inciter les chirurgiens-dentistes à en réaliser davantage tout au long de la vie de ces patients.

Les partenaires conventionnels conviennent d'accompagner progressivement cette génération à des âges supérieurs par voie d'avenant.

Ainsi, pour parvenir à cette « génération sans carie », l'accès à l'examen bucco-dentaire (EBD) est annualisé et revalorisé. Il s'appuiera pour son déploiement sur la participation des organismes complémentaires. De même, les soins préventifs ou conservateurs, réalisés auprès de cette génération, bénéficieront d'une valorisation plus importante pour les chirurgiens-dentistes.

Par ailleurs, les tarifs des soins conservateurs bénéficieront d'une mesure de valorisation pour l'ensemble de la population de 4 % au 1^{er} janvier 2025.

Parallèlement, les partenaires conventionnels réaffirment leur engagement en faveur de la réforme du 100 % santé qui a permis de limiter les restes à charge pour les patients ayant besoin de soins prothétiques, dans un contexte général de vieillissement de la population et d'allongement de la vie. Ils conviennent d'effectuer quelques ajustements de paniers tout en maintenant l'équilibre général de cette réforme.

Les partenaires conviennent de l'impératif de garantir à l'avenir l'accès aux soins dentaires de la population en France et de réduire les disparités d'accès à ces soins entre les territoires. Pour ce faire, les partenaires sont convenus d'une méthodologie de zonage territorial de l'offre de soins dentaires renouvelée en profondeur et spécifique pour la profession. Cette nouvelle méthode de zonage permet de prendre en compte les caractéristiques médicales et sociales de la population de chaque territoire et de donner aux agences régionales de santé (ARS) des marges de manœuvre leur permettant d'adapter le classement de certaines zones les moins dotées afin de tenir compte des réalités socio-économiques. Les partenaires appellent à une mise à jour rapide des zonages et, par la suite, à des actualisations fréquentes.

De plus, les contrats incitatifs d'aide à l'installation et au maintien de l'activité de chirurgiens-dentistes dans les zones « très sous dotées » sont significativement revalorisés et la part de population couverte par ces territoires est étendue à 30 %.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place une gestion partagée des installations et du conventionnement dans les quelques communes qui sont les moins prioritaires. Cette gestion s'appliquera sous réserve qu'un dispositif identique sur le principe puisse s'appliquer aux centres de santé (salariés compris).

Afin de mieux valoriser les professionnels qui s'engagent pour la prise en charge de soins non programmés en dehors de leur patientèle et dans un objectif global de diminuer le recours aux urgences, les partenaires conventionnels s'accordent pour créer une majoration tarifaire pour les chirurgiens-dentistes qui prennent en charge, de manière non programmée, des patients orientés par la régulation médicale du service d'accès aux soins (SAS) ou du centre 15.

En outre, les partenaires souhaitent favoriser la prise en charge des publics qui connaissent des difficultés pour accéder à des soins bucco-dentaires. Ainsi, il est prévu d'accroître leur investissement en faveur de la santé bucco-dentaire des enfants scolarisés dans les réseaux d'éducation prioritaires, pour la prise en charge de personnes âgées dépendantes vivant en établissements ainsi qu'en faveur du milieu carcéral. Pour ces patients « fragiles », les partenaires s'engagent à encourager l'implication dans des actions ciblées dites « d'aller vers », rémunérées de manière forfaitaire.

Dans ce même objectif d'accompagnement des publics les plus fragiles, les partenaires renouvellent leur mobilisation en faveur de la prise en charge des patients en situation de handicap sévère, en créant notamment une séance d'habituance.

Cette convention établit pour cinq ans un investissement massif pour les soins bucco-dentaires financé par l'Assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires. D'autres enjeux seront abordés dans les futures années dans le cadre d'un calendrier partagé par les partenaires conventionnels.

Titre Préliminaire : portée de la convention nationale

Article 1 – Objet de la convention

La présente convention définit les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes.

Elle a pour objet de décrire les principes, modalités et procédures appelés à régir les relations entre les chirurgiens-dentistes libéraux ayant adhéré à la présente convention, l'assurance maladie et les organismes complémentaires et vise à :

- améliorer les conditions de prise en charge des soins de prévention et des soins conservateurs d'une classe d'âges entière entre 3 et 24 ans, laquelle aura vocation à s'étendre chaque année, dans le but de faire émerger une « génération sans carie » susceptible de limiter le recours aux soins prothétiques aux âges plus avancés de la vie ;
- améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires par le renforcement des mesures incitatives à l'installation dans les zones « très sous dotées » et à garantir une meilleure répartition de l'offre sur le territoire ;
- favoriser la prise en charge des publics fragiles ;
- ajuster le dispositif 100% santé.

Article 2 – Parties signataires à la convention

Ne peut être partie à la convention qu'une organisation syndicale dont la représentativité est reconnue dans les conditions définies au chapitre 2 du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale. Toute organisation syndicale reconnue représentative peut signer la présente convention, à n'importe quel moment, en en faisant la demande auprès de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), à charge pour celle-ci d'en informer les autres signataires à compter de la signature de l'organisation demandeuse.

Dans le cas où une organisation partie à la convention perd sa représentativité en cours d'exécution de la convention, elle n'est plus partie à ladite convention à compter de la notification des résultats de l'enquête de représentativité. Ses représentants ne peuvent plus siéger aux instances paritaires prévues à l'article 54.2.

La signature d'un avenant par un syndicat représentatif emporte son adhésion à l'ensemble de la convention et de ses avenants. De même, la signature d'un avenant par l'UNOCAM emporte son adhésion à l'ensemble de la convention et de ses avenants.

Article 3 – Caractère unique et national de la convention

Aucune autre convention, nationale ou locale, ayant un objet similaire à la présente convention ne peut régir les rapports entre les caisses et les chirurgiens-dentistes libéraux.

Article 4 – Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de 5 ans à compter de sa date d'entrée en vigueur. Elle est renouvelée par tacite reconduction par période de même durée, sauf opposition formée au plus tard six mois avant sa date d'échéance par les organisations syndicales représentatives, dans les conditions définies au chapitre 2 du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.

Article 5 – Résiliation de la convention

La convention peut être résiliée par les partenaires conventionnels, soit par décision de l'UNCAM, soit par décision de l'ensemble des organisations représentatives et signataires de la présente convention, adressée à chaque partie signataire, simultanément, par tout moyen permettant de donner une date certaine à sa réception.

La résiliation, qui doit être motivée, peut résulter :

- d'une violation grave des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- de modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les rapports entre les caisses et les chirurgiens-dentistes.

La résiliation prend effet à l'échéance d'un délai de six mois à compter :

- de la date d'envoi de la décision des organisations à l'UNCAM ;
- ou de la date d'envoi de la décision de l'UNCAM aux organisations signataires.

En cas de résiliation de la convention, la date d'effet de la résiliation se substitue à la date d'échéance de la convention selon les dispositions prévues par l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale pour la procédure de négociation en vue de la signature d'une nouvelle convention.

Article 6 – Champ d'application de la convention

La convention et ses avenants entrent en vigueur le lendemain de la publication au *Journal Officiel* de leur arrêté d'approbation ou à la date fixée par celui-ci.

Article 6.1 – Les conditions d'adhésion des chirurgiens-dentistes à la convention

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

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

La présente convention s'applique aux organismes de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire. Sont désignés dans la présente convention comme les « caisses » et « l'assurance maladie », les organismes chargés de la gestion d'un régime d'assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique. Lorsque la seule caisse primaire ou caisse générale de sécurité sociale est visée, elle est réputée agir pour son compte et pour le compte de tous les organismes d'assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique.

Article 6.2 – Les patients bénéficiaires des dispositions conventionnelles

Les dispositions conventionnelles bénéficient à l'ensemble des ressortissants relevant des risques garantis par les régimes d'assurance maladie obligatoire, y compris le régime de la complémentaire santé solidaire (C2S), et celui des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Article 7 – Engagements conventionnels du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste qui adhère à la convention bénéficie des droits inscrits dans la convention et s'engage à en respecter les obligations.

Ces engagements s'imposent également aux chirurgiens-dentistes qui exercent avec ou à la place d'un chirurgien-dentiste conventionné dans le cadre d'un remplacement ou d'une collaboration salariée. Dans ces cas, le chirurgien-dentiste conventionné informe les intéressés de l'obligation qui leur incombe de respecter les dispositions conventionnelles.

Article 8 – Engagements conventionnels de l'Assurance maladie et organismes complémentaires

Les caisses d'assurance maladie respectent les dispositions prévues par la présente convention. Les organismes complémentaires d'assurance maladie respectent les textes conventionnels et réglementaires qui les concernent.

Article 9 – Adhésion du chirurgien-dentiste à la convention nationale

Article 9.1 – Les modalités d'adhésion

Tout chirurgien-dentiste exerçant en libéral entrant dans le champ de la convention tel que défini à l'article 6 peut prétendre au conventionnement.

Le chirurgien-dentiste précédemment conventionné avant l'entrée en vigueur de la présente convention reste conventionné sauf s'il souhaite se placer hors convention. Le chirurgien-dentiste qui renonce à adhérer à la convention adresse un courrier en ce sens à la caisse de rattachement de son cabinet principal, par tout moyen permettant de conférer date certaine à sa réception. Cette décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse.

Le chirurgien-dentiste non adhérent à la précédente convention, qu'il s'installe pour la première fois en exercice libéral ou qu'il ait déjà exercé en libéral, et qui souhaite devenir adhérent, en fait la demande en adressant à la caisse de rattachement de son cabinet principal, par tout moyen permettant de conférer date certaine à sa réception, le formulaire d'adhésion figurant en annexe XVI de la présente convention. Cette adhésion est effective à la date à laquelle la caisse accuse réception du formulaire susmentionné dument renseigné.

Article 9.2 – Les modalités de résiliation

Le chirurgien-dentiste a la possibilité de résilier, à tout moment, son adhésion à la convention par lettre adressée à sa caisse de rattachement par tout moyen permettant de conférer date certaine à sa réception. Cette résiliation prend effet dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la lettre par la caisse.

Titre I – L'exercice conventionnel

Article 10 – Les conditions d'exercice conventionnel

Le chirurgien-dentiste placé sous le régime de la présente convention s'engage à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de sa profession. Il appartient aux caisses de s'assurer que les conditions d'activité libérale sont bien respectées pour l'exercice sous convention.

Sous-titre I – Les démarches du chirurgien-dentiste auprès de sa caisse

Article 11 – Dans le cadre d'une installation en libéral

Au titre du lieu d'exercice principal

Les chirurgiens-dentistes qui souhaitent exercer une activité en libéral (cabinet personnel, cabinet de groupe, société quelle que soit la forme juridique retenue) et facturer à l'assurance maladie les actes réalisés dans ce cadre, effectuent les démarches nécessaires auprès de leur caisse de rattachement (caisse du cabinet principal) pour se faire enregistrer et attribuer un identifiant leur permettant d'effectuer cette facturation.

Les démarches requises préalablement à l'installation sont notamment les suivantes :

- être inscrit au Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes du lieu d'implantation du cabinet ;
- être immatriculé à l'URSSAF ;
- être affilié à la CARCDSF (Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et sages-femmes) ;
- avoir souscrit une assurance responsabilité civile.

Au titre du lieu d'exercice secondaire :

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

Le chirurgien-dentiste doit en effet disposer d'autant d'autorisations de l'Ordre que de lieux d'exercice. Dès lors, le chirurgien-dentiste doit les déclarer au Conseil Départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes qui l'enregistre au RPPS. Le chirurgien-dentiste se voit attribuer autant d'identifiants assurance maladie (numéro AM) que de lieux d'activité et doit se servir de ces numéros spécifiques différenciés au moment de la facturation, selon qu'il intervient dans l'un ou l'autre de ces cabinets.

Les démarches à effectuer auprès de la caisse du ressort du lieu d'exercice distinct dans ce cadre sont identiques à celles à effectuer au titre de l'exercice principal.

Article 12 – Dans le cadre d’une modification des conditions d’exercice

Les chirurgiens-dentistes doivent faire connaître aux caisses les modifications intervenues dans les conditions d’exercice de leur activité professionnelle dans un délai de deux mois au maximum à compter de cette modification.

Article 13 – Dans le cadre d’une cessation d’activité

Le chirurgien-dentiste qui cesse son activité libérale définitivement ou pour une durée supérieure ou égale à un an, doit informer sa caisse de rattachement, au plus tôt et a minima, dans un délai de deux mois avant la date de cessation.

Lorsque la caisse constate que depuis au moins douze mois, le chirurgien-dentiste n’a facturé aucun acte à l’assurance maladie, alors même qu’il n’a pas signalé sa cessation d’activité (temporaire ou définitive), elle l’informe qu’elle suspend l’application de l’ensemble des dispositions conventionnelles, sauf justification par le chirurgien-dentiste, transmise par tous moyens donnant date certaine à sa réception, de cette cessation d’activité (ex : maladie, congé parental, congé de formation, etc.) dans un délai d’un mois.

La suspension prend fin par simple déclaration de reprise d’activité par le professionnel.

Article 14 – Modalités d’exercice

La profession de chirurgien-dentiste ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Le chirurgien-dentiste est libre de communiquer au public par les moyens et dans les limites définis aux articles R. 4127-215-1 et suivants du code de la santé publique

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

Article 14.1 - Exercice coordonné au niveau du territoire d'exercice

Les partenaires conventionnels sont convenus de promouvoir l'inscription de long terme des chirurgiens-dentistes dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire, soit par un exercice regroupé, soit en appartenant à une équipe de soins primaires ou à une communauté professionnelle territoriale de santé définies aux articles L. 1411-11-1 et L. 1434-12 du code de santé publique.

Article 14.2 – Situation des chirurgiens-dentistes exerçant au sein des sociétés d’exercice

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

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

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

Article 14.3 – Situation du remplaçant

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

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

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

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

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

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

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

Article 14.4 – De la qualité et du bon usage des soins

Les chirurgiens-dentistes libéraux ou salariés, placés sous le régime de la présente convention, s'engagent à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de leur profession et à maintenir leur activité dans des limites telles que les patients bénéficient de soins suivis, consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données acquises de la science.

Le chirurgien-dentiste, conformément à ses compétences inscrites au code de la santé publique et sous réserve de respecter la réglementation en vigueur et les dispositions de la nomenclature (NGAP et CCAM), demeure libre du choix de la technique employée. Celle-ci ne peut donner lieu à un tarif supérieur au tarif conventionnel ou à un dépassement tarifaire (à l'exception des cas de dépassements tel que défini à l'article 18.3 du présent texte et des tarifs limites de facturation).

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

Article 14.5 – Respect du libre choix

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

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

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

Sous-titre II – Modalités de facturation et de prise en charge

Article 15 - Documents ouvrant droit au remboursement des prestations

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

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

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

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

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

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

Les chirurgiens-dentistes s'engagent à porter toutes les informations rendues nécessaires par la réglementation en vigueur sur les documents électroniques et/ou papier ouvrant droit aux prestations d'assurance maladie-maternité et accident du travail. Lorsqu'un chirurgien-dentiste réalise sur un même patient des actes imputables à des risques différents (Maternité, Accident du travail), il inscrit les actes imputables à chaque risque sur des feuilles de soins distinctes.

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

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

Article 16 – Rédaction des ordonnances

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

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

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

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

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

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

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

Article 17 – Facturation des honoraires

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

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

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

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

Article 17.1 – Document de facturation

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

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

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

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

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

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

Article 17.2 – Dispositions particulières liées à la réalisation d'un acte dans un établissement de santé

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

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

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

Article 17.3 – Accord préalable pour les actes d'orthopédie dento-faciale

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

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

Article 18 – Mode de fixation des honoraires

Article 18.1 – Principe

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

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

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

Article 18.2 – Entente directe et honoraires limites de facturation

Les tarifs d'honoraires des soins prothétiques et orthodontiques peuvent faire l'objet d'une entente directe (ED) avec le patient. Un devis doit alors être établi par le chirurgien-dentiste, dans les conditions prévues à l'article 18.4.

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

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

Le chirurgien-dentiste est tenu de respecter les honoraires limites de facturations tels que définis aux annexes II et V.

Article 18.3 – Dépassements

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

- circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient non liée à un motif médical (DE). Il ne peut notamment pas être utilisé pour des motifs liés à une tranche horaire définie arbitrairement par le praticien, au coût de fonctionnement du cabinet, à des raisons propres au praticien ;
- entente directe (ED) entre le praticien et l'assuré telle que définie à l'article 18.2 ;
- bénéfice du droit permanent à dépassement (DP) accordé sous le régime des précédentes conventions, sous réserve des dispositions que prévoit la présente convention.

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

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

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

Article 18.4 – Devis

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

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

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

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

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

Dans l'hypothèse où le praticien proposerait au patient un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention des complémentaires), 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 III du présent texte accompagné d'une fiche explicative.

Article 19 - Droit permanent à dépassement (DP)

Le droit permanent à dépassement (DP) n'est plus accordé à de nouveaux praticiens, mais ceux qui l'ont obtenu sous l'empire des anciennes conventions conservent ce droit à l'entrée en vigueur du présent accord. Ils ne peuvent réaliser de dépassement sur les actes pour lesquels un honoraire limite de facturation a été défini, sur ceux du panier de soins de la complémentaire santé solidaire et ceux concernés par une prise en charge intégrale telle que définie à l'article 30.1 du présent texte.

Article 20 – Mise en œuvre de la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux

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

Article 20.1 – Tiers payant pour les bénéficiaires de la C2S

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

Article 20.2 – Tiers payant pour les patients pris en charge au titre de la maternité ou d'une affection de longue durée (ALD)

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

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

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

Titre II : Dispositions générales

Article 21 – Le tarif de la consultation

Le tarif de la consultation de chirurgie-dentaire du chirurgien-dentiste omnipraticien et spécialiste est fixé à hauteur de 23 euros.

Pour les chirurgiens-dentistes spécialistes (chirurgie orale et médecine bucco-dentaire) l'avis ponctuel de consultant est fixé à 50 euros.

Les tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés en annexe I.

Des codes informatiques spécifiques aux chirurgiens-dentistes et aux chirurgiens-dentistes spécialistes (chirurgie orale et médecine bucco-dentaire) seront créés.

Article 22 – Les tarifs des actes techniques

Les tarifs des actes techniques inscrits en NGAP sont définis dans l'annexe I.

Les tarifs des actes CCAM et des modificateurs ouverts à la facturation des chirurgiens-dentistes omnipraticiens et spécialistes sont définis dans l'annexe II.

La liste des actes associables aux coefficients modificateurs J et K pour chirurgiens-dentistes spécialistes en chirurgie orale figure dans l'annexe XX.

La liste des actes associables aux coefficients modificateurs N figure dans l'annexe XXI

La mise à jour des codes regroupement figure dans l'annexe XXII.

Article 23 – Prise en charge de nouveaux actes

Les créations d'actes, pour lesquels un avis Haute Autorité de santé a déjà été retenu, doivent faire l'objet d'une inscription préalable à la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par décision UNCAM.

Les créations d'actes pour lesquels un avis HAS est attendu devront après publication de cet avis HAS, faire aussi l'objet d'une inscription préalable à la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par décision UNCAM.

Sous réserve de l'avis de la HAS, les partenaires décident de la prise en charge pour tous les patients des actes suivants :

- la séance d'application de fluorure diamine d'argent ;
- l'exérèse de la pulpe camérale (biopulpotomie) d'une dent permanente ;
- la coiffe pédodontique préformée ;
- les scellements thérapeutiques ;
- l'ART (atraumatic restorative treatment).

Sous réserve d'un avis HAS, les partenaires envisagent les tarifs suivants pour la réalisation de ces actes au bénéfice de la population susmentionnée :

- la séance d'application de fluorure diamine d'argent : 35 euros la séance pour 1 à 5 dents maximum ;
- l'exérèse de la pulpe camérale (biopulpotomie) d'une dent permanente : 80 euros;
- la coiffe pédodontique préformée : 150 euros sans possibilité d'entente directe.

Par ailleurs, les partenaires proposent d'étendre la prise en charge de la séance d'application topique intrabuccale de fluorures (vernis fluoré) (HBLD045) à tous les patients âgés de 3 ans à 24 ans au tarif de 25 euros.

A compter du 1^{er} janvier 2026, le tarif de l'acte d'exérèse de la pulpe camérale (biopulpotomie) d'une dent temporaire (Hbfd006) sera fixé à 36 euros.

Les partenaires conviennent de prendre en charge l'acte de pose d'un mainteneur d'espace interdentaire unitaire scellé (HBLD006). Le tarif de l'acte serait fixé à 30 euros avec des honoraires limites de facturation à 150 euros.

Les mesures tarifaires prévues au présent article entrent en vigueur au premier jour du mois suivant l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. Pour celles qui le nécessitent, cette entrée en vigueur est subordonnée à la modification préalable de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Titre III : Tendre vers l'objectif d'une génération sans carie par le renforcement de la prévention et des soins conservateurs

Sous-titre I : Dispositif en faveur des enfants, adolescents et jeunes adultes

Article 24 – Le principe d'une génération sans carie

L'objectif est de renforcer dès le plus jeune âge, celui au cours duquel s'acquièrent les « bons gestes » les examens de prévention en les annualisant. Il est aussi question de mieux valoriser et de permettre l'accès aux soins conservateurs pour cette jeune génération, âgée au départ de 3 à 24 ans, afin de leur éviter ensuite le recours aux actes prothétiques et implantaires tout au long de leur vie d'adultes. C'est par l'action combinée de la prévention et d'une meilleure valorisation des actes conservateurs que les partenaires souhaitent tendre pour cette génération vers la première « génération sans carie ».

Cet objectif majeur de santé publique dentaire sera soutenu et accompagné dans la durée par la mise en place de campagnes de sensibilisation de ces publics à la santé orale et à la réalisation annuelle de l'EBD.

Article 24.1 – Les bénéficiaires

Le dispositif de prévention s'adresse aux ayants droit ou assurés sociaux remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie âgés de 3 à 24 ans inclus.

Article 24.2 – Les mesures en faveur de la génération sans carie

Article 24.2.1 – L'examen bucco-dentaire (EBD)

Jusqu'au 31 décembre 2024, les jeunes de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans bénéficient d'un EBD et des soins consécutifs.

À compter du 1^{er} janvier 2025, les jeunes de 3 à 24 ans inclus bénéficient chaque année d'un examen de prévention et des soins nécessaires.

Article 24.2.1.1 – Le contenu de l'examen de prévention

Cet examen comprend obligatoirement :

- Une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés (succion du pouce, consommation d'aliments sucrés et/ou acides, grignotage, absence de brossage, tabac, autres addictions, etc.) ;
- Un examen bucco-dentaire (dents et parodonte) ;
- Des conseils d'éducation sanitaires : brossage (méthode, fréquence, fluor), alimentation, protection en cas de pratique sportive, vaccination HPV ;
- L'établissement d'un éventuel plan de traitement ou programme de soins.

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

L'examen est complété, si nécessaire, par :

- des radiographies intrabuccales ou par une radiographie panoramique dentaire ;
- l'établissement d'un éventuel programme de soins qui une fois établi lors de l'examen bucco-dentaire.

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

Article 24.2.1.2 – Les soins complémentaires à l'examen de prévention

Entrent dans le champ du dispositif les seuls actes correspondant à des soins conservateurs, chirurgicaux et des actes radiographiques, conformément à la liste fixée en annexe XI. Comme précisé dans l'article 24.2.1.1, ces actes peuvent être exécutés au cours de la même séance que l'examen de prévention dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser.

Les traitements orthodontiques et prothétiques sont exclus de ce dispositif.

Article 24.2.1.3 – Les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention

Afin d'assurer le recours annuel aux examens bucco-dentaires et aux soins complémentaires, les partenaires conventionnels s'engagent à définir et proposer les solutions permettant de garantir une dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires, une absence de reste à charge, pour les bénéficiaires et une garantie de paiement pour les chirurgiens-dentistes.

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

Jusqu'au 31 décembre 2024, la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est fixée à hauteur de 30 euros (BDC). Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales, quelle que soit la technique utilisée ou par une radiographie panoramique. La rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 42 euros (BR2) ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros (BR4) ;
- Examen avec réalisation d'une radiographie panoramique : 54 euros (BRP).

À compter du 1^{er} janvier 2025, la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est fixée à hauteur de 40 euros (BDC). Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales, quelle que soit la technique utilisée. Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 52 euros (BR2) ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 64 euros (BR4) ;
- Examen avec réalisation d'une radio panoramique : 64 euros (BRP).

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

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap, le chirurgien-dentiste peut facturer un supplément de 23 euros cumulable à la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire associé ou non à la réalisation des radiographies. La grille d'éligibilité à ce supplément définie en annexe XV 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.

Article 24.2.1.4 – Modalités pratiques

Chaque année, l'assuré ou l'ayant droit reçoit de la caisse d'assurance maladie dont il relève une invitation en fonction de son âge l'incitant à réaliser l'examen bucco-dentaire annuel accompagnée de l'imprimé de prise en charge.

Pour bénéficier des avantages du dispositif, l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte consulte le chirurgien-dentiste de son choix, ou du choix de ses parents ou de son représentant légal, dans les 12 mois qui suivent la date d'anniversaire.

À terme, si l'assuré ou l'ayant droit dispose d'un compte Ameli, il pourra recevoir pour lui-même ou pour son ayant droit, en demandant préalablement dans le compte Ameli, un bon digital de prise en charge identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

Il présente l'imprimé de prise en charge identifié à son nom ou digitalisé pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais. La facture de l'examen est télétransmise.

Les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place un groupe de travail pour définir les modalités pratiques de mise en place, de portage et de suivi conjoint par l'Assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires de cet examen annuel de prévention.

À terme, les partenaires conventionnels s'engagent à ce que les chirurgiens-dentistes réalisant l'EBD puissent systématiquement enrichir ces données médicales dans Mon espace santé et notamment l'indice carieux chez le patient ayant bénéficié d'un EBD.

Article 24.2.2 – Les soins conservateurs

Dans le cadre du dispositif évolutif « génération sans carie », les soins conservateurs décrits à l'annexe V réalisés auprès de patients âgés de 3 à 24 ans sont majorés.

Pour ce faire, un modificateur (code 9) est appliqué aux tarifs de remboursement de ces actes pour les majorer de 30 %.

La liste des actes associables au modificateur 9 figure dans l'annexe XIX.

Les actes du bilan parodontal et du détartrage surfaçage radiculaire (DSR), ainsi que les actes de parodontie indiqués, seront pris en charge pour les patients ayant bénéficié du dispositif « génération sans carie » lorsque ces soins deviendront nécessaires à des âges postérieurs.

Article 24.3 – Le suivi médico-économique du principe d'une génération sans carie

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de définir et de suivre les indicateurs médicaux, économiques et sociaux permettant de déterminer l'impact de ces nouvelles mesures conventionnelles sur la santé bucco-dentaire des patients âgés de 3 à 24 ans, au fil du temps.

Ces indicateurs seront notamment :

- un indicateur médical de suivi : l'indice carieux de cette population ;
- un indicateur économique de suivi : l'évolution des dépenses de soins de prévention et des soins conservateurs de cette population, par cotation et par tranche d'âge ;
- un indicateur social de suivi : l'évolution du recours aux soins et à l'EBD de cette population, par tranche d'âge et par cible.

Cette évaluation s'appuie sur les données saisies par les chirurgiens-dentistes lors de la réalisation de l'EBD dont les modalités seront déterminées dans le cadre d'un groupe de travail dédié. Les partenaires s'engagent à soutenir la réalisation et l'usage par les chirurgiens-dentistes d'outils numériques de renseignement et de collecte de telles données médicales, au sein par exemple, de Mon espace santé.

Article 25 – Engagements du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste s'engage à :

- permettre au patient d'accéder à l'ensemble des avantages prévus dans le dispositif « génération sans carie » ;
- informer son patient et son représentant légal, s'il est présent, de l'état bucco-dentaire constaté et, le cas échéant, du nombre de dents à traiter et de la nature des soins à engager, tout en précisant les priorités ;
- accompagner sa démarche de conseils d'hygiène et de prévention en soulignant l'intérêt d'un traitement précoce, d'un suivi régulier et de la continuité des soins ;
- participer à l'évaluation du dispositif en :
 - o conservant dans le dossier médical du patient les « renseignements médicaux » relatifs à l'examen de prévention et au programme de soins éventuels ;
 - o déclarant ces « renseignements médicaux » sur Mon espace santé sitôt que celui-ci le permettra ;
 - o transmettant ces renseignements au service médical à sa demande ;
 - o répondant à toute enquête ou recueil d'informations réalisé selon les modalités définies entre les parties signataires et conformément aux modalités de suivi indiquées ci-après ;
- participer s'il le souhaite à la campagne de prévention bucco-dentaire et aux actions en faveur de la santé bucco-dentaire des enfants scolarisés dans les réseaux d'éducation prioritaires (REP et REP+).

Sous-Titre II : Dispositif de prévention pour les femmes enceintes

Article 26 - Les bénéficiaires

Les femmes enceintes ayant droit ou assurées sociales et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie obligatoire au jour de l'examen bénéficiant de l'examen bucco-dentaire revalorisé aux conditions de financement et rémunération décrites à l'article 24.2.1.3 à compter du 4^e mois de grossesse et jusqu'à 6 mois après l'accouchement.

Article 27 - Le contenu de l'examen de prévention

Cet examen comprend obligatoirement :

- une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés (consommation d'aliments sucrés et/ou acide, grignotage, absence de brossage, tabac, autres addictions...) ;
- un examen bucco-dentaire (dents et parodonte, éventuelle gingivite) ;

- des conseils d'éducation sanitaires : brossage (méthode, fréquence, fluor), alimentation, tabac, alcool, etc. dont les messages à délivrer sont adaptés à la femme enceinte ;
- une information sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance : mesures d'hygiène nécessaires dès l'éruption des premières dents de l'enfant afin de sensibiliser la future mère bénéficiant du dispositif.

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

L'examen est complété, si elles sont médicalement indispensables, par :

- des radiographies intrabuccales ou par une radiographie panoramique dentaire et avec port d'un tablier de plomb ;
- l'établissement d'un éventuel programme de soins qui une fois établi lors de l'examen bucco-dentaire.

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

Article 28 - Les tarifs d'honoraires

Les tarifs d'honoraires de cet examen bucco-dentaire sont identiques aux tarifs décrits à l'article 24.2.1.3.

Article 29 – Mise en œuvre du dispositif

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

À terme, si l'assurée ou l'ayant droit dispose d'un compte Ameli, elle pourra recevoir pour lui-même ou pour son ayant droit, en demandant préalablement dans le compte Ameli, un bon digital de prise en charge identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

Pour bénéficier des avantages du dispositif, la femme enceinte consulte le chirurgien-dentiste de son choix, à compter de son 4^e mois de grossesse et ce, jusqu'à 6 mois après l'accouchement. Elle présente l'imprimé de prise en charge identifié à son nom ou digitalisé pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

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

À terme, les partenaires conventionnels s'engagent à ce que les chirurgiens-dentistes réalisant l'EBD femmes enceintes puissent systématiquement enrichir ces données médicales dans Mon espace santé.

Titre IV – Garantir l'accès financier aux soins dentaires

Sous-titre I – Paniers prothétiques du 100% Santé

Article 30 – Contenu des paniers du 100% santé dentaire

L'offre « 100% Santé dentaire » constitue un ensemble d'actes prothétiques pour lesquels, selon le panier auxquels ils appartiennent, le reste à charge pour le patient est nul ou maîtrisé via une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et par les organismes d'assurance maladie complémentaires (AMC).

Cette offre comprend trois paniers d'actes prothétiques décrits ci-dessous. Le détail et la répartition des actes contenus dans ces trois paniers ainsi que les honoraires limites de facturation des actes pouvant faire l'objet d'une entente directe se trouvent dans l'annexe V.

Les chirurgiens-dentistes peuvent pratiquer au-delà de la base de remboursement, par entente directe et sur devis, des dépassements de tarif qui sont, pour les actes des paniers « reste à charge zéro » et « reste à charge modéré », plafonnés selon des « honoraires limites de facturation ».

Article 30.1 – Le panier « reste à charge zéro » (RAC 0)

Dans le panier « reste à charge zéro » (RAC 0), des honoraires limites de facturation (HLF) déterminent les montants maximaux des honoraires, sur entente directe et sur devis, que peuvent pratiquer les chirurgiens-dentistes et que les AMC sont dans l'obligation de prendre en charge intégralement dans le cadre du dispositif des « contrats responsables ».

À compter du 1^{er} janvier 2026, les actes de pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique zircone sur une molaire (HBLD073) sera intégré au panier RAC 0.

À compter du 1^{er} janvier 2026, l'acte HBLD425 sera subdivisé en :

- Un acte de pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramiques monolithiques zircone et 1 élément intermédiaire céramique monolithique zircone (HBLD099¹) sera créé et intégré au panier RAC 0.
- Un acte de pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramocéramiques ou céramiques monolithiques (hors zircone) et 1 élément intermédiaire céramocéramique ou céramique monolithique hors zircone (HBLD426¹) sera créé et intégré au panier libre (en lien avec article 30.3).

Article 30.2 – Le panier « reste à charge maîtrisé » (RAC M)

Dans le panier « reste à charge maîtrisé » (RAC M), des honoraires limites de facturation (HLF) déterminent les montants maximaux des honoraires, sur entente directe et sur devis, que peuvent pratiquer les chirurgiens-dentistes et que les AMC peuvent prendre en charge partiellement ou intégralement.

Les actes contenus dans le panier RAC M peuvent donc donner lieu à une facturation avec un reste à charge pour les patients mais celui-ci est « maîtrisé » via les HLF.

¹ Code acte temporaire en attendant que le code CCAM définitif soit déterminé lors de la création des 2 actes

A compter du 1^{er} janvier 2026 et sous réserve de la publication d'un avis HAS, l'acte de pose d'un mainteneur d'espace interdentaire unitaire scellé (HBLD006) sera intégré au panier RAC M.

Article 30.3 – Le panier à tarif libre

Dans le panier à tarif libre, les honoraires pratiqués, sur entente directe et sur devis, au-delà de la base de remboursement (tarif de responsabilité) sont librement définis par les chirurgiens-dentistes. Les AMC sont libres de prendre en charge tout ou partie de ces honoraires. Les actes contenus dans le panier à tarif libre peuvent donc donner lieu à une facturation avec un reste à charge.

Article 31 – Clause de maintien des équilibres économiques du dispositif du 100 % santé

Les partenaires conventionnels expriment la volonté de poursuivre et d'étendre le dispositif 100 % santé. Ils souhaitent toutefois que ces évolutions se réalisent dans des conditions garantissant la soutenabilité économique du dispositif pour les financeurs comme pour les chirurgiens-dentistes.

Article 31.1 – Suivi de l'évolution du recours aux actes du panier 100 % santé

Un suivi régulier de la montée en charge des évolutions du dispositif 100 % santé est réalisé une fois par an au 1^{er} semestre en commission paritaire nationale (CPN).

Les partenaires veillent notamment à ce que l'intégration par la présente convention des nouveaux actes dans le panier 100 % santé n'entraîne pas une évolution significative du taux de recours à ces prothèses, qui pourrait correspondre notamment à des remplacements prématurés d'équipements prothétiques. Au regard des résultats observés, des actions correctrices pourront être décidées et partagées en CPN.

La CPN réalise également un suivi annuel de l'évolution des prix et des types de matériaux utilisés par les chirurgiens-dentistes pour la réalisation des prothèses. Le constat d'une évolution forte à la hausse ou à la baisse pourrait déclencher l'ouverture de discussions en vue de la mise en œuvre de mesures correctrices dans le cadre d'un avenant conventionnel.

Article 31.2 – Évolution des honoraires limites de facturation

À compter du 1^{er} janvier 2026, les honoraires limites de facturation des paniers RAC 0 et RAC M seront augmentés de 3 %. Les honoraires limites de facturation applicables à compter de cette date sont précisés en annexe V.

Article 31.3 – Clause de revoyure des plafonds RAC 0 et RAC M

Les partenaires conventionnels conviennent de maintenir le suivi de l'indice dentaire dans le cadre des CPN. En cas d'évolution significative de l'indice, les partenaires conventionnels pourront se réunir et envisager d'éventuelles mesures correctrices. Les détails du calcul de l'indice sont définis dans l'annexe XIV.

Article 32 – Alignement des montants maximums C2S

Les partenaires conventionnels s'accordent sur l'opportunité d'aligner les montants maximums applicables aux bénéficiaires de la C2S sur les honoraires limites de facturation pour les actes communs du panier RAC 0 d'ici 2028 et d'inviter les ministres compétents à prendre les textes nécessaires pour procéder à cet alignement.

Les partenaires conventionnels proposent de retenir comme montants maximums les honoraires limites de facturation mentionnés à l'annexe XVIII.

Titre V – Améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires pour tous

Sous-titre I – Dispositif pour améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires

Sous-chapitre 1 – Méthodologie du zonage

Article 33 – La méthodologie de zonage de la profession

Article 33.1 – Définition des zones

Le territoire national est divisé en territoires de vie santé (TVS) classés en cinq catégories de zones définies par la méthode figurant en annexe IV.

Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins bucco-dentaires est la plus élevée, au sens de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, sont dénommées « zones non prioritaires ».

Ces zones correspondent aux TVS qui recouvrent les 5 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) pondéré du gradient social défini en annexe IV, est le plus élevé.

Les zones caractérisées par une offre de soins bucco-dentaires insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du même article du code de la santé publique sont divisées en deux catégories :

- les « zones très sous dotées » correspondant aux TVS qui recouvrent, 30 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur APL pondéré du gradient social est le plus bas ;
- les « zones sous dotées » correspondant aux TVS qui recouvrent 15 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur APL pondéré du gradient social est immédiatement supérieur à celui des zones « très sous dotées ».

Les autres TVS sont classés ainsi :

- les « zones intermédiaires » qui recouvrent 35 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur APL pondéré du gradient social est immédiatement supérieur à celui des « zones sous-dotées » ;
- les « zones très dotées » qui recouvrent 15 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur APL pondéré du gradient social est immédiatement supérieur à celui des « zones intermédiaires ou immédiatement inférieur à celui des zones « non prioritaires ».

À noter, au niveau régional, que les parts de population précédemment définies pour chaque type de zone peuvent être amenées à évoluer en fonction de la mise à jour de l'indicateur APL pondéré utilisé par l'ARS.

Dans son arrêté définissant le zonage, l'ARS peut ajouter aux zones définies nationalement comme « très sous dotées », des territoires de vie santé (TVS) représentant au maximum 10 % de sa population régionale. Ces TVS sont sélectionnés parmi ceux définis nationalement comme « zone sous dotée » et pour lesquels le niveau d'APL est immédiatement supérieur à celui des TVS en « zone très sous dotée ».

Les nouveaux zonages régionaux entreront en vigueur dès publication par les agences régionales de santé (ARS) des arrêtés prévus par les dispositions de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Sous-chapitre 2 : Incitation à l'installation et au maintien dans les zones « très sous-dotées »

Article 34 – Dispositifs d'incitation à l'installation et au maintien dans les zones « très sous-dotées »

Article 34.1 – Contrat d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes (CAICD2023) dans les zones « très sous dotées »

Le contrat type d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes dans les zones « très sous-dotées » ci-après CAICD2023 est fixé en annexe VII.

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

Ce contrat vise à favoriser l'installation des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante et par des difficultés d'accès à ces derniers telles que définies à l'article 33.1, par la mise en place d'une aide forfaitaire pour les accompagner dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral (locaux, équipements, plateaux techniques, etc.) au vu du service rendu à la population nouvellement couverte.

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

Le CAICD2023 est proposé aux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés qui s'installent en exercice libéral dans une zone « très sous dotée ».

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

- soit à titre individuel ;
- soit en groupe.

Dès lors qu'au sein d'un département, l'ensemble des TVS sont classés en zones très sous-dotées et en zones sous-dotées, ces TVS sont éligibles aux contrats incitatifs cités ci-dessous.

Est considéré comme exerçant à titre principal dans la zone, le professionnel qui réalise la majorité de son activité conventionnée dans la zone et, a minima, 2 jours par semaine.

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

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

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

Le chirurgien-dentiste ne peut bénéficier qu'une seule fois d'un contrat d'aide à l'installation (CAICD, issu de la précédente convention ou CAICD2023). Ce contrat étant *intuitu personae*, il n'est pas transférable. En cas de déménagement du chirurgien-dentiste dans une autre zone très sous-dotée avant le terme du contrat, le contrat est maintenu pour se poursuivre dans cette autre zone pour les années du contrat restant à courir. Le chirurgien-dentiste ne peut plus en bénéficier s'il décide de s'installer dans une autre zone qui ne serait pas très sous dotée.

Le CAICD2023 n'est pas cumulable avec le contrat de maintien de l'activité (CAMCD2023 ou CAMCD issu de la précédente convention). Le chirurgien-dentiste signataire d'un contrat CAICD2023 peut cependant, au terme de ce contrat, bénéficier d'un contrat de maintien de l'activité (CAMCD2023) en zone « très sous dotée ».

c. Engagements du chirurgien-dentiste signataire

En adhérant au CAICD2023, le chirurgien-dentiste s'engage à exercer, à titre principal son activité libérale conventionnée dans la zone précisée à l'article précédent, pendant une durée de cinq ans consécutifs à compter de la date d'adhésion au CAICD2023, sauf cas de force majeure (décès, invalidité, etc.).

Il s'engage à :

- maintenir, durant la durée du contrat, la majorité de son activité conventionnée dans la zone et, a minima, 2 jours par semaine ;
- remplir les conditions lui permettant de percevoir le forfait d'aide à la modernisation et d'informatisation (FAMI) du cabinet professionnel ;
- informer préalablement la caisse de la circonscription de son cabinet principal de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du CAICD2023.

d. Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

Le chirurgien-dentiste adhérant au contrat, signé au titre de la présente convention, bénéficie du versement par l'assurance maladie, d'une aide forfaitaire unique au titre de l'équipement du cabinet ou d'autres investissements professionnels d'un montant de 50 000 euros.

Cette aide est versée en deux fois : 25 000 euros la première année du contrat et 25 000 euros la troisième année.

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

e. Résiliation du contrat

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

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

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

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

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

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

Article 34.2 – Contrat d'aide au maintien d'activité des chirurgiens-dentistes (CAMCD2023) dans les zones « très sous-dotées »

Le contrat type d'aide au maintien des chirurgiens-dentistes, ci-après CAMCD2023, dans les zones « très sous-dotées » est fixé à l'annexe VIII.

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

Le CAMCD2023 vise à favoriser le maintien en exercice des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans les zones « très sous dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire visant à limiter les contraintes financières pesant sur les chirurgiens-dentistes libéraux et de leur permettre de réaliser des investissements, de se former et contribuer à améliorer la qualité des soins bucco-dentaires de la population de ces territoires.

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

Le CAMCD2023 est proposé aux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés déjà installés en exercice libéral dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante et par des difficultés d'accès à ces derniers telles que définies à l'article 33.1. Sont concernés par ce contrat les chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés qui exercent à titre principal dans les zones « très sous-dotées ».

Dès lors qu'au sein d'un département, l'ensemble des TVS sont classés en zones très sous-dotées et en zones sous-dotées, ces TVS sont éligibles aux contrats incitatifs cités ci-dessous :

- soit à titre individuel ;
- soit en groupe.

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

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

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

Est considéré comme exerçant à titre principal dans la zone, le professionnel qui réalise la majorité de son activité conventionnée dans la zone et, a minima, 2 jours par semaine. Ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à l'installation (CAICD2023).

c. Engagements du chirurgien-dentiste signataire

En adhérant au CAMCD2023, le chirurgien-dentiste s'engage à exercer son activité libérale conventionnée en zone « très sous dotée » pendant une durée de trois ans consécutifs à compter de la date d'adhésion au CAMCD2023.

Il s'engage à :

- maintenir, durant la durée du contrat, la majorité de son activité conventionnée dans la zone et, a minima, 2 jours par semaine ;
- remplir les conditions lui permettant de percevoir le forfait d'aide à la modernisation et d'informatisation (FAMI) du cabinet professionnel ;
- informer préalablement la caisse de la circonscription de son cabinet principal de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du CAMCD2023.

d. Engagements de l'assurance maladie dans le contrat d'aide au maintien d'activité

Le chirurgien-dentiste bénéficie d'une aide forfaitaire de 4 000 euros par an au titre de l'équipement du cabinet ou d'autres investissements professionnels.

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

f. Résiliation du contrat

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

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

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

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

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

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au chirurgien-dentiste la fin de son adhésion et récupère les sommes indûment versées.

Article 34.3 – Dispositif commun aux contrats incitatifs des chirurgiens-dentistes

a- Articulation du contrat national avec les contrats régionaux

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

Les contrats régionaux sont définis par chaque ARS conformément aux dispositions des contrats nationaux. L'agence régionale de santé peut décider de moduler les contrats incitatifs. Cette modulation ne pourra pas porter sur le montant de l'aide.

Avant la publication de l'arrêté instaurant le contrat type régional, la CPR rend un avis sur le projet de contrat type de l'ARS.

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

b- Dispositions transitoires

Contrats incitatifs chirurgien-dentiste conclus dans le cadre de l'avenant n°2 à la convention nationale de 2018

En cas de résiliation d'un CAICD, le chirurgien-dentiste n'est pas éligible au CAICD2023.

En cas de résiliation d'un CAMCD, le chirurgien-dentiste n'est pas éligible au CAMCD2023 avant la date de fin inscrite dans son CAMCD.

Dès la publication du zonage et des contrats type régionaux par les ARS, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux CAICD et CAMCD conclus dans le cadre de la convention nationale de 2018. Les contrats en cours conclus dans le cadre des conventions nationales de 2012 et de 2018 perdurent jusqu'à leur terme.

Un chirurgien-dentiste installé au cours des 12 mois précédant la publication du zonage et des contrats type régionaux par les ARS, dans une zone ainsi devenue « très sous-dotée », peut adhérer au CAICD2023 ou CAMCD2023.

Un chirurgien-dentiste ayant signé un CAICD dans les 12 mois précédant la publication du zonage et des contrats type régionaux par les ARS, peut résilier son contrat de manière anticipée et adhérer au CAICD2023 si sa zone d'installation est toujours qualifiée de très sous-dotée à la suite de cette publication.

Un chirurgien-dentiste ayant signé un CAMCD dans les 12 mois précédant la publication du zonage et des contrats type régionaux par les ARS, peut résilier son contrat de manière anticipée et adhérer au CAMCD2023 si sa zone d'installation est toujours qualifiée de « très sous-dotée » à la suite de cette publication.

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

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

Sous-chapitre 3 : dispositif de gestion partagée des installations

Article 35 – Dispositif de gestion partagée des installations et de régulation du conventionnement au sein des zones « non-prioritaires »

La gestion partagée des installations et régulation du conventionnement s'applique uniquement dans les zones « non prioritaires ».

À l'exception des dérogations prévues à l'article 35.1.5, le conventionnement ne peut être accordé à un chirurgien-dentiste libéral dans une zone « non prioritaire » qu'au bénéfice d'un chirurgien-dentiste libéral désigné comme assurant la succession du professionnel cessant définitivement son activité dans la zone.

Le chirurgien-dentiste, mettant fin à son activité en zone « non prioritaire » dispose d'un délai d'un an maximum à compter de la cessation de son activité pour désigner son successeur. Passé ce délai, le conventionnement devenu disponible est attribué par la commission paritaire départementale mentionnée à l'article 54.2.3 à un chirurgien-dentiste qui en fait la demande selon les critères et la procédure définis à l'article 35.1.

La cessation d'activité (principale ou secondaire) d'un chirurgien-dentiste ne peut ouvrir droit à transmission de conventionnement dans la zone « non prioritaire » que si l'activité du cédant représentait un seuil minimum de deux jours d'activité par semaine au titre de l'année précédant cette cessation d'activité.

À défaut, il appartient aux commissions paritaires départementales des chirurgiens-dentistes libéraux d'apprécier si la cessation du professionnel peut justifier l'ouverture d'une place de conventionnement (notamment congé maternité, parental, départ progressif à la retraite dans la zone.). L'avis de la commission paritaire est rendu dans les conditions d'une demande de conventionnement en zone « non prioritaire » définie à l'article 40.1 et suivant.

Cet article entrera en vigueur au plus tôt au 1^{er} janvier 2025 et sous réserve d'une transposition concomitante aux centres de santé dentaire dans le cadre de l'accord national des centres de santé après information de la CPN. Dès lors, le dispositif ne s'appliquera pour les chirurgiens-dentistes libéraux que lorsqu'il s'appliquera pour les centres de santé concernés.

Article 35.1 – Formalités de demande de conventionnement en « zone non prioritaire »

Le chirurgien-dentiste envoie sa demande de conventionnement à l'organisme local d'assurance maladie du lieu d'installation envisagé, par lettre recommandée avec accusé réception, par voie postale ou par voie électronique.

Dans ce courrier, il précise ses nom et prénom, son numéro d'identification, le lieu et les conditions exactes de l'installation projetée. Le chirurgien-dentiste produit à l'appui de sa demande une attestation du chirurgien-dentiste dont il reprend l'activité et qui le désigne nommément comme son successeur. Si le chirurgien-dentiste cédant son activité a le statut d'assistant ou de collaborateur libéral, l'attestation de succession est rédigée par le titulaire du cabinet en accord avec l'assistant ou le collaborateur qui co-signe l'attestation.

En cas de force majeure entraînant un arrêt brutal et définitif de l'activité du chirurgien-dentiste empêchant la désignation d'un successeur, l'organisme local d'assurance maladie sollicite, le cas échéant, le ou les membres du cabinet du chirurgien-dentiste pour désigner un successeur dans les conditions prévues à l'article 35.1.3.

Article 35.2 – Avis de la commission paritaire départementale

Dans un délai maximal de trente jours à compter de la réception du dossier complet, le directeur de l'organisme d'assurance maladie saisit la commission paritaire départementale (CPD) pour avis et informe le chirurgien-dentiste de cette saisine. Il transmet à la CPD les éléments du dossier de demande de conventionnement.

La CPD rend alors un avis dans un délai de trente jours suivant sa saisine. Elle peut demander des compléments d'information et à entendre le chirurgien-dentiste dans le délai de trente jours. Le chirurgien-dentiste peut également être entendu s'il en exprime le souhait.

Cet avis est rendu à la majorité des deux tiers des membres de la CPD.

Si la CPD ne rend pas un avis à la majorité des deux tiers des membres de la CPD, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie se prononcera sur la demande de conventionnement.

À défaut d'avis rendu dans le délai de 30 jours suivant la saisine, l'avis de la CPD est réputé rendu.

Article 35.3 – Décision du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie notifie au chirurgien-dentiste concerné sa décision de conventionnement ou de refus de conventionnement dans un délai de quinze jours suivant la date de l'avis de la CPD ou d'échéance de la saisine. La décision est motivée et notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception. La CPD est tenue informée de la décision du directeur de l'organisme local d'assurance maladie sur la demande de conventionnement.

La décision du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ainsi que les différents avis rendus sont fondés sur le fait que le chirurgien-dentiste reprend la patientèle du chirurgien-dentiste ayant préalablement cessé son activité sur la zone, dans l'objectif de continuité de la prise en charge de l'activité.

Le courrier notifiant la décision de conventionnement au chirurgien-dentiste lui précise qu'il est tenu d'initier ses formalités d'installation dans un délai maximal de six mois suivant la notification de la décision de conventionnement. À défaut, l'organisme local d'assurance maladie sollicite le ou les membres du cabinet du chirurgien-dentiste ayant cessé son activité pour désigner un nouveau successeur dans un délai de six mois, après avoir informé la CPD pour que cette dernière puisse accompagner les professionnels dans leurs démarches.

À défaut de nouvelle désignation dans ce délai par le cabinet du chirurgien-dentiste et après information de la CPD, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie acte la non-attribution de la place vacante sur la zone (disparition de la place vacante sur la zone).

Article 35.4 – Procédure en cas de différence entre le projet de décision du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie et l'avis rendu par la CPD

Quand le projet de décision du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) diffère de l'avis rendu par la CPD, la commission paritaire nationale (CPN) est saisie de ce projet sous quinze jours à compter de l'avis rendu par la CPD. Le chirurgien-dentiste et la CPD sont tenus informés de cette saisine.

La CPN dispose alors d'un délai de 30 jours à compter de la date de sa saisine pour rendre un avis, par un vote à la majorité des deux tiers des voix des membres de la commission. En l'absence d'avis rendu par la CPN dans ce délai, un avis conforme à la décision du directeur de la CPAM est réputé rendu.

Si la CPN rend un avis conforme au projet de décision du directeur de la CPAM, elle le transmet au directeur de la CPAM dans un délai d'un mois à compter de la saisine.

Si la CPN rend un avis différent du projet de décision du directeur de la caisse primaire, le secrétariat de la CPN sollicite dans les trente jours, à compter de la date de la décision, le directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) pour avis qui dispose d'un mois pour statuer. Le secrétariat de la CPN transmet ensuite, au directeur de la CPAM la décision du directeur général de l'UNCAM, accompagnée de l'avis de la CPN dans les quinze jours à compter de la réception de l'avis.

Le directeur de la CPAM notifie alors au chirurgien-dentiste, par lettre recommandée avec accusé de réception, la décision de conventionnement ou de refus de conventionnement dans un délai de quinze jours suivant la transmission du ou des avis. Il en adresse une copie aux membres de la CPD.

La caisse primaire d'assurance maladie transmet trimestriellement au secrétariat de la CPN, à titre d'information, le nombre de conventionnements accordés ainsi que le nombre de refus.

Article 35.5 – Dérogations au principe de régulation du conventionnement en « zones non prioritaires »

En l'absence de départ préalable d'un(e) confrère conventionné(e) dans la zone « non prioritaire », le conventionnement peut être accordé aux chirurgiens-dentistes spécialistes en médecine bucco-dentaire, en chirurgie orale ainsi qu'en orthodontie.

Le conventionnement peut être accordé à titre exceptionnel dans les cas suivants liés à la vie personnelle du chirurgien-dentiste, dûment attestés :

- situation médicale grave du chirurgien-dentiste, du conjoint, d'un enfant ou d'un ascendant direct ;
- mutation professionnelle du conjoint ;
- situation juridique personnelle (exemple : divorce, garde d'enfant partagée, ...) entraînant un changement d'adresse professionnelle.

Lorsqu'un conventionnement est accordé dans une « zone non prioritaire » au titre d'une des dérogations prévues dans le présent article, il ne diminue pas le nombre de places vacantes disponibles dans la zone. Il s'agit d'un conventionnement supplémentaire accordé sur la zone ouvrant droit à une place en cas de cessation d'activité.

À titre exceptionnel, la CPD peut transmettre à la CPN une demande de dérogation dûment justifiée par un motif qui n'est pas mentionné dans la liste ci-dessus.

Sous-chapitre 4 : Suivi du nouveau dispositif de zonage

Article 36 - Suivi du rééquilibrage de l'offre de soins en chirurgiens-dentistes sur le territoire et accompagnement du dispositif

Article 36.1. Suivi du dispositif démographique

Un suivi, du dispositif démographique est réalisé, au moins une fois par an en Commission paritaire nationale (CPN) et en Commission paritaire régionale (CPR).

Un bilan annuel des refus de conventionnement et des conventionnements accordés en zone « non prioritaire » ainsi que, le cas échéant, des places restées vacantes, est présenté par département chaque année au cours du 1^{er} trimestre de l'année suivante en CPN.

Une évaluation de la portée du dispositif conventionnel démographique en termes d'amélioration de l'offre de soins et des conditions d'exercice des chirurgiens-dentistes libéraux exerçant dans les zones « très sous-dotées » et non prioritaires est réalisée dans le cadre de la CPN.

Article 36.2 Accompagnement du dispositif

Les parties signataires conviennent de poursuivre les actions d'information sur le thème de la répartition démographique de la profession auprès des chirurgiens-dentistes souhaitant s'installer en libéral sous convention ainsi qu'auprès des étudiants dans le cadre de la formation initiale.

Les parties signataires s'entendent ainsi pour diffuser largement les constats réalisés au niveau régional en matière de répartition démographique des chirurgiens-dentistes libéraux, notamment le classement des territoires de vie santé (TVS), ainsi que les différents types d'aides disponibles pour l'installation émanant aussi bien de l'État, des collectivités territoriales que de l'assurance maladie.

Sous-titre II : Autres mesures hors dispositif pour améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires dans tous les territoires

Article 37 – Valorisation de la fonction de maître de stage

Un chirurgien-dentiste bénéficie d'une rémunération complémentaire d'un montant de 350 euros par an s'il s'est engagé, volontairement, à accueillir un étudiant stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage actif d'initiation à la vie professionnelle de 6^e année.

Cette aide forfaitaire peut être perçue indépendamment de l'atteinte des indicateurs « socles » du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet (taux de télétransmission...).

Cette disposition entrera en vigueur à l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Sous-titre III : Permanence des soins dentaires (PDS) et soins non programmés

Article 38 - Majoration spécifique des actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins dentaires

Lorsque le chirurgien-dentiste inscrit sur le tableau de permanence mentionné à l'article R. 6315-9 intervient au titre de la permanence des soins dentaires mentionné à l'article à R. 6315-7, celui-ci bénéficie pour les actes cliniques et techniques pratiqués dans ce cadre d'une majoration spécifique de permanence des soins (MCD) d'un montant de 30 euros par patient.

Article 39 – Rémunération de l'astreinte

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

Sur un secteur donné, le paiement de l'astreinte s'effectue au profit du chirurgien-dentiste libéral conventionné inscrit au tableau de permanence tel que prévu par les dispositions des articles R. 6315-7 et suivants du code de la santé publique.

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

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

Article 40 – Les urgences dentaires orientées par la régulation médicale (15 ou SAS)

Une majoration à la consultation du chirurgien-dentiste omnipraticien et spécialiste définie à l'annexe I, d'un montant de 15 euros est créée, pour la prise en charge des urgences dentaires assurées par les chirurgiens-dentistes libéraux sur demande de régulation médicale (centre 15 ou SAS) en dehors des plages de permanence de soins dentaires.

Cette majoration est plafonnée à 10 prises en charge par semaine et n'est pas cumulable avec un acte technique.

Les partenaires conventionnels souhaitent analyser l'utilisation de l'acte HBJB001 « Évacuation d'abcès parodontal » pour mieux comprendre son usage en pratique et, le cas échéant, le redéfinir.

Sous-titre IV : Dispositif pour améliorer l'accès aux patients éloignés des soins bucco-dentaires

Sous-chapitre 1 – Dispositifs pour les publics fragiles et éloignés des soins bucco-dentaires

Article 41 – Périmètre des actions au bénéfice de ces publics fragiles

Les populations de patients concernés par les dispositions de ce sous-chapitre 1 sont :

- Les populations en établissements de santé et établissements et services médico-sociaux (ES/ESMS) qualifiées de :
 - o Patients en situation de perte d'autonomie, patients en EHPAD ou en USPC ;
 - o Patients en situation de handicap (enfants, adultes) ;
 - o Patients hospitalisés de longue durée en psychiatrie.
- Les populations nécessitant une prise en charge spécifique comportant des séances d'habituations telle que détaillée dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Les actions « hors les murs » qui ont pour but de prendre en charge des publics éloignés des soins bucco-dentaires ou qui connaissent des difficultés croissantes d'accès aux soins bucco-dentaires sont valorisées.

Les actions concernées que réalisent les chirurgiens-dentistes en dehors de leur cabinet dentaire au bénéfice de ces publics définis dans cet article peuvent prendre la forme de :

- formation du personnel soignant et encadrant pour une meilleure prise en charge de la santé et de l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées/en ESMS/en situation de handicap ;
- dépistage dans des ESMS suivis d'une prise en charge par un chirurgien-dentiste pour la réalisation des soins.

Des actions « hors les murs » doivent également être valorisées et mises en places, particulièrement dans le milieu carcéral et le milieu scolaire (réseau d'éducation prioritaire REP, REP+).

Le chirurgien-dentiste impliqué dans les actions « d'aller vers » à destination des publics fragiles peut bénéficier d'une rémunération forfaitaire optionnelle intégrée au versement du FAMI à hauteur de 300 euros par an (en plus des 490 euros ou 590 euros sus mentionnés), à condition que le chirurgien-dentiste réalise au moins 3 interventions en dehors de son cabinet au cours de l'année.

Article 42 – Instauration d'un bilan dentaire spécifique lors de l'entrée dans ces établissements et services médico-sociaux (ESMS) réalisé en présence du patient

Le séjour en établissements et services médico-sociaux (ESMS) contribue à éloigner les patients des soins bucco-dentaires. Un bilan dentaire spécifique dans les 12 mois qui suivent l'entrée dans l'établissement est créé afin d'assurer une meilleure prise en charge de ces populations fragiles.

Le bilan dentaire spécifique des patients entrant en ESMS comprendrait *a minima* :

1. une **anamnèse menée avec l'équipe de soins** de l'établissement : recherche des facteurs de risque (perte d'autonomie au brossage, connaissance de l'existence de prothèses dentaires, mode d'alimentation mixée, eau gélifiée sucrée, prise de médicaments avec répercussions sur la salivation) ;

2. un **examen buccal** :
 - examen exo et endobuccal complet ;
 - évaluation des prothèses dentaires : vérifier l'ajustement, l'état des prothèses dentaires (conjointes et adjointes) et l'identification des prothèses adjointes ;
 - évaluation de la salive : quantité et qualité ;
3. Une **évaluation de l'hygiène bucco-dentaire** : vérifier la routine de brossage et donner des conseils sur les techniques de brossage adaptées à l'état du patient. Pour les personnes non autonomes les recommandations en matière d'hygiène alimentaire seraient confiées au personnel des établissements ;
4. Une **inscription dans le dossier médical du patient** : état bucco-dentaire, présence et nature des prothèses, conseils d'hygiène, soins à réaliser.

La rémunération du bilan dentaire spécifique lors de l'entrée en ESMS serait valorisée à 40 euros.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser (1 seul code CCAM), celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que ce bilan dentaire spécifique lors de l'entrée en ESMS. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention. La liste des actes associables au bilan dentaire spécifique lors de l'entrée en ESMS figure dans l'annexe XI.

Ces dispositions entrent en vigueur après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 43 – Création d'une séance d'habitation pour les patients en situation de handicap sévère

Une séance d'habitation pour les patients en situation de handicap sévère est créée.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour proposer d'introduire la notion de « consultation blanche » à la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Une consultation blanche s'entendrait d'une part comme le temps de rencontre planifié entre le patient vivant avec un handicap et le praticien ainsi que son lieu de consultation (appropriation de l'espace, du matériel, reconnaissance des personnes), ou d'autre part comme une consultation au cours de laquelle les soins prévus n'ont pas pu être réalisés compte tenu du handicap du patient.

Les consultations blanches seraient valorisées à même hauteur que la consultation de référence à 23 euros. La cotation de ces consultations est possible dès lors que le praticien a complété la grille présente en annexe XV. La consultation blanche est plafonnée à 5 utilisations pour le même patient.

Les mesures tarifaires prévues au présent article entrent en vigueur au premier jour du mois suivant l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. Ces dispositions entrent en vigueur après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Sous-chapitre 2 – Patients en affection longue durée (ALD)

Article 44 – Prise en charge du bilan parodontal et de l’assainissement parodontal pour une population de patients en situation spécifique concernée

Jusqu’au 31 janvier 2024, les patients diabétiques de type 1 et de type 2 (code 8) sont concernés par cette prise en charge.

À compter du 1er février 2024, les populations de patients concernés au titre des ALD sont les suivantes :

Les populations de patients concernés au titre des ALD sont les suivantes :

- les patients diabétiques de type 1 et de type 2 (code 8) ;
- les patients en insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves (code 5) ;
- les patients en déficit immunitaire primitif, infection par le VIH (code 7) ;
- les patients avec une maladie coronaire (code 13) ;
- les patients avec une polyarthrite rhumatoïde (code 22) ;
- les patients avec une spondylarthrite grave (code 27).

La prise en charge des actes d’assainissement parodontal (détartrage surfaçage radiculaire) concerne les actes décrits dans l’annexe II qui portent les codes : HBJA003, HBJA171 et HBJA634.

Ces dispositions entrent en vigueur après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Titre VI – Programme de travail conventionnel

Article 45 – Programme de travail conventionnel

Les partenaires conventionnels s'engagent à mettre en place des groupes de travail afin d'aborder divers thématiques à approfondir ou non abordées dans cette convention.

Parmi ces sujets, figurent :

- Le développement des démarches éco-responsables des cabinets dentaires ;
- La prise en charge des maladies rares à répercussions bucco-dentaires ;
- Le développement de la télésanté ;
- Les modalités d'accompagnement de la création en cours du métier d'assistant dentaire de niveau 2 ;
- L'attractivité de la profession libérale ;
- Les modalités de l'EBD ;
- La nomenclature et les modalités de prise en charge de l'orthodontie ;
- La nomenclature et les modalités de prise en charge des prothèses adjoindes métalliques.

Ces travaux conventionnels préalables seront menés entre l'Assurance maladie, l'UNOCAM et les signataires de la convention. Ces travaux pourront en cas de besoin associer des experts externes sur les différentes thématiques.

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

Article 46 - La transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire

Les partenaires conventionnels souhaitent renforcer la transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, tout en faisant évoluer les modalités de transmission au vu des dispositifs portés par la convention.

Article 46.1 - Le système SESAM-Vitale

Le système SESAM-Vitale (Système Électronique de Saisie de l'Assurance Maladie) a été mis en place en 1997, pour simplifier et accélérer le remboursement des soins par l'utilisation de nouvelles technologies (cartes à puce, outils informatiques, réseaux de communication) permettant en particulier la dématérialisation des documents papiers nécessaires au remboursement des soins.

Pour cela, les professionnels de santé doivent s'informatiser et générer sur leur poste de travail les informations nécessaires à la dématérialisation des flux.

Article 46.2 - Principe de télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE)

La facturation des actes et prestations s'effectue par principe selon une transmission électronique sécurisée grâce au service de la télétransmission des feuilles de soins pour les assurés sociaux (système SESAM-Vitale). En cas d'impossibilité, la facturation peut s'effectuer par le biais de la facturation « SESAM dégradé » ou de la feuille de soins sur support papier. Les partenaires conventionnels conviennent d'étudier le déploiement de l'outil SCOR dans les cabinets dentaires.

On entend par « feuille de soins électronique » ci-après désignée « FSE », la feuille de soins dont la signature est donnée par la lecture de la carte Vitale (physique ou application mobile) et de la carte de professionnel de santé (CPS).

On entend par feuille de soins SESAM « dégradé », la feuille de soins dont la signature est donnée par la lecture de la seule carte du professionnel de santé.

On entend par feuille de soins papier, la feuille de soins sur support papier établie conformément au modèle CERFA.

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

Article 46.3 - L'utilisation de la carte de professionnel de santé

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

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

Article 46.4 - L'utilisation de la carte vitale

La « carte Vitale » est utilisée pour identifier électroniquement l'assuré afin de permettre la prise en charge des soins par les organismes gestionnaires de l'assurance maladie. La « carte Vitale » se présente sous la forme d'une carte physique ou sous la forme d'une application sur un terminal mobile.

La facturation à l'assurance maladie intervient par principe selon une transmission électronique sécurisée. Dans ce cadre, le chirurgien-dentiste vérifie l'ouverture du droit aux prestations de l'assuré ou de ses ayants droit sur les données contenues dans la carte d'assurance maladie dite « Vitale » sous la forme d'une carte physique. Dans ce cadre, le chirurgien-dentiste recommande à l'assuré l'actualisation de sa carte Vitale physique en pharmacie notamment.

La vérification de l'ouverture du droit aux prestations de l'assuré ou de ses ayants droit peut également se faire sur la base du service d'acquisition des informations relatives à la situation administrative de l'assuré, intégré au poste de travail (ADRI). Ce service permet au chirurgien-dentiste d'obtenir une situation de droit à jour pour le patient lors de l'établissement de la feuille de soin électronique, en interrogeant directement les droits de ce dernier dans les bases de données de l'Assurance Maladie. L'utilisation de la carte Vitale sous sa forme application mobile fait appel systématiquement au service en ligne de consultation des droits des assurés de l'assurance maladie. La situation ainsi obtenue par appel au service d'acquisition des droits de l'assuré est opposable à la caisse gestionnaire de la même manière que le sont les données de droits présentes dans la « carte Vitale » physique.

L'appréciation de la justification de l'ouverture des droits s'effectue à la date des soins.

Article 46.5 - Les règles de télétransmission de la facturation

Article 46.5.1 - L'équipement informatique des caisses d'assurance maladie

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

Article 46.5.2 - Equipement informatique du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste met en œuvre les moyens nécessaires :

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

Article 46.5.3 - Liberté de choix du réseau

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

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

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

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

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

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

Article 46.6 - Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques

Article 46.6.1 - Etablissement des FSE

La télétransmission des FSE s'effectue selon les règles contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur complétées des dispositions de la présente convention.

Article 46.6.2- Délai de transmission des FSE

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

Article 46.6.3 - Délai de paiement en cas de dispense d'avance des frais

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

Article 46.6.4 - Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais

Les organismes d'assurance maladie s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement de la part obligatoire des actes facturés en mode sécurisé via la carte vitale (physique ou application mobile), sur la base des informations, relatives à la couverture maladie obtenue quel que soit le support utilisé (physique ou application mobile), pour la facturation au jour de la réalisation de l'acte.

Lorsque la caisse assume la responsabilité du règlement de la part relevant du régime complémentaire (C2S), elle supporte également, sur cette part, les obligations résultant de la garantie de paiement.

En cas de tiers-payant intégral coordonné par l'assurance de maladie obligatoire, les organismes d'assurance maladie s'engagent à effectuer le paiement de la part obligatoire et de la part complémentaires des FSE sur la base des informations relatives à la couverture maladie obtenues via la carte vitale physique ou application mobile à la date de réalisation de l'acte.

Article 46.6.5 - Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique

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

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

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie sans dispense d'avance des frais à l'assuré, le chirurgien-dentiste signe le duplicata et le remet à l'assuré.

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

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

Article 47 - Les autres procédures de facturation

Article 47.1 - La feuille de soins SESAM « dégradé »

Article 47.1.1 - Procédure exceptionnelle

En cas d'impossibilité de produire des FSE sécurisée Vitale du fait de l'absence, de la non-présentation ou de la défectuosité de la carte d'assurance maladie (La « carte Vitale » présente sous la forme d'une carte physique ou sous la forme d'une application sur un terminal mobile), le chirurgien-dentiste réalise une feuille de soins SESAM « dégradé ».

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

Article 47.1.2 -Télétransmission des feuilles de soins SESAM « dégradé »

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

Le chirurgien-dentiste adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives de la transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé » (feuille de soins sous forme papier).

Les feuilles de soins SESAM « dégradé » n'ouvrent pas droit à la garantie de paiement prévue à l'article 46.6.4 et ne rentrent pas dans le calcul du taux de télétransmission défini à l'article 48.1.

En cas de dispense d'avance des frais sur la part obligatoire, la caisse règle directement au chirurgien-dentiste les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie.

En cas de dispense d'avance des frais sur la part obligatoire et sur la part complémentaire la caisse d'assurance maladie et l'organisme complémentaire règlent directement au chirurgien-dentiste les sommes correspondantes aux remboursements dus sur leurs parts respectives.

Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

Article 47.2 - La facturation via la feuille de soins sur support papier

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

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

Dans ce cas, la caisse règle directement au chirurgien-dentiste les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie

En cas de dispense d'avance des frais sur la part obligatoire et la part complémentaire, il se charge de l'envoi à cette même caisse des documents nécessaires à la prise en charge dans les délais qui lui sont impartis par la réglementation ainsi qu'à l'organisme complémentaire.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie et l'organisme complémentaire règlent directement au chirurgien-dentiste les sommes correspondantes aux remboursements dus sur leurs parts respectives.

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

Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

Article 47.3 - Le déploiement de la norme NOEMIE 580

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

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

Article 47.4 - La mise en place d'un centre de services inter-régimes (CESI)

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

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

Des sollicitations par « chat », à partir du portail amelipro ou par une application smartphone sont progressivement proposées.

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

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

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

Le délégué du numérique en santé (DNS) ainsi que l'ensemble des interlocuteurs habituels en caisse restent à la disposition du chirurgien-dentiste.

Article 47.5 - Mise à disposition de téléservices par l'assurance maladie obligatoire

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

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

Les téléservices suivants sont d'ores et déjà disponibles :

- Services en support des tâches et démarches administratives ;
- Plusieurs services disponibles sur le portail amelipro permettent au chirurgien-dentiste d'accéder à des informations administratives concernant son activité :
 - o la consultation des droits des patients en temps réel ;
 - o leurs affections de longue durée (ALD) ;
 - o la commande de formulaires divers ;
 - o la saisie des horaires de consultation publiées dans l'annuaire santé sur ameli.fr ;
 - o le service en lien avec la Convention nationale.

Ce service permet actuellement de réaliser la déclaration annuelle des indicateurs, ainsi que la consultation du montant et du détail de la rémunération forfaitaire pour l'aide à la modernisation et l'informatisation du cabinet professionnel (FAMI).

- La prescription d'arrêt de travail en ligne :

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

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

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

L'assurance maladie met également à disposition des chirurgiens-dentistes le service d'accès au dossier médical partagé (DMP) au sein de Mon espace santé. Ce service est accessible en web via un lien sur amelipro en complément de l'accès au DMP en intégré logiciel.

Des travaux sont en cours également pour mettre à disposition des chirurgiens-dentistes le service ordonnance numérique.

Article 48 - Valorisation de la modernisation du cabinet dentaire : forfait de modernisation et d'informatisation du cabinet dentaire

Article 48.1 Forfait de modernisation et d'informatisation du cabinet dentaire

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

Ces critères sont les suivants :

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

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

Le chirurgien-dentiste impliqué peut également bénéficier d'une aide complémentaire de 100 euros (soit un total de 590 euros/an) pour l'aide à l'équipement informatique, si celui-ci participe à une équipe de soins primaires ou exerce dans une maison de santé pluriprofessionnelle partageant un projet de santé commun ou à une communauté professionnelle territoriale de santé.

Le chirurgien-dentiste impliqué dans les actions « d'aller vers » à destination des publics fragiles, conformément à l'article 41 de la convention, peut bénéficier d'une rémunération forfaitaire optionnelle intégrée au versement du FAMI à hauteur de 300 euros par an (en plus des 490 euros ou 590 euros sus mentionnés), à condition que le chirurgien-dentiste réalise au moins 3 interventions en dehors de son cabinet au cours de l'année.

Article 48.2 Déploiement des outils et usages numériques

En lien avec la feuille de route du numérique en santé et la généralisation du service Mon espace santé à l'ensemble de la population, les partenaires conventionnels s'engagent à poursuivre les travaux en vue d'accélérer le déploiement et les usages des outils numériques en faveur d'une meilleure coordination des soins et d'une facilitation des échanges entre professionnels de santé et patients.

À ce titre, ils conviennent d'engager des travaux sur 2023/2024 portant notamment sur :

- la mise en œuvre de la gestion de l'identité nationale de santé (INS) ;
- le déploiement de l'ordonnance numérique en tant que professionnels prescrits et prescripteurs décrite à l'annexe XVII ;
- l'usage du dossier médical partagé (DMP) au sein de Mon espace santé ;
- l'usage de la MSSanté notamment pour favoriser les échanges sécurisés avec les patients via Mon espace santé ;
- l'usage de l'application carte Vitale en cabinet.

Ces travaux pourront permettre de faire évoluer les indicateurs du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet professionnel défini à l'article 48.1 de la convention.

Titre VIII - Dispositions sociales

Article 49 - Participation de l'Assurance Maladie au Régime des Prestations Complémentaires Vieillesse

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

Article 50 - Prestations Complémentaires de Vieillesse

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

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

Article 51 - Assurance maladie maternité décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

La participation de l'Assurance Maladie à la cotisation des chirurgiens-dentistes conventionnés prévue à l'article L. 646-3 du code de la sécurité sociale est déterminée de manière à ce que le taux de cotisation restant à la charge des chirurgiens-dentistes libéraux s'élève à 0,10 %. Elle est calculée selon la formule suivante :

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

Où :

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

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

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

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

le taux URSSAF est défini comme suit :

$$\text{(dépassements - montants remboursés forfaits C2S)} / (\text{montants remboursables actes} + \text{montants remboursés forfaits C2S})$$

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

Article 52 – Attractivité de l'exercice libéral

Les partenaires conventionnels s'engagent à travailler sur l'attractivité de la profession pour pérenniser l'installation libérale des jeunes générations.

Titre IX : Vie conventionnelle et dispositifs de sanction

Article 53 – Instances conventionnelles

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

- une commission paritaire nationale (CPN) ;
- des commissions paritaires régionales (CPR) ;
- des commissions paritaires départementales (CPD) ;
- un comité technique paritaire permanent national (CTPPN).

Les partenaires conventionnels veilleront à respecter le rythme de ces instances après avoir constaté une diminution des réunions lors de la dernière convention liée à la crise sanitaire.

Les commissions et le comité adoptent un règlement intérieur reprenant *a minima* le règlement type défini en annexe XII, qui précise notamment les règles de convocations aux réunions, de fixation de l'ordre du jour, de quorum et les procédures de vote. Dans le cas où un règlement intérieur ne serait pas adopté par la commission, le règlement type en annexe de la convention s'applique.

Article 54.1 – Composition des instances paritaires conventionnelles (CPN, CPR, CPD)

Article 54.1.1 – Composition

La CPN se réunit en formation plénière, en formation restreinte ou en formation chirurgien-dentiste.

Les CPR et CPD se réunissent en formation restreinte ou en formation chirurgien-dentiste.

Outre les membres listés ci-dessous, peut participer à titre consultatif dans chaque instance, réunie en « formation plénière », un représentant de l'Ordre des chirurgiens-dentistes sur invitation des participants de la CPN, de la CPR ou de la CPD.

a. Composition en formation plénière :

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 6 sièges s'il y a deux syndicats signataires et représentatifs. Au-delà de deux syndicats signataires et représentatifs, la section est majorée de 2 sièges par syndicat supplémentaire. Par exemple, si trois syndicats sont signataires et représentatifs, la section comprendra 8 sièges. Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Les représentants des syndicats dentaires signataires et représentatifs sont désignés parmi leurs adhérents placés sous le régime de la présente convention, en exercice et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention.

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

En cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire, la commission constituée de l'ensemble des signataires de la convention, se réunit dans les deux mois à compter de la date de signature du nouveau signataire ou de retrait effectif d'un signataire.

La commission fixe lors de cette réunion la composition de chacune de ses deux sections comportant un nombre égal de membres, de la façon suivante :

- une section professionnelle dont le nombre de sièges et leur répartition sont arrêtés par les organisations syndicales représentatives signataires de la convention ;
- une section sociale dont le nombre de sièges est égal à celui de la section professionnelle et donne lieu à une répartition entre les régimes membres de cette commission.

Section sociale

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

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

Si plus de deux syndicats signent la convention, la section sociale est majorée de deux sièges supplémentaires selon la même logique que pour la section professionnelle. Dans ce cas, les sièges supplémentaires de la section sociale sont attribués au régime général. Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Siège également dans cette formation, avec voix délibérative, 1 représentant de l'UNOCAM, sous réserve de la signature de la convention par l'UNOCAM.

Pour les délibérations de la commission composée en formation plénière et pour lesquelles l'UNOCAM participe aux votes, le président de la section professionnelle dispose de 2 voix.

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

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

b. Composition en formation restreinte :

En formation restreinte, la composition de la section professionnelle est identique à celle de la formation plénière et celle de la section sociale aussi à l'exception de l'UNOCAM qui n'a aucune voix dans cette formation.

c. Dispositions complémentaires communes aux deux formations

Chaque section désigne son président, en l'absence d'accord sur cette désignation, la présidence de la commission revient à l'autre section.

Quelle que soit la nature plénière ou restreinte de la formation de la commission, pour qu'une commission soit valablement installée les 12 sièges (ou 16 sièges dans le cas de la signature de la convention par 3 syndicats) des membres titulaires de la section professionnelle et de la section sociale doivent être pourvus. La désignation des suppléants peut intervenir dans un second temps.

d. Composition en « formation chirurgiens-dentistes »

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

Il est nécessaire qu'il y ait un nombre égal de représentants de praticiens libéraux issus de la section professionnelle que de praticiens conseil issus de la section sociale.

Article 54.1.2 Mise en place des instances paritaires

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

Elles se réunissent au minimum une fois par an, et également dans les cas suivants :

- à la demande de l'une des parties signataire de la convention ;
- en cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champs conventionnel ou de retrait d'un signataires dans les trois mois qui suivent ce changement.

Article 54.2– Rôles et missions des instances paritaires

Article 54.2.1 Rôles et missions de la commission paritaire nationale

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

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

- du dispositif de prévention destiné à la « génération sans carie » ;
- des autres mesures de prévention ;
- des mesures démographiques et notamment des demandes de conventionnement transmises par les CPD ;
- du suivi de la réforme du 100 % santé ;
- du suivi de l'indice dentaire ;
- des dépenses dentaires.

La CPN peut diligenter des études en fonction des données disponibles et des possibilités offertes par les systèmes d'information.

La CPN réunie en formation restreinte traite de tous les sujets n'intéressant que les relations entre l'UNCAM et les chirurgiens-dentistes.

Elle est notamment chargée des missions suivantes :

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

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

Article 54.2.2 – Rôles et missions de la Commission paritaire régionale

La commission paritaire régionale est chargée notamment des missions suivantes :

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

La CPR adresse à la CPN au cours du dernier trimestre de chaque année un rapport sur ses activités de l'année en cours. Elle informe régulièrement la CPN de ses travaux et de ceux des CPD et lui transmet annuellement une synthèse.

Article 54.2.3 – Rôles et missions de la Commission paritaire départementale

La commission paritaire départementale est chargée notamment des missions suivantes :

- elle facilite l'application de la convention par une coopération permanente des caisses d'assurance maladie et des syndicats signataires de chirurgiens-dentistes ;
- elle s'efforce de régler les problèmes en conciliant les points de vue. Si, exceptionnellement, elle n'y parvient pas, l'une ou l'autre des parties peut soumettre le dossier à la Commission paritaire nationale ;
- elle conduit toute analyse concernant l'évolution de la consommation des soins bucco-dentaires dans le département et les conditions d'accès aux soins dentaires ;
- elle examine les conditions d'application du dispositif de prévention bucco-dentaire et notamment, le dispositif « génération sans carie » ;
- elle donne un avis sur les dossiers de demande de conventionnement en zone « non prioritaire » ;

- elle donne un avis sur les dossiers qui lui sont soumis dans le cadre des procédures conventionnelles prévues à l'article 56 relatif au non-respect des dispositions conventionnelles ;
- elle informe régulièrement la CPN de ses travaux et lui établit annuellement un rapport d'activité, et notamment un bilan d'application du dispositif bucco-dentaire ;
- elle est informée des dossiers relatifs à l'exercice illégal dans le cadre de l'article L. 4161-5 du code de la santé publique et des actions engagées dans le cadre des articles L. 377-2 et suivants du code de la sécurité sociale.

Article 55 - Comité technique paritaire permanent national (CTPPN)

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

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

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

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

Article 56 - Non-respect des dispositions conventionnelles

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

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

Article 56.1 – De l'examen des cas de manquement

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

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

- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables et de responsabilité, en dehors des cas autorisés ;
- la non-utilisation ou mauvaise utilisation, de façon répétée, des documents auxquels sont subordonnées la constatation des soins et leur prise en charge par l'assurance maladie ;
- la non inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens de la présente convention et de la réglementation ;
- l'utilisation abusive du DE ou du DP ;
- la facturation d'actes non réalisés ;

- les fraudes telles que définies par l'article R. 147-11 du code de la sécurité sociale ;
- le non-respect de façon répétée de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;
- la facturation, de façon répétée, d'actes non médicalement justifiés constatés par le service du contrôle médical ;
- le non-respect des règles en vigueur relatives à l'usage des cartes professionnelles et des cartes vitales dont le détournement de leur usage en dehors de toute dérogation autorisée par l'assurance maladie ;
- le manquement à l'obligation de fournir un devis préalable conforme à l'annexe III de la présente convention lorsqu'il est obligatoire ;
- le non-respect de manière répétée de l'obligation de télétransmission à l'assurance maladie, prévue à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations ;
- le non-respect de façon répétée des honoraires limites de facturation définis par la présente convention ;
- le non-respect de façon répétée du tact et de la mesure dans la fixation des honoraires perçus ;
- le non-respect de façon répétée des dispositions conventionnelles arrêtées en matière de prévention bucco-dentaire.

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

Article 56.2 – Les mesures encourues

En fonction de la gravité et de la répétition des faits reprochés, les sanctions susceptibles d'être prononcées à l'encontre d'un chirurgien-dentiste, pour une période ne pouvant excéder 3 ans, sont les suivantes :

- suspension du droit à des dépassements autorisés (DE, DP) en cas d'abus répétés dûment constatés ;
- suspension de la participation des caisses à la prise en charge des cotisations sociales des chirurgiens-dentistes ;
- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel, avec ou sans sursis.

Cette sanction est, pour une durée égale à celle de la suspension du conventionnement, assortie :

- de l'impossibilité pour le chirurgien-dentiste de se faire remplacer pendant toute la durée de la sanction ou d'exercer en tant que chirurgien-dentiste remplaçant ;
- de la suppression de la participation des caisses aux cotisations sociales pour une durée égale à celle de la mise hors convention - uniquement en cas de suspension du conventionnement de trois mois ou plus.

Article 56.3 – Procédure de sanction

Article 56.3.1 – Procédure préalable d'avertissement

En cas de constatation, par une caisse, d'un non-respect par le chirurgien-dentiste des dispositions conventionnelles, la caisse de rattachement du chirurgien-dentiste, pour le compte de l'ensemble des caisses et des autres régimes, lui adresse un courrier d'avertissement par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception. Cet avertissement doit comporter l'ensemble des anomalies reprochées au professionnel.

Les partenaires conventionnels s'engagent également à respecter la charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'assurance maladie.

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

Cette procédure d'avertissement préalable n'est pas applicable en cas de constatation par la CPAM :

- d'une fraude mentionnée à l'article R. 147-11 du code de la sécurité sociale ;
- d'un non-respect, de façon répétée, de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du même code ;
- de faits sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire constituant en outre une infraction au regard des règles conventionnelles.

Lorsqu'il est constaté la modification de la pratique du chirurgien-dentiste, dans le délai d'un mois, tel qu'elle lui a été notifiée dans le courrier d'avertissement, le directeur de la caisse peut décider de l'abandon de la procédure. La pratique du chirurgien-dentiste fera toutefois l'objet d'un suivi attentionné.

Article 56.3.2 – Relevé de constatation

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

Pour les traitements d'orthopédie dento-faciale, la pratique est observée uniquement sur les semestres de traitements initiés après la réception du courrier d'avertissement.

En cas de récurrence dans un délai de trois ans maximum suivant la réception du courrier d'avertissement, la caisse procédera à ce même envoi et la procédure d'avertissement sera réputée effectuée.

Le relevé de constatation précise :

- les manquements reprochés au chirurgien-dentiste ;
- les sanctions encourues ;
- le délai maximum d'un mois laissé au chirurgien-dentiste pour adresser ses observations écrites ou demander à être entendu par le directeur de la caisse ou son représentant.

Le chirurgien-dentiste dispose d'un délai d'un mois à compter de la date d'envoi du relevé de constatations pour présenter ses observations écrites au directeur de la caisse ou demander à être entendu. À cette occasion, le chirurgien-dentiste peut se faire assister par un avocat ou un confrère de son choix.

En cas d'observations écrites du chirurgien-dentiste, le directeur de la caisse peut solliciter un entretien avec celui-ci. L'entretien doit se tenir dans les 15 jours suivant la réception des observations écrites.

La caisse dresse un compte-rendu d'entretien qu'elle adresse au chirurgien-dentiste par tout moyen donnant date certaine à sa réception dans un délai de 8 jours suivant l'entretien. L'absence de signature du chirurgien-dentiste ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure.

À l'issue du délai d'un mois à compter de la date d'envoi du relevé de constatations ou après l'entretien du chirurgien-dentiste si celui-ci intervient postérieurement à l'expiration de ce délai, la caisse dispose d'un délai d'un mois pour décider :

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

Article 56.3.3 – Examen par la commission paritaire départementale

À l'issue des échanges contradictoires, lorsque les faits reprochés justifient la poursuite de la procédure, le directeur de la caisse demande au Président de la CPD de réunir cette dernière. La CPD doit se tenir dans un délai maximal de deux mois à compter de la demande du directeur. À l'issue de ce délai, l'avis de la CPD est réputé rendu.

Ce délai est augmenté d'un mois lorsque la CPD juge nécessaire de recueillir, auprès du praticien concerné, des éléments d'information relatifs à sa pratique et de rendre son avis en formation « chirurgiens-dentistes ».

Le cas échéant, le courrier d'avertissement, le relevé de constatations, les observations écrites du chirurgien-dentiste, le compte rendu d'entretien, et tout document utile sont joints à l'ordre du jour de la CPD.

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

Dans un délai minimal de quinze jours précédant la réunion de la CPD, le chirurgien-dentiste est invité à être entendu par la commission et à fournir les explications qu'il juge utiles.

Lorsque la CPD juge nécessaire de recueillir, auprès du praticien concerné, des éléments d'information relatifs à sa pratique, les éléments du dossier sont transmis à la formation « chirurgiens-dentistes » de la CPD. À cette occasion, il peut se faire assister par un confrère et/ou un avocat de son choix. Il peut envoyer des observations écrites à la commission en formation « chirurgiens-dentistes » au plus tard sept jours avant la date de la réunion.

La CPD émet en séance un avis sur la décision à prendre, après avoir entendu l'intéressé. En absence du professionnel concerné, la commission en prend acte, instruit le dossier et délibère. En cas de partage des voix des membres de la CPD, l'avis est réputé rendu.

L'avis de la CPD, signé par le Président et le Vice-Président de la commission, est adressé dans le délai de quinze jours suivant la réunion au directeur de la caisse et au chirurgien-dentiste. Il s'agit d'un avis simple qui ne lie pas les directeurs de caisse.

Article 56.4 - Notification de la décision

Dans un délai d'un mois suivant la réception de l'avis de la CPD, le directeur de la caisse, arrête sa décision et la notifie au praticien par tout moyen donnant date certaine à sa réception.

La décision précise :

- les motifs ayant conduit à la sanction prononcée ;
- la nature de la sanction et sa date d'entrée en vigueur ;
- Les voies et délais de recours dont dispose le chirurgien-dentiste pour contester la décision devant la juridiction compétente.

Une copie de la notification est adressée à la CPR et à la CPD.

En cas de déconventionnement, la décision est également notifiée à l'UNOCAM.

Article 56.5 - Les condamnations par l'ordre ou les tribunaux

Lorsqu'une juridiction ordinale ou pénale a prononcé à l'égard d'un chirurgien-dentiste une sanction devenue définitive non assortie de sursis :

- d'interdiction du droit de donner des soins;
- d'interdiction d'exercer ;
- de radiation ;
- d'emprisonnement.

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

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinale ou pénale constituent un manquement au regard des règles conventionnelles, les caisses peuvent envisager à l'encontre du praticien l'enclenchement d'une procédure de sanction conventionnelle, sans le préalable de l'avertissement visé à l'article 56.3.1.

Article 56.6 - Procédure exceptionnelle de déconventionnement

En cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels notamment dans les cas de nature à justifier, en présence d'un préjudice financier pour l'assurance maladie, le dépôt d'une plainte pénale en application de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale, le directeur de la caisse de rattachement du chirurgien-dentiste peut décider de suspendre les effets de la convention, après avis du directeur général de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet.

Cette suspension provisoire ne peut excéder trois mois.

Préalablement au prononcé de la suspension, le directeur de la caisse notifie au professionnel, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, un courrier indiquant les faits reprochés, la mesure de suspension envisagée et sa durée. Il transmet ces éléments au directeur général de l'UNCAM.

Le professionnel dispose d'un délai de dix jours à compter de la date d'envoi du courrier pour demander à être entendu, assisté le cas échéant de la personne de son choix, dans un délai qui ne saurait excéder quinze jours à compter de la même date. Il peut également, dans ce délai de quinze jours, présenter des observations écrites.

À compter de la date de réception des observations écrites ou du lendemain de l'audition du chirurgien-dentiste, ou, en l'absence de réponse, à l'issue du délai de 15 jours mentionné à l'alinéa précédent, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut :

1° Soit décider d'abandonner la procédure, sans préjudice de la poursuite, le cas échéant, de la procédure de déconventionnement de la présente convention. Dans ce cas, il en informe l'intéressé dans les meilleurs délais ;

2° Soit décider de suspendre les effets de la convention à l'égard du chirurgien-dentiste pour une durée qu'il fixe, dans la limite de 3 mois, sous réserve d'avoir recueilli l'avis du directeur général de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet. Cette décision doit être notifiée dans les 15 jours et prend effet à compter du lendemain de sa réception. Elle précise les délais et voies de recours.

Le préalable de l'avertissement décrit à l'article 56.3.1 ne s'applique pas à cette procédure.

Article 56.7 - Continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur de la convention

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

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

Fait à Paris, le 21 juillet 2023

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
Le Directeur Général,

Thomas FATOME

Pour l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie
Le Président,

Marc LECLERE

Pour la Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux,
Le Président

M. Patrick SOLERA

Pour les Chirugiens-dentistes de France,
Le Président

M. Pierre-Olivier DONNAT