



« Pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué... »

EBD

# L'EBD en danger

La convention dentaire d'août 2023 porte un ambitieux projet de prévention à travers l'évolution de l'examen bucco-dentaire (EBD). Cependant, le dispositif de tiers payant qui était jusqu'alors financé uniquement par l'Assurance maladie obligatoire, est remplacé par un système à deux tiers payants impliquant les complémentaires santé. Les modalités de mise en œuvre de cet examen pour une application au 1<sup>er</sup> avril vont inéluctablement engendrer de larges difficultés : tous les logiciels des praticiens ne seront pas prêts ni même que toutes les complémentaires. Le transfert de ces obstacles techniques sur le dos des chirurgiens-dentistes fait craindre aux CDF de nombreux écueils. L'EBD est-il en danger ?

**E**n signant la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance maladie du 23 août 2023 avec la FSDL et l'Unocam, les CDF ont entendu poursuivre leur engagement dans la promotion active de la prévention bucco-dentaire. Avec le dispositif « Génération sans carie », l'examen de prévention devient annuel et s'adresse désormais à toutes les générations « âgées de 3 à 24 ans, afin de leur éviter ensuite le recours aux actes prothétiques et implantaires tout au long de leur vie d'adulte ». La valorisation des actes conservateurs, indépendante de l'EBD, à travers une majoration de 30 % depuis le 1<sup>er</sup> février 2024 pour cette génération, marque la volonté de l'Assurance maladie de poursuivre la politique de prévention née avec les précédentes conventions.

ACTUALITÉS

<b>EBD actuel</b> <b>Tiers payant en gestion unique</b> <b>ou tiers payant coordonné type C2S</b>	<b>Nouvel EBD</b> <b>Tiers payant AMO</b> <b>+</b> <b>Tiers payant AMC</b>
<b>Garantie de paiement</b>	
Garanti par la loi (article L161-36-3 CSS) sous peine d'une pénalité	Période transitoire : - Paiement garanti dans la limite du ticket modérateur, basé sur l'attestation valide (le praticien doit la vérifier, au besoin en faire une photocopie) - pour une proportion faible (contrats non responsables ou hors inter-AMC) : risque de ne pas être payé. Période nominale : paiement garanti si les conditions techniques (IDB/CLC) sont respectées.
<b>Délai de paiement</b>	
5 à 7 jours ouvrés, sous peine de pénalité prévue par la loi, son montant est fixé par décret	7 jours ouvrés, sans pénalité en cas de retard
<b>Si indu, délai de prescription</b>	
3 ans à compter de la date de paiement de la somme indu	5 ans à compter du jour où l'AMC a pris connaissance ou aurait dû avoir connaissance du trop-perçu
<b>Charge administrative</b>	
Lecture de la carte Vitale et concordance avec l'assuré social notifié sur le Cerfa EBD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Multiplicité des vérifications : nécessité de vérifier l'attestation AMC et la concordance avec la carte Vitale (article 5 du contrat).</li> <li>- Mise à jour des informations : le chirurgien-dentiste doit lui-même suivre les modifications des AMC adhérentes (article 4).</li> <li>- Gestion de deux systèmes techniques différents jusqu'au 31 décembre 2027, avec des exigences spécifiques (IDB/CLC ou attestations papier en mode transitoire).</li> </ul>
<b>Matériel nécessaire</b>	
Un logiciel à jour et une carte CPS	En plus : un lecteur optique (QR code Datamatrix).
<b>Instance paritaire : médiation, règlement des dysfonctionnements</b>	
Instances paritaires conventionnelles, nationale et locales	Pas d'instance paritaire
<b>Contrôles, demande de documents</b>	
Contrôles AMO réglementés, délais clairs pour réclamer des documents	AMC peut demander des justificatifs sans cadre clair, sans précision sur les documents demandés, ni sur les délais
<b>Compensation financière des charges administratives</b>	
490 € au titre du FAMI (Forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet professionnel)	0 €



## « Le dispositif de tiers payant en gestion unique pour l'EBD aura donc été sacrifié sur l'autel de la communication des complémentaires santé »

L'EBD et les soins dentaires réalisés dans les six mois suivants cet examen sont intégralement pris en charge par l'Assurance maladie et l'organisme d'assurance maladie complémentaire du patient.

Comme pour le précédent dispositif EBD, la loi maintient une dispense d'avance de frais, indispensable pour faciliter l'accès aux soins de prévention. La convention prévoit de son côté « une garantie de paiement pour les chirurgiens-dentistes ».

### Une solution simple et efficace pour réussir

La meilleure solution aurait consisté à utiliser un dispositif de tiers payant avec un payeur unique. Cet outil, qui a fait ses preuves depuis des années, est actuellement appliqué par l'Assurance maladie obligatoire pour les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S ; art. L861-3 du Code de la sécurité sociale).

Les CDF ont ainsi, depuis la signature de la Convention 2023, exigé la conservation d'une gestion unique, conformément au dispositif C2S, pour la dispense d'avance de frais sur l'EBD et les soins associés. Cette position a été défendue sans relâche, mais s'est vue opposer par l'UNCAM et l'Unocam une solution faisant apparaître l'in-

ter-AMC comme intermédiaire unique pour le paiement de la part complémentaire issu du « coportage financier AMO-AMC » de l'EBD. L'affichage de l'AMC comme financeur de la prévention justifie-t-il d'abandonner une solution simple, rapide et efficace ?

### Du payeur unique à l'usine à gaz ?

Dès le départ, les CDF se sont battus pour obtenir un contrat équilibré, qui garantit au chirurgien-dentiste le paiement de ses honoraires comme le prévoit la convention, sans transférer sur son dos des charges administratives ou de contrôle et de vérification des droits des assurés sociaux pour un nombre considérable de complémentaires, de contrats, etc.

Malgré les arguments de bon sens, les explications et les propositions, les CDF se sont heurtés à une fin de non-recevoir tant de la part de l'Unocam que de l'UNCAM. Les complémentaires peuvent ainsi se targuer auprès de leurs adhérents des efforts financiers qu'elles consentent dans la prévention bucco-dentaire. Le dispositif de tiers payant en gestion unique pour l'EBD aura donc été sacrifié sur l'autel de la communication des complémentaires santé.

Le contrat inter-AMC est-il un contrat équilibré entre les contraintes qu'il impose au praticien et les avantages qu'il est supposé lui apporter ? Pour les CDF, la réponse est non !

Cela signifie que des améliorations portant sur les conditions techniques, administratives et financières pour la mise en œuvre de ce dispositif de tiers payant continueront à être exigées par les CDF.

# L'EBD du 1<sup>er</sup> avril !

L'EBD évolue vers une nouvelle ergonomie, intégrée au logiciel métier, en même temps qu'il devient annuel pour les 3-24 ans, et que ses honoraires revalorisés font l'objet d'une évolution dans la procédure de tiers payant que la loi leur impose toujours. Cette dispense d'avance de frais associée au cofinancement Assurance maladie et assurances complémentaires est une source d'inquiétude pour les chirurgiens-dentistes. À partir du 1<sup>er</sup> avril, ils devront exiger l'attestation de complémentaire de leurs patients et vérifier notamment l'ouverture de leurs droits pour procéder à la facturation de l'acte. L'informatisation semble encore en rodage, tous les logiciels métiers pas à jour et toutes les complémentaires pas encore interrogeables à distance ! Une montée en charge progressive de ce nouvel EBD et des nouvelles dispositions de facturation est prévue.

**L'**EBD 2.0, qui entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> avril prochain, est un dispositif annualisé, modernisé et revalorisé. Il signe la fin du Cerfa bleu qui accompagnait les jeunes patients et la classe d'âge concernée est celle des 3 à 24 ans. Baptisé « *M'T dents tous les ans* », il été rendu possible par l'adoption

de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, loi qui dans un premier temps fit chuter le gouvernement Barnier.

Le chirurgien-dentiste qui réalise l'EBD 2.0 devra saisir ses observations dans son logiciel métier, selon une grille qui a évolué pour collecter des données structurées sur la santé orale des patients examinés. Cette nouvelle ergonomie a pour vocation de faciliter le remplissage avec des réponses binaires et de limiter le nombre d'items pour favoriser le temps d'échange avec le patient. Un remplissage différencié est prévu selon qu'il s'agisse de l'EBD initial ou d'un renouvellement. L'objectif est d'éviter de saisir à chaque examen l'intégralité des données. Ainsi, lors du renouvellement, le dossier patient affiche les données de l'EBD précédent et la saisie consistera seulement à faire une mise à jour selon l'évolution de l'état de santé orale du patient. Cette simplification permettra de gagner du temps dans le suivi régulier des patients de 3 à 24 ans et comporte la mise en place d'une interface qui sera progressivement intégrée à l'ensemble des logiciels métier.

## EBD nouvelle génération

La rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire augmente de 10 € avec de nouvelles lettres clés. 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 simple : 40 € (BDC > BDA)
- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 52 € (BR2 > BDB) ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 64 € (BR4 > BDD) ;
- Examen avec réalisation d'une radio panoramique : 64 € (BRP > BDP).

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap, un supplément de 23 € (BDX > BRH) est cumulable à la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire associé ou non à la réalisation des radiographies (avec remplissage de la grille APECS).

### Dispense d'avance de frais

Ce nouvel EBD, tout comme le précédent (voir encadré), fait bénéficier de la dispense d'avance de frais prévue dans la loi et la convention aux patients concernés. Mais alors que cet examen était jusqu'à présent pris en charge en totalité par l'Assurance maladie, la nouvelle version

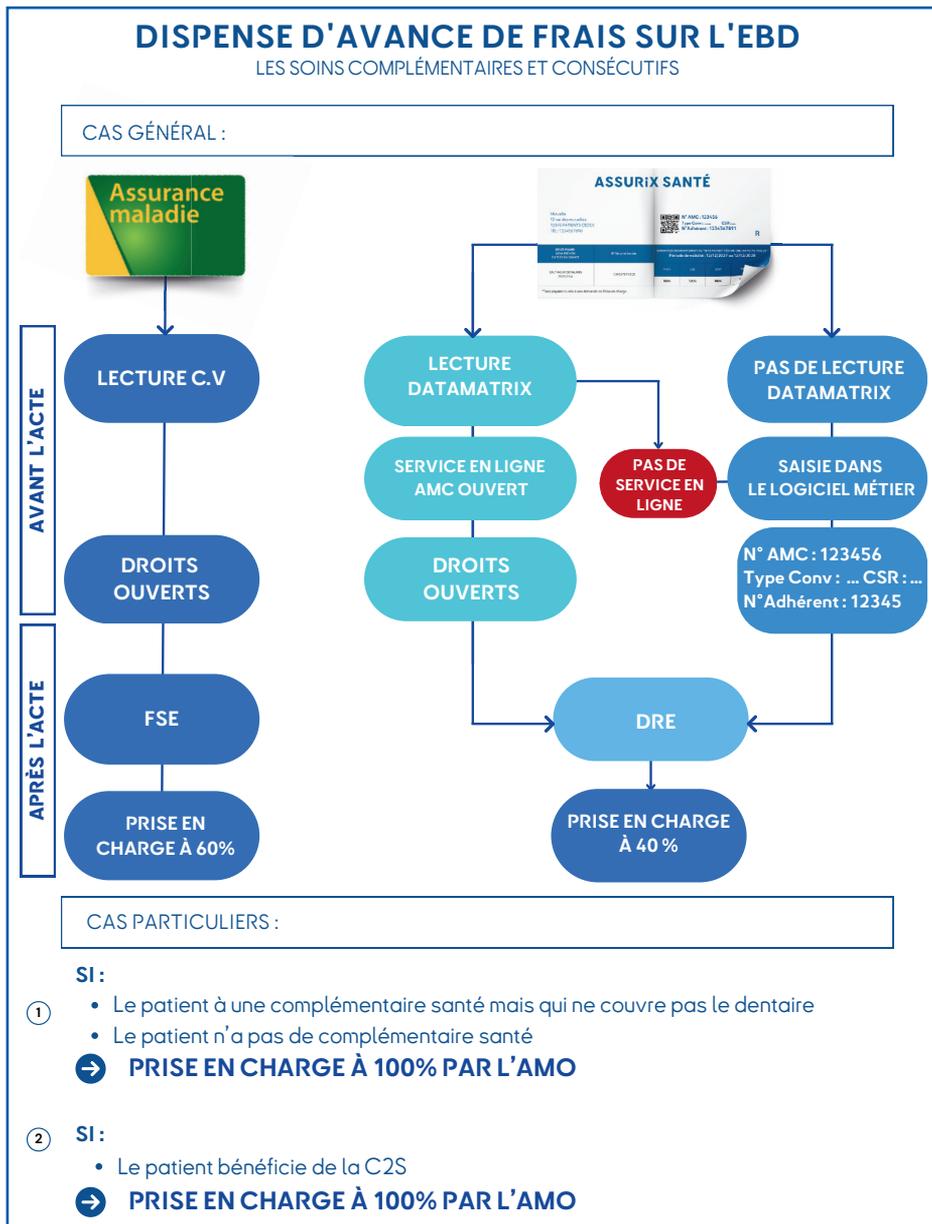
applicable au 1<sup>er</sup> avril est fondée sur un cofinancement entre AMO (60 %) et AMC (40 %). Les modalités d'application de cette dispense d'avance de frais concernant les assureurs ou les mutuelles complémentaires ont été définies avec l'inter-AMC. Cette association, qui regroupe l'ensemble des acteurs complémentaires, ainsi que leurs principales fédérations professionnelles (CTIP, France Assureurs et Mutualité française), a eu pour mission de proposer une solution technique simplifiée détaillée dans un contrat qui est proposé aux chirurgiens-dentistes. Les CDF et la FSDL, les deux syndicats signataires de la convention dentaire, ont participé à de nombreuses réunions afin de faire valoir les préoccupations des chirurgiens-dentistes : la garantie de paiement, la simplicité administrative et surtout la délimitation du périmètre du tiers payant à l'EBD et aux soins associés. Après plusieurs réunions houleuses, les CDF ont obtenu que ce contrat soit strictement limité aux dispositions conventionnelles (EBD et soins associés) ; en revanche, ils sont loin d'avoir obtenu satisfaction concernant leurs revendications de simplifications techniques et administratives. La porte n'est cependant pas fermée pour des évolutions qui devront intervenir dès 2026.

## Le contrat inter-AMC

La contractualisation avec l'inter-AMC, via son portail ouvert le 18 mars, permet de disposer d'un interlocuteur unique et de ne pas avoir à transmettre les données de paiement à des organismes multiples. Par ailleurs, si ce contrat a bien été discuté entre l'inter-AMC et les syndicats représentatifs, il n'est juridiquement pas une annexe ni un avenant de la convention dentaire. Il doit donc faire l'objet d'une signature libre et consentie par chaque praticien. Toutefois, il demeure l'unique solution permettant de facturer en tiers payant l'EBD et les soins associés,

## DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS SUR L'EBD

LES SOINS COMPLÉMENTAIRES ET CONSÉCUTIFS



conformément au texte conventionnel et aux dispositions législatives en vigueur qui prévoient que les patients *sont intégralement dispensés de l'avance de frais pour ces actes* (art. L. 162-1-12 du Code de la santé publique, modifié par le LFSS 2025). Cependant, devant le retard de mise en œuvre et en particulier sur les documents contractuels et de communication, il est implicitement admis par les partenaires que la période du 1<sup>er</sup> avril au

## LIRE UNE ATTESTATION D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

**ASSURIX SANTÉ**

Mutuelle  
12 rue des mutuelles  
12345 PATIENTS CEDEX  
TÉL : 1234567890

**1**  **2** N° AMC : 123456  
**3** Type Conv : ..... CSR : .....  
**4** N° Adhérent : 1234567891 **5** R

BÉNÉFICIAIRE: NOM-PRÉNOM DATE DE NAISSANCE	N° Sécurité Sociale	GARANTIES OUVRANT DROIT AU TIERS PAYANT RÉGIME OBLIGATOIRE INCLUS* Période de validité : 12/12/2027 au 12/12/2028			
BALTHAZAR DE PALARIN 25/09/1966	12345678910025	PHAR	LAB	<b>6</b> DENT	...
		100%	100%	100%	...

\*Tiers payant soumis à une demande de Prise en charge

**7** 

### 1 LECTURE DU DATAMATRIX

Le logiciel métier contrôle les droits en ligne et indique s'il peut générer une DRE automatiquement.

Si vous ne disposez pas de lecteur Datamatrix ou si celui-ci vous indique qu'il n'existe pas de service en ligne pour la mutuelle ou la complémentaire santé de votre patient, vous devez indiquer dans votre logiciel métier les informations suivantes :

- 2 N° AMC**  
Il s'agit du numéro d'Assurance Maladie Complémentaire (AMC), attribué par la complémentaire santé pour identifier le contrat de l'assuré.
- 3 Type Conv... CSR...**  
"Type Conv" indique le type de convention ou contrat lié à la complémentaire santé. "CSR" désigne le "Critère Secondaire de Routage", un élément utilisé pour optimiser le traitement et l'acheminement des données.
- 4 N° Adhérent**  
Identification de l'adhérent au sein de la complémentaire santé.
- 5 R**  
Indique que le contrat est responsable et ouvre droit à une prise en charge.
- 6 Période de validité**  
Indique la durée pendant laquelle le patient bénéficie des garanties souscrites.
- 7 Prise en charge du dentaire**  
La complémentaire couvre intégralement l'EBD ( 100% DENT).

30 juin 2025 sera considérée comme un test et de montée en charge progressive.

### La pratique du tiers payant

Au jour le jour, l'application de la dispense d'avance de frais nécessitera que les patients fournissent aux praticiens, outre leur carte Vitale, leur carte d'assurance ou

## Rappel

L'examen bucco-dentaire s'adresse uniquement aux jeunes de 3 à 24 ans. Les soins facturables dans ce cadre dit « complémentaires et consécutifs » figurent à l'annexe XIX de la convention dentaire.

La majoration de + 30 % du 1<sup>er</sup> février 2025 portant sur les soins conservateurs (restaurateurs et endodontiques figurant à l'annexe XI) s'applique à tous les patients de 1 à 25 ans (jusqu'à 28 ans en 2028).

mutuelle santé complémentaire (sous forme papier ou dématérialisée). Et tout comme les chirurgiens-dentistes disposent d'un lecteur de carte Vitale, il leur est recommandé de s'équiper d'un lecteur de codes 2D <sup>(1)</sup> (lecteur Datamatrix ou lecteur de QR code) pour une saisie automatique de données du patient dans leur logiciel métier. À noter que ce nouveau lecteur permettra également la lecture de la e-carte Vitale qui se déploiera en 2025. En absence de lecteur, les données essentielles devront être saisies manuellement dans le logiciel métier pour générer la demande de remboursement électronique (DRE) qui sera adressée par le logiciel à la complémentaire du patient. Les premiers mois seront sans doute chaotiques car tous les logiciels métiers ne seront pas en capacité d'interroger la plateforme inter-AMC, ni même toutes les complémentaires interrogeables à distance pour faire connaître

les droits ouverts à leurs adhérents. L'attestation de tiers payant, délivrée par les organismes complémentaires à leurs assurés, reste donc le premier élément indispensable à la pratique du tiers payant avec les complémentaires.

1) Vous trouverez le lecteur de codes 2D préconisé par votre éditeur de logiciel sur le site du GIE SESAM-Vitale.

## EBD femmes enceintes

En plus des jeunes, un programme de prévention bucco-dentaire a également été mis en place pour les femmes enceintes, leur permettant de bénéficier d'un examen de prévention bucco-dentaire à partir du 4<sup>e</sup> mois de grossesse et désormais jusqu'au 6<sup>e</sup> après l'accouchement. Les nouveaux codes et tarifs sont applicables dès le 1<sup>er</sup> avril 2025.

## La longue histoire de l'EBD et de la dispense d'avance de frais

L'examen bucco-dentaire, alors appelé bilan bucco-dentaire (BBD), a vu le jour en 1998. Il était destiné aux jeunes âgés de 15 à 18 ans. Dès 1998, la dispense d'avance de frais (tiers payant) lui a été appliquée. Depuis, il a été élargi en 2003 aux jeunes de 13 à 18 ans, puis à partir de 2007 redéployé vers les 6, 9, 12, 15 et 18 ans en incluant la prise en charge en tiers payant à 100 % par l'Assurance maladie des soins consécutifs. Depuis 2018, il s'adresse aux 3-24 ans avec des rendez-vous tous les 3 ans. Ce programme «MT dents» a depuis 1998 toujours été pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie avec dispense d'avance de frais.

La Convention de 2023 a acté le principe d'un nouvel EBD annualisé. Toutefois, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025, a modifié les règles de prise en charge de l'EBD et des soins consécutifs en supprimant la mention « pris en charge en totalité par les régimes obligatoires de l'assurance maladie » et en précisant que : « les bénéficiaires de l'examen bucco-dentaire (...) ainsi que des soins dentaires réalisés dans les six mois suivant cet examen sont intégralement dispensés de l'avance de frais pour ces actes, à l'exception des inlay-onlay ainsi que des soins prothétiques et d'orthopédie dentofaciale, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie et sur la part des dépenses prise en charge, le cas échéant, par l'organisme d'assurance maladie complémentaire. » Le tiers payant s'applique donc désormais sur les parts obligatoires (60 %) et complémentaires (40 %).

# Questions pratiques

**Que faire si mon logiciel métier n'a pas encore intégré le nouveau module EBD et/ou le module de facturation FSE/DRE ?**

Si votre logiciel n'est pas encore agréé pour appeler les services en ligne AMC (module IDB/CLC), il vous faudra saisir manuellement les données inscrites sur la carte de tiers payant mutuelle (voir schéma). Il faut également suivre les consignes de chaque éditeur de logiciel pour effectuer le paramétrage, puis la facturation. Les assureurs complémentaires se sont engagés à payer pendant une période transitoire (fin 2027) sur la base des informations contenues dans cette carte, même si le patient ne bénéficie plus de droits. La même procédure doit être utilisée si la mutuelle du patient n'a pas encore intégré ce service en ligne. Ce qui justifie la période transitoire de prise en charge sur la base des droits papiers.

**Vers qui s'adresser en cas de problème ?**

Consulter préalablement tous les documents d'accompagnement disponibles sur Ameli ou le site inter-AMC. Si le problème concerne l'AMO, s'adresser à la CPAM. Si le problème concerne l'AMC, un point de contact direct existe.

**Mail : [infops@pcc.tpcomplementaire.fr](mailto:infops@pcc.tpcomplementaire.fr)**

Tél : 0 806 800 206 (numéro non surtaxé).

Du lundi au vendredi (hors jours fériés) de 10 h à 12 h et de 14 h à 17 h.

**Qu'en est-il des patients C2S et ALD ?**

Pour ces patients, pas de changement, ils sont intégralement pris en charge par l'AMO.





### Si l'EBD a été réalisé chez un praticien, un autre praticien peut-il réaliser les soins de suite ?

Non, les soins de suite sont liés avec l'EBD. Mais rien dans le texte conventionnel n'interdit de refaire un EBD, surtout si on n'a pas connaissance de la réalisation d'un EBD dans l'année. Cependant, le chirurgien-dentiste ne peut facturer par an (année civile) qu'un seul examen bucco-dentaire par patient.

### Que risque-t-on à ne pas réaliser l'EBD ? Le TP ?

La même chose que ce qu'on risquait précédemment... à savoir une procédure d'examen des manquements aux dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles (article 56 de la convention).

### Combien d'actes peut-on réaliser dans la même séance que l'EBD ?

Auparavant, il n'était possible de réaliser qu'un seul acte dans la même séance que l'EBD à condition qu'il n'y ait pas d'autres actes à réaliser. L'avenant 1 de la convention a supprimé la notion de « s'il n'y a pas d'autres actes à réaliser ». Il est possible de réaliser dans la même séance que l'EBD un acte complémentaire ou deux s'il s'agit d'un détartrage et d'une application de vernis fluoré. Par la suite, des soins consécutifs sont possibles, jusque 6 mois après l'EBD.

Pour être concernés par la prise en charge intégrale et le TP obligatoire, ces actes doivent figurer dans l'annexe XI.

Il est possible de réaliser d'autres actes dans les conditions de prise en charge et facturation générales (hors EBD).

### Que faire si le patient n'a pas sa carte de tiers payant mutuelle ?

Il est possible de refuser de réaliser l'EBD ou de redonner un rendez-vous plus tard. La communication vers les patients, tant par l'Assurance maladie que par les organismes complémentaires mettra en avant l'absolue nécessité de se présenter systématiquement pour l'EBD et/ou les actes associés avec la carte Vitale et la carte de tiers payant mutuelle pour bénéficier du TP.

Il serait également possible de préciser l'absence d'attestation pour demander au patient de payer la part complémentaire.

### Peut-on cocher systématiquement la case exo 7 permettant la prise en charge intégrale par l'AMO ?

Cocher cette case suppose que le patient n'a pas de droits AMC ou que ces droits ne peuvent pas être vérifiés. La systématisation n'est donc pas possible ; elle créera sans nul doute des alertes entraînant des contrôles.

### Peut-on faire des feuilles de soins papier ?

Pour l'EBD, ce n'est pas possible : la suppression des formulaires oblige à facturer l'EBD par voie électronique.

### Tous les organismes complémentaires prendront-ils en charge l'EBD ?

Oui c'est un engagement des complémentaires santé.

### Y a-t-il des organismes complémentaires qui n'appartiennent pas à inter-AMC ?

Oui mais très peu. Dans cette hypothèse, il faut considérer que le TP AMC n'est pas possible par absence d'identification des droits. La liste des OCAM adhérents est sur le site inter-AMC.

### Les praticiens qui pratiquent déjà le TP AMC devront-ils réadhérer ?

Oui, ils devront signer le nouveau contrat et retransmettre leurs coordonnées bancaires. S'ils veulent continuer à faire du TP AMC au-delà de l'EBD, ils devront signer un 2<sup>e</sup> contrat qui concernera tous les autres soins opposables. S'ils souhaitent faire du TP sur la prothèse, ils devront contractualiser avec chaque OCT (concentrateur) ou AMC.