

Janvier 2020



Les Chirurgiens-Dentistes
de France

JE CODE COMMENT ?

PANIERS RAC ZÉRO,
MODÉRÉ ET LIBRE

LE DEVIS

CONVENTION 2018

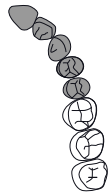


Je code comm

Une couronne esthétique...

1 - Sans armature métallique

MONOLITHIQUE ZIRCON



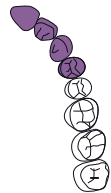
HBLD350

Pour toutes les dents, sauf les molaires

L'honoraire est plafonné : 440 € à partir du 1^{er} janvier 2020



MONOLITHIQUE HORS ZIRCON



HBLD680

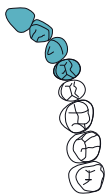
Pour les incisives, canines et premières prémolaires

L'honoraire est plafonné à 500 € à partir du 1^{er} janvier 2020



2 - Avec armature métallique

CÉRAMO-MÉTALLIQUE NON PRÉCIEUX



HBLD634

Pour les incisives, canines et premières prémolaires

L'honoraire est plafonné : 500 € à partir du 1^{er} janvier 2020



Une couronne métallique

MÉTALLIQUE NON PRÉCIEUX



HBLD038

Couronne métallique pour toutes les dents

L'honoraire est plafonné : 290 € à partir du 1^{er} janvier 2020



Une couronne transitoire*

HBLD490

Base de remboursement 10 €

Plafond 60 €

En association avec les codes

HBLD634 - HBLD350 - HBLD680 - HBLD038

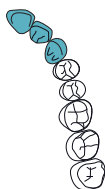
* Non facturable à l'Assurance maladie pour une couronne définitive réalisée en extemporané

ent ?

Les bridges plafonnés

BRIDGE 2 PILIERS - 1 INTER

Céramo-métallique alliage non précieux



HBLD785

Remplacement d'une incisive

L'honoraire est plafonné : 1 465 €

Base de remboursement : 279,50 €

BRIDGE 2 PILIERS - 1 INTER

Alliage non précieux



HBLD033

Localisation sur toutes les dents

L'honoraire est plafonné : 870 €

Base de remboursement : 279,50 €

LÉGENDE DES MATÉRIAUX

Monolithique zircon (CZ)



HBLD350

Monolithique hors zircon (CHZ)



HBLD680

Céramo-métallique alliage non précieux (CCMNP)



HBLD634
HBLD785

Alliage non précieux (CNP)



HBLD038
HBLD033



Pour toutes les couronnes du panier RAC O, la base de remboursement est de 120 €. »

Un code pour l'inlay-core...

HBLD090

.....

Base de
remboursement 90 €

.....

Plafond 175 €

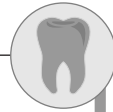
En association avec les codes

HBLD634 - HBLD350 - HBLD680 - HBLD038 - HBLD785 - HBLD033

Une couronne esthétique...

1 - Sans armature métallique

MONOLITHIQUE ZIRCONE



HBLD073

Pour toutes les molaires

L'honoraire est plafonné à 440 €



2 - Avec armature métallique

CÉRAMO-MÉTALLIQUE NON PRÉCIEUX



HBLD491

Pour les secondes prémolaires

L'honoraire est plafonné à 550 €



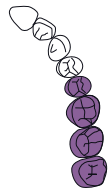
MONOLITHIQUE HORS ZIRCONE



HBLD158

Pour les secondes prémolaires et les molaires

L'honoraire est plafonné à 550 €



« Pour toutes les couronnes du panier modéré, la base de remboursement est de 120 euros »

" JE CODE COMMENT ? " une couronne transitoire...

HBLD724 *

Base de remboursement 10 €

Plafond 60 €

En association avec les codes

HBLD491 - HBLD073 - HBLD158

* Ce code est aussi utilisé en cas d'urgence pour un patient non habituel ou pour une temporisation thérapeutique "6 mois minimum".

" JE CODE COMMENT ? " les inlays-core...

HBLD745

Base de remboursement 90 €

Plafond 175 €

En association avec les codes

HBLD491 - HBLD073 - HBLD158

Prise en charge limitée aux inlays-core en métal

Comment ?

LE PANIER LIBRE

« Pour toutes les couronnes du panier libre, la base de remboursement est de 107,50 euros jusqu'en 2022. »

Une couronne esthétique

1 - Sans armature métallique

■ CÉRAMO-CÉRAMIQUE



HBLD403

Pour toutes les dents

L'honoraire est libre

2 - Avec armature métallique

■ CÉRAMO-MÉTALLIQUE NON PRÉCIEUX

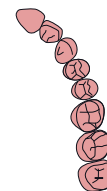


HBLD734

Pour les molaires

L'honoraire est libre

■ CÉRAMO-MÉTALLIQUE ALLIAGE PRÉCIEUX



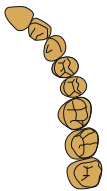
HBLD318

Pour toutes les dents

L'honoraire est libre

Une couronne métallique

■ MÉTALLIQUE ALLIAGE PRÉCIEUX



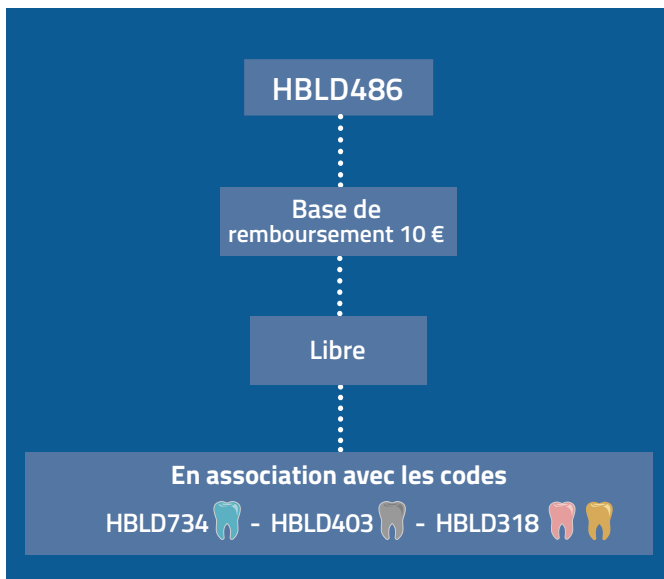
HBLD318

Couronne en alliage précieux pour toutes les dents

L'honoraire est libre



Une couronne transitoire...



" JE CODE COMMENT ? " les inlays-core...



Prise en charge limitée aux inlays-core en métal

Nouveau devis mode d'empli

Le nouveau devis conventionnel respecte l'obligation indiquée dans la Convention 2018 qui impose de « proposer une alternative sans reste à charge ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé chaque fois qu'une alternative thérapeutique existe ». Mais grâce à la négociation, Les CDF ont obtenu que cet engagement prenne la forme d'une information. Cette information n'oblige en aucun cas à recourir à des matériaux qui ne sont pas ou plus utilisés par le praticien. Il est composé de deux pages (à imprimer de préférence en mode recto-verso) :

- Une page administrative,
- Une page de description du plan de traitement proposé et des informations sur les éventuelles alternatives.

Il comporte également une note explicative pour le patient.

Les CDF ont obtenu que certaines mentions ne figurent plus sur le devis et que l'information sur les alternatives thérapeutiques soit automatisée au travers du logiciel métier afin de ne pas alourdir la charge administrative. Ainsi les trois colonnes : « Prix de vente du dispositif médical sur mesure », « montant des prestations de soin » et « charges de structure » ont été supprimées. Ce préalable imposé par les CDF met fin à la stigmatisation injustifiée des honoraires du praticien en regard du seul coût de fabrication d'un dispositif médical sur mesure.

Pour l'alternative thérapeutique, la mise en place en collaboration avec les éditeurs de logiciel, d'une aide au remplissage du devis, s'appuie sur une règle de gestion du choix de l'acte alternatif défini dans une table. Le remplissage de l'alternative thérapeutique peut ainsi être automatisé tout en proposant au praticien des choix ouverts et entièrement paramétrables.

Si l'acte alternatif en RAC 0 défini par l'aide au remplissage n'est plus ou jamais réalisé au cabinet, telle qu'une couronne coulée métallique par exemple, il est inscrit comme information sur le devis, mais la mention « Non » est alors portée automatiquement dans la colonne « Réalisé par votre praticien ». Un nouveau choix alternatif réalisé au cabinet, s'il existe, est alors proposé par le logiciel. L'acte alternatif est choisi en priorité dans le panier 100 % santé, puis dans le panier modéré. Ce nouveau devis entrera en vigueur dès la publication au *Journal Officiel* de l'avenant n° 3, courant janvier. Mais déjà, dès le début de l'année, de nombreux logiciels métier ont effectué les mises à jour nécessaires pour éditer ce devis nouvelle génération.

DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES
conformément aux dispositions de la convention nationale

Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce devis à des tiers sans le consentement du patient ou de son représentant légal est formellement interdite.

1

Identification du chirurgien-dentiste traitant

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

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

Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : --/--/----

Ce devis contient 2 pages indissociables

Description du traitement proposé :

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

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

A l'issue du traitement, il vous sera remis une fiche de traçabilité et la déclaration de conformité du dispositif.

2

Légende explicative du devis:

**	Matériaux et normes	1	Alliage précieux NF ISO 6872 2015
4	Céramique céramo	2	Libellés
3	Libre	1	100% Santé
2	Modéré	2	Modéré
1	Libre	3	Libre
4	Complémentaire santé solidaire	4	Complémentaire santé solidaire

* HN = Hors Nomenclature, acte non décrit dans la nomenclature en vigueur

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

4

Identification du chirurgien-dentiste traitant

N° Identifiant du praticien RPPS : [] N° Adeli [] ou
N° de l'établissement (FINESS) : []

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte

Information Alternative thérapeutique - en cas de reste à charge éventuel, une information alternative thérapeutique modérée est donnée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle génération de devis.

Actes sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte

Actes en reste à charge modéré

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement
Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux)

Où trouver les informations sur le devis ?

ENTENTES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE des chirurgiens-dentistes (publiée au JO du 25 août 2018)

document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité. Ce devis est informatif. Les montants de réalisation de l'acte. Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis.

Identification du patient

Nom et prénom : Date de naissance : - / - / - - - -
N° de Sécurité sociale du patient :

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

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

3

de l'Union Européenne hors Union Européenne

document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité

EN ISO 22674 2016	2 Alliage non précieux ISO 22674 2016	3 Céramo-céramique NF EN ISO 9893 2016
Métallique NF EN	5 Polymères de base NF EN ISO 20795-1:2013	6 Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017

Conditions tarifaires		Prise en charge complémentaire
soumis à honoraires limites de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat d'assurance	selon le contrat du patient
soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient	selon le contrat du patient
honoraires libres	selon le contrat du patient	selon le contrat du patient
soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire	

Identification du patient

Nom et prénom : Date de naissance : - / - / - - - -
N° de Sécurité sociale du patient :

Matériaux utilisés (**)	Panier (****)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire(****)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire
TOTAL € (des actes envisagés)						

5

Information sur les alternatives thérapeutiques 100% santé ou à défaut à entente directe proposition de plan de traitement complet dans un devis distinct.

Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien

6

Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien

Signature du Chirurgien-dentiste

- 1 Le chirurgien-dentiste remplit les informations le concernant, lui et son patient. Il indique la date du devis et la date de fin de validité de ce dernier.
- 2 La légende explicative permet d'identifier les numéros correspondant aux paniers « 100 % santé » (1), aux tarifs modérés (2) et aux tarifs libres (3).
- 3 L'assuré remplit cette partie s'il souhaite envoyer le devis à son assurance complémentaire pour connaître son reste à charge.
- 4 Le chirurgien-dentiste décrit le traitement et les différents matériaux utilisés. C'est sur cette proposition et uniquement sur celle-ci que l'assurance complémentaire réalisera le calcul de prise en charge.
- 5 Il indique dans cette colonne à quel(s) panier(s) de soins correspondent ses actes.
- 6 Pour tout acte proposé avec un reste à charge, le chirurgien-dentiste renseigne, si elles existent, à l'aide du dispositif automatisé inclus dans son logiciel, les alternatives sans reste à charge ou, à défaut, avec un reste à charge modéré. L'assurance complémentaire du patient n'est pas susceptible de calculer la prise en charge de son adhérent sur les alternatives thérapeutiques indiquées, elle n'effectuera son calcul que sur la proposition de traitement. Il est donc possible de réaliser d'emblée plusieurs devis si plusieurs propositions de traitement peuvent être laissées au choix du patient.

Les 10 questions les plus fréquentes

1. Quels sont les différents paniers depuis le 1^{er} janvier 2020 ?

Il existe 4 paniers :

- C2S : issus de la fusion de la CMU complémentaire et de l'aide à la complémentaire santé, les actes du panier C2S sont pris en charge à 100 % en fonction des montants fixés par arrêté gouvernemental.
- RAC 0 : panier prothétique plafonné intégralement remboursé par l'Assurance maladie et l'assurance complémentaire.
- Modéré : panier prothétique plafonné sans obligation pour les complémentaires d'une prise en charge intégrale.
- Panier libre : il contient tous les actes non identifiés dans les paniers précédents et les actes non pris en charge. Les honoraires ne sont pas plafonnés.

2. Qu'est-ce que le 100 % santé ?

Le 100 % santé, c'est l'engagement du gouvernement de proposer des actes de soins dentaires, d'optique ou auditifs accessibles à tous. Résultat, depuis le 1^{er} janvier 2020, certains actes de prothèse dentaire sont intégralement pris en charge par la Sécurité sociale et les mutuelles. Ils appartiennent au panier RAC 0 (Reste à charge zéro).

3. Quels sont les actes concernés par le 100 % santé ?

En 2020, seules certaines prothèses fixes dentoportées sont concernées. Deux flyers décrivant les actes des paniers RAC 0 et modéré sont disponibles sur le site des CDF. Ils vous indiquent comment coder les couronnes et bridges concernés.

4. Tous les patients peuvent-ils bénéficier du 100 % Santé ?

Plus de 9 patients sur 10 en bénéficieront. Mais les patients qui n'ont pas de mutuelle (5 %) ou dont le contrat de mutuelle n'est pas « responsable » ne seront pas concernés. Par ailleurs, 2 à 3 % de contrats ont une date d'échéance en cours d'année, ce qui diffère la date de mise en œuvre du RAC 0. Pour s'assurer de la prise en charge intégrale, il est nécessaire d'attendre la réponse de la mutuelle du patient au devis.

5. Quel devis dois-je utiliser ?

Un nouveau devis conventionnel a été négocié avec l'avenant n° 3. Il sera applicable dès la publication au *Journal officiel* courant janvier 2020, nous vous le communiquerons par e-mail et nos canaux habituels, avec

un document explicatif. En attendant, vous devez continuer à utiliser l'actuel devis conventionnel.

6. Avec le nouveau devis, comment les assurances complémentaires donneront-elles leur réponse ?

Elles effectueront le calcul du remboursement auquel leurs adhérents peuvent prétendre uniquement pour la partie « traitement proposé ». Elles ne sont pas susceptibles d'apporter une réponse à l'information sur la ou les alternatives thérapeutiques portées sur le devis. Rien ne vous interdit donc d'effectuer plusieurs devis simultanément, si plusieurs alternatives thérapeutiques peuvent être envisagées et soumises au choix du patient.

7. Suis-je obligé de réaliser des actes que je ne réalise pas ou plus ?

Non, il n'y aura pas d'obligation de réaliser des actes que vous ne pratiquez pas. Toutefois, si ces actes font partie des paniers RAC 0 ou modérés, il est obligatoire d'informer le patient de leur existence, s'ils sont une alternative thérapeutique au traitement que vous proposez.

8. Y a-t-il des revalorisations sur les soins au 1^{er} janvier ?

Oui, les revalorisations se poursuivent selon le calendrier prévu dans la Convention. Elles seront intégrées dans votre logiciel métier. Un flyer explicatif est disponible sur le site confédéral.

9. Les revalorisations des soins peuvent-elles être bloquées ?

Non, le calendrier des revalorisations prévues par la Convention jusqu'en 2023 ne peut pas être remis en cause.

10. Qu'en est-il des autres actes de prothèse ?

En 2021, les prothèses adjuvantes résine seront dans le panier 100 % santé, certains bridges de base céramo-métal et les inlays-onlays composites/métal NP dans le panier modéré. Les stellites intégreront le panier modéré en 2022. En attendant, tous ces actes sont à tarif libre, comme toutes les autres prothèses (qu'elles soient prises en charge ou non remboursables).

Attention, les bridges transitoires (HBLD034) et les couronnes transitoires unitaires sur piliers de bridges ne sont pas pris en charge. Ces dernières ne peuvent pas être codées comme des couronnes transitoires.