

AVENANT N° 3

A la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les Chirurgiens-Dentistes libéraux et les caisses d'Assurance Maladie

Entre :

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, représentée par M. Frédéric van ROEKEGHEM,

Et :

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

Et :

La Confédération Nationale des Syndicats Dentaires, représentée par Mme Catherine MOJAISKY (Présidente) ;

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, signée le 11 et 19 mai 2006 et publiée au Journal Officiel du 18 juin 2006, ses annexes, et reconduite le 18 juin 2011, et ses avenants ;

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.162-14-1-1 et L.322-3 ;

Il a été convenu ce qui suit :

Preamble

La convention nationale du 18 juin 2006, reconduite en 2011, prévoyait la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux, et ce dans l'objectif de favoriser la qualité des soins et le bon usage des ressources et de doter les chirurgiens-dentistes d'une nomenclature moderne décrivant leur activité.



Elle faisait également le constat que les soins conservateurs, qui représentent une part majoritaire de l'activité des chirurgiens-dentistes, ne correspondent qu'à une part limitée de leurs honoraires et que ce déséquilibre a un impact en termes d'accès aux soins et de santé publique. Les parties signataires s'inscrivaient dans une volonté de rééquilibrage de la rémunération et du financement des soins dentaires.

Par la signature de l'avenant 2, les partenaires conventionnels ont affirmé leur volonté de mettre en œuvre, dès l'année 2013, la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour l'activité bucco-dentaire. Il s'agit de décrire plus précisément l'activité technique des chirurgiens-dentistes, de permettre ainsi d'améliorer la connaissance des pratiques et de prendre en compte leur évolution.

Les étapes nécessaires à cette mise en œuvre sont en voie d'achèvement : la Commission de Hiérarchisation des Actes et des Prestations des médecins du 26 septembre 2012 et la Commission de Hiérarchisation des Actes et Prestations des chirurgiens-dentistes du 25 octobre 2012 ont ainsi établi une première hiérarchisation, dite de référence, des actes pris en charge par l'assurance maladie par affectation à chaque acte de la CCAM de la cotation pratiquée dans le cadre de la NGAP, en incluant la revalorisation des actes précisée à l'article 5 de l'avenant 2 à la convention nationale. Cette première hiérarchisation doit servir de point de départ à l'évolution des bases de remboursement des actes dentaires.

Sur la base de cette hiérarchisation, les parties signataires se sont accordées pour transposer le périmètre remboursable dans la nouvelle nomenclature ainsi que les tarifs y afférant.

Ces tarifs seront applicables au 1^{er} juin 2014, sous réserve de l'adoption par l'UNCAM de la décision modifiant la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie, telle que prévue à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale, intégrant les libellés des actes de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire, et sous réserve de l'entrée en vigueur des mesures envisagées à l'article 2 et 8 du présent avenant, après application de l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

En outre, les parties signataires estiment qu'il est nécessaire que les chirurgiens-dentistes, dans le cadre de leur activité conventionnelle, codent l'ensemble de leurs actes, y compris ceux non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, conformément à la codification de la base CCAM descriptive complète. Les évolutions de cette base CCAM descriptive complète pour l'activité bucco-dentaire devront être réalisées après avis de la Commission de Hiérarchisation des Actes et Prestations visée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

La codification commune à l'ensemble des professionnels conventionnés permettra de réaliser des études, dans une optique de gestion du risque, de santé publique et, le cas échéant, d'éventuelles évolutions de la prise en charge des actes des chirurgiens-dentistes, dans le respect de la réglementation en vigueur en matière de collecte, de transmission, et de traitement de données de santé.

Dans le prolongement de l'avenant n°2 à la convention nationale, signé le 16 avril 2012, le présent texte s'attache à définir le contenu et les modalités de mise en place de l'examen de prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes, conformément à l'article 1er de cet avenant.

Parallèlement, l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaires (UNOCAM) et le ou les syndicat(s) représentatif(s) des Chirurgiens-Dentistes signataire(s) du présent avenant définissent une charte de bonnes pratiques régissant les relations entre les Chirurgiens-Dentistes et les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie.



Enfin, l'UNCAM et l'UNOCAM se sont entendues pour proposer à la CNIL des modalités de transmission par les caisses d'assurance maladie obligatoire des informations nécessaires à la liquidation des prestations par les organismes complémentaires.

ARTICLE 1 LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX POUR L'ACTIVITE BUCCO-DENTAIRE

Les articles 4.3.3 et 4.3.4 du titre IV, de la convention nationale sont supprimés et remplacés par les articles 4.3.3 et 4.3.4 rédigés comme suit:

« 4.3.3 - *La classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire*

L'Assurance Maladie et les syndicats de chirurgiens-dentistes ont entrepris une refonte de la nomenclature des actes pour permettre d'une part de disposer d'une classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire quels que soient la spécialité médicale et le mode d'exercice des professionnels de santé, et d'autre part d'objectiver et de permettre leur hiérarchisation. Cette classification doit concerner, dans un premier temps, les actes techniques, à l'exception des actes d'orthopédie dento-faciale.

Les parties signataires s'entendent sur les tarifs correspondant à la hiérarchisation réalisée par les Commissions de Hiérarchisation des Actes et Prestations du 26 septembre 2012 pour les médecins et du 25 octobre 2012 pour les chirurgiens-dentistes. Compte tenu des contraintes de l'ONDAM, cette hiérarchisation se fait dans un premier temps par transposition à périmètre constant de la NGAP. Ainsi, les parties signataires conviennent en conséquence de procéder à la mise en œuvre de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire avec les tarifs fixés en annexe I bis du présent avenant, et ce sous réserve de l'entrée en vigueur des mesures envisagées à l'article 2 et 8 du présent avenant, après application de l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, soit au 1^{er} juin 2014. Ces tarifs seront applicables, sous réserve de l'adoption par l'UNCAM de la décision modifiant la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie précisée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale, intégrant les libellés des actes de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire.

Cette première étape doit permettre une observation affinée de l'impact de la CCAM sur les honoraires des chirurgiens-dentistes. Les parties signataires réaffirment leur volonté de rééquilibrage de la rémunération et du financement des soins dentaires. Cela passe par la définition à terme d'une nouvelle hiérarchisation tenant compte des priorités de santé publique, de l'évolution des techniques, du travail médical et des coûts de l'activité bucco-dentaire, permettant de définir des modalités d'évolution des tarifs de la CCAM en adéquation avec l'économie des cabinets dentaires.

Le chirurgien-dentiste qui adhère à la convention code l'ensemble de son activité conformément à la codification de la base CCAM descriptive complète, y compris celle non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire. Dans le respect des dispositions des articles L.162-8, L.162-4 et L.161-33 du code de la sécurité sociale, le chirurgien-dentiste transmet à l'Assurance Maladie Obligatoire uniquement les codes CCAM des actes pris en charge par celle-ci. La base est mise à disposition par la CNAMTS sur son site internet

ameli.fr. Les évolutions de cette base CCAM descriptive complète pour l'activité bucco-dentaire sont réalisées après avis de la Commission de Hiérarchisation des Actes et Prestations visée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Cette codification, commune à l'ensemble des professionnels conventionnés, permettra de réaliser des études, dans une optique de gestion du risque, de santé publique et d'éventuelles évolutions de la prise en charge des actes des chirurgiens-dentistes, dans le respect de la réglementation en vigueur en matière de collecte, de transmission, et de traitement de données de santé. Le périmètre et la méthodologie de la collecte des informations pour les études devront être approuvés par les partenaires conventionnels.

Tout chirurgien-dentiste qui adhère à la convention s'engage à facturer les actes bucco-dentaires qu'il aura réalisés, tels qu'ils sont inscrits à la CCAM et pris en charge conformément au livre II de la liste des actes et prestations, à compter de l'entrée en vigueur des mesures prévues à l'article 2 et 8 du présent avenant, après application de l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, soit, au 1^{er} juin 2014 .

A ce titre, les chirurgiens-dentistes conventionnés s'engagent à installer la version Sesam Vitale qui constitue le socle technique de référence, 1.40, avant cette date.

Afin de garantir l'évolutivité de la classification commune des actes pour l'activité bucco-dentaire, les parties signataires décident de suivre la montée en charge de cette mise en place dans le cadre de l'observatoire conventionnel national, prévu à l'article 3.4 de la convention nationale.

4.3.4 - Evolution de la CCAM :

Afin de satisfaire l'obligation de codage de l'ensemble de l'activité des chirurgiens-dentistes, les parties signataires s'accordent pour faire évoluer la base CCAM descriptive afin qu'elle puisse décrire l'ensemble des actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, notamment les actes non encore décrits à la date de publication du présent avenant.»

Les partenaires conventionnels s'accordent pour réaliser, à l'issue d'un an d'application des forfaits de radiologie pour les traitements endodontiques, une étude détaillée de l'impact de la création de ces forfaits dans le cadre de la CCAM.

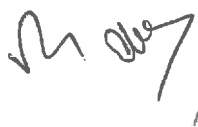
ARTICLE 2

MESURES D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS DENTAIRES

2.1. Prise en charge d'actes de soins en cas d'urgence douloureuse :

Les partenaires conventionnels s'accordent, pour proposer l'inscription à la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie, de certains soins conservateurs et chirurgicaux en cas d'urgence douloureuse, notamment l'évacuation d'abcès parodontal.

Les partenaires conventionnels proposent, sous réserve de son inscription, que cet acte soit valorisé au tarif de 40 euros.



2.2. Valorisations de certains actes de soins conservateurs :

- Reprises de traitements endodontiques :

Les partenaires conventionnels s'engagent à examiner les modalités d'une juste valorisation des actes de retraitements endodontiques.

- Restaurations d'angles :

Dans le cadre de l'observatoire conventionnel national, un suivi régulier puis un bilan de l'évolution du volume de ces actes sera réalisé après une période d'observation de 2 ans.

Dès lors qu'une évaluation précise du volume de ces actes aura été effectuée, à l'issue de ce bilan, des revalorisations ultérieures de ces soins seront envisagées.

Il est proposé de valoriser ces actes de restaurations d'angles comme suit :

- restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur un angle (HBMD044) : 43 euros
- restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur deux angles (HBMD047) : 86 euros

2.3. Revalorisations de certains actes de chirurgie :

Les partenaires conventionnels s'accordent pour revaloriser certains actes de chirurgie incluant de l'orthodontie, comme suit :

- acte de dégagement de plusieurs dents retenues ou incluses avec pose de dispositif de traction orthodontique (HBPD001) : 156,75 euros
- acte de dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal (HBPD002) : 104,50 euros
- acte de dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau (HBPA001) : 146,30 euros

2.4. Revalorisations de certains actes médicaux :

Les partenaires conventionnels s'accordent pour revaloriser de 50 % les actes suivants :

- pose d'un plan de libération occlusale (HBLD018) : 172,80 euros
- pose de gouttière maxillaire ou mandibulaire pour hémostase ou portetopique (LBLD003) : 86,40 euros
- pose de gouttières maxillaire et mandibulaire pour hémostase ou portetopique (LBLD006) : 172,80 euros
- pose d'une orthèse métallique recouvrant totalement ou partiellement une arcade dentaire (LBLD014) : 172,80 euros

L'ensemble des mesures prévues à l'article 2 s'applique après modification de la liste des actes et prestations mentionnées à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale. En tout

5

état de cause, ces mesures tarifaires n'entreront en vigueur qu'à l'expiration du délai fixé à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

ARTICLE 3

LA PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE A DESTINATION DES FEMMES ENCEINTES

Les parties conventionnelles s'accordent pour étendre le dispositif de prévention bucco-dentaire aux femmes enceintes et définir les modalités de son application.

L'article 1.7, titre I, de la convention nationale « Dispositions transitoires » est supprimé et remplacé par un nouvel article 1.7 et suivants, rédigés comme suit :

« 1.7. Prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes »

1.7.1. Les bénéficiaires

Le dispositif de prévention s'adresse aux femmes enceintes, ayants droit ou assurées sociales, remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie et maternité.

1.7.2. Les chirurgiens-dentistes

Les chirurgiens-dentistes libéraux et salariés relevant des dispositions de la convention nationale participent à cette action de prévention.

Toutefois, les spécialistes qualifiés en orthopédie dento-faciale conventionnés, qui n'exécutent pas de soins bucco-dentaires en raison de leur spécialité, ne participent pas à cette action nationale de prévention.

1.7.3 Contenu du dispositif

Les femmes enceintes, bénéficient d'un examen de prévention pris en charge à 100% avec dispense d'avance de frais, à compter du 4^{ème} mois de grossesse, jusqu'à 12 jours après l'accouchement.

1.7.3.1. Le contenu de l'examen de prévention

L'examen comprend obligatoirement :

- une anamnèse ;
- un examen bucco-dentaire ;
- des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation de la future mère à la santé bucco-dentaire (hygiène orale, ...), hygiène alimentaire, 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), ...

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 nécessaire, par :

- des radiographies intrabuccales ;
- l'établissement d'un programme de soins.



Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser, 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.

1.7.3.2. Les tarifs d'honoraires de l'examen de prévention

Cet examen est valorisé à 30€. 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 : 42 euros
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros

L'examen et les radiographies qui y sont associées le cas échéant sont facturés à tarifs opposables.

1.7.4 Modalités pratiques

1.7.4.1. Mise en œuvre du dispositif

À compter de la réception de la déclaration de grossesse de l'assurée ou de l'ayant droit, 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.

Pour bénéficier des avantages du dispositif, la femme enceinte doit consulter le chirurgien-dentiste de son choix, à compter de son 4^{ème} mois de grossesse et ce, jusqu'à 12 jours après l'accouchement. Elle présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge pré-identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

La facture de l'examen doit être télétransmise. En cas d'impossibilité, le chirurgien-dentiste complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à l'organisme 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 chirurgien-dentiste dans le dossier de la patiente.

Afin de permettre une mise en œuvre optimale, le dispositif entrera en vigueur au lendemain de la publication au journal officiel du présent avenant.

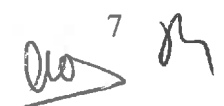
1.7.4.2. Evaluation et suivi du dispositif

Les parties signataires considèrent qu'une évaluation de ce dispositif doit être réalisée.

L'ensemble des acteurs étant amené à participer à cette évaluation, les praticiens s'engagent en conséquence à répondre le plus efficacement possible à toute sollicitation des caisses ou des tiers habilités afin de faciliter cette démarche. En contrepartie, les caisses d'assurance maladie conviennent de mettre à disposition des instances conventionnelles concernées les éléments analytiques d'évaluation du dispositif de prévention.

Les partenaires conventionnels conviennent, à ce titre, d'étudier l'application et le suivi du dispositif dans le cadre des instances conventionnelles nationale et départementales.

Un bilan annuel sera réalisé dans le cadre de l'observatoire conventionnel national, prévu à l'article 3.4 de la convention nationale. »



ARTICLE 4
DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS

A l'article 4.2.2. 2) de la convention nationale est ajouté un dernier paragraphe, rédigé comme suit :

« **Dispositif de prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes**

Dans le cadre de la mise en place de la prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes, les parties conventionnelles entendent promouvoir la dispense d'avance des frais pour cette catégorie de population dont l'état de santé bucco-dentaire est rendu particulièrement fragile durant cette période. Ainsi, les femmes enceintes bénéficient de la dispense d'avance des frais pour la réalisation de l'examen de prévention bucco-dentaire. »

ARTICLE 5
ACTES ET PRESTATIONS PRIS EN CHARGE DANS LE CADRE DE LA PROTECTION
COMPLEMENTAIRE EN MATIERE DE SANTE (CMU C)

En application du 8°) de l'article L.162-9 dernier alinéa du code de la sécurité sociale, et sous réserve de la publication de la liste des actes et prestations visée au 3° de l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale mise à jour par arrêté interministériel, les partenaires conventionnels transposent les montants maximaux des dépassements applicables aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé visés à l'article L.861-1 du code de la sécurité sociale, conformément à la liste annexée en annexe II du présent avenant.

Cette annexe II annule et remplace l'annexe V de la convention nationale.

Le 3° paragraphe de l'article 2.2 de la convention dentaire est remplacé par le paragraphe suivant :

« A cette fin, le montant maximal de l'entente directe applicable aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé visés à l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale est fixé par l'annexe V de la convention. »

De plus, les partenaires conventionnels s'accordent pour proposer aux pouvoirs publics la modification de l'arrêté du 30 mai 2006 modifié, afin que les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé puissent bénéficier de la prise en charge du bridge de base (comportant 3 éléments : deux piliers et un élément intermédiaire).

Sous réserve de la publication de cette modification au journal officiel, les partenaires conventionnels proposent en annexe II les tarifs correspondant à ce bridge de base.

ARTICLE 6
INSTANCE CONVENTIONNELLE

Les parties signataires du présent avenant s'accordent sur la nécessité d'intégrer l'UNOCAM, nouveau partenaire conventionnel, au sein de la Commission Paritaire Nationale.



Les articles 7.2.1 1) et 7.2.1 2) de la convention nationale sont modifiés comme suit :

« 7.2.1 – La Commission Paritaire Nationale (CPN) »

1. Missions

Il est institué une commission nationale composée paritairement.

Cette instance peut se réunir en « formation plénière » ou en « formation restreinte ». Elle se réunit au moins deux fois par an.

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 et de l'évaluation des mesures démographiques
- du suivi et de l'évaluation des mesures de prévention
- de l'élaboration des avenants et annexes nécessaires à l'application de la convention nationale

La CPN réunie en « formation restreinte » traite de tous les sujets n'intéressant que les relations entre UNCAM et 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 (CTPP) chargé du suivi de la télétransmission.

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

2. Composition

La CPN est composée de :

- représentants de l'UNCAM qui constituent la section sociale ;
- représentant de l'UNOCAM (en « formation plénière »),
- représentants des organisations syndicales nationales signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle.

Composition en « formation plénière »

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 6 sièges et 2 sièges supplémentaires par syndicat au-delà de 2 syndicats signataires, à répartir au sein de la section.

Les représentants des syndicats dentaires signataires sont désignés parmi leurs adhérents

placés sous le régime de la présente convention. Seuls des chirurgiens-dentistes conventionnés libéraux en exercice peuvent siéger dans cette instance.

Section sociale

La section sociale comprend un nombre de sièges équivalent afin d'établir la parité, répartis comme suit :

- 3 représentants du régime général : 1 administratif, 1 conseiller, 1 praticien conseil,
- 2 représentants du régime agricole,
- 1 représentant du régime des professions indépendantes,

Au-delà de 2 syndicats signataires, les sièges supplémentaires de la section sociale sont attribués au régime général.

Siège également dans cette formation, avec voix délibérative, 1 représentant de l'UNOCAM.

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

Composition en « formation restreinte »

En « formation restreinte », la CPN est composée de :

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 6 sièges et 2 sièges supplémentaires par syndicat au-delà de 2 syndicats signataires, à répartir au sein de la section.

Les représentants des syndicats dentaires signataires sont désignés parmi leurs adhérents placés sous le régime de la présente convention. Seuls des chirurgiens-dentistes conventionnés libéraux en exercice peuvent siéger dans cette instance.

Section sociale

La section sociale comprend un nombre de sièges équivalents afin d'établir la parité répartis comme suit :

- 3 représentants du régime général : 1 administratif, 1 conseiller, 1 praticien conseil,
- 2 représentants du régime agricole,
- 1 représentant du régime des professions indépendantes,

Au-delà de 2 syndicats signataires, les sièges supplémentaires de la section sociale sont attribués au régime général.

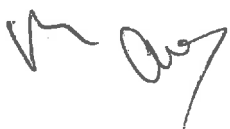
Les membres suppléants :

Un nombre identique de suppléants est désigné dans les mêmes conditions que les membres titulaires afin de siéger en leur absence.

Composition en « formation chirurgiens-dentistes »

En « formation chirurgiens-dentistes », la CPN est composée :

- de la section professionnelle telle que décrite supra,



- des praticiens de la section sociale de la « formation restreinte » de la CPN. Afin d'assurer la parité, les praticiens de la section sociale se répartissent le même nombre de voix que les praticiens de la section professionnelle. »

ARTICLE 7 PROCEDURE POUR NON RESPECT DES REGLES CONVENTIONNELLES

Le 13^{ème} alinéa de l'article 7.3.1 de la convention nationale « Le non respect des règles conventionnelles » est modifié comme suit :

« La CPAM adresse au chirurgien-dentiste, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception, un courrier d'avertissement comportant les éléments permettant de caractériser le non-respect des dispositions de la présente convention.

Si à l'issue d'un délai minimal de deux mois à compter de la réception du courrier d'avertissement, il est constaté que le praticien n'a pas modifié sa pratique, la CPAM de rattachement du chirurgien-dentiste, pour le compte de l'ensemble des régimes, communique le relevé des constatations au praticien concerné, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception, avec copie adressée aux présidents des deux sections de la CPD. Par exception, le délai est porté à huit mois pour les traitements d'orthopédie dento-faciale. Dans ce cas, la pratique est observée uniquement sur les semestres de traitements initiés après la réception du courrier d'avertissement.

La CPAM procédera à ce même envoi et la procédure d'avertissement sera réputée effectuée si, dans un délai de trois ans maximum suivant la réception du courrier d'avertissement non suivi de sanction, le chirurgien-dentiste a renouvelé les mêmes faits reprochés.

Le chirurgien-dentiste dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de communication du relevé des constatations pour présenter ses observations éventuelles ou être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant. Le chirurgien-dentiste peut se faire assister par un confrère et/ ou un avocat de son choix, inscrit au Barreau.

Lorsque la CPD juge nécessaire de recueillir, auprès du praticien concerné, des éléments d'information relatifs à sa pratique médicale, le relevé de constatations est transmis à la « formation chirurgiens-dentistes » de la CPD.

La commission dans la formation retenue pour donner son avis, peut inviter le praticien à lui faire connaître ses observations dans un délai qu'elle lui fixe. Elle peut également demander à l'entendre dans ce même délai.

L'avis de la formation concernée de la commission est rendu dans les 90 jours de la saisine de la CPD. A l'issue de ce délai, l'avis est réputé rendu.

A l'issue de ce délai, les caisses décident de l'éventuelle sanction. »



ARTICLE 8

MODIFICATIONS DIVERSES

- L'article 3 de l'avenant 2 à la convention nationale, signé le 16 Avril 2012 est complété par un article 3.4 ainsi rédigé :

« 3.4 *Cumul des mesures incitatives*

Les mesures incitatives du présent article peuvent se cumuler. »

- A l'annexe II, de l'avenant 2 à la convention nationale, signé le 16 avril 2012, le 4) est modifié comme suit :

« Le chirurgien-dentiste adhérent à l'option bénéficie :

- d'une participation des caisses d'assurance maladie aux cotisations dues au titre des allocations familiales en application de l'article L.242-11 du code de la sécurité sociale. Cette participation des caisses est assise sur la totalité du revenu lié à l'activité conventionnée du chirurgien-dentiste, selon les mêmes modalités de calcul que celles définies à l'article 6.1 de la convention nationale pour l'assiette de participation des caisses aux cotisations sociales des chirurgiens-dentistes. Elle correspond à 5,40 % de ce montant. Et vaut pour la période de 3 ans correspondant à la durée du contrat pour les professionnels déjà installés dans la zone. »
- L'annexe III de l'avenant 2 à la convention nationale est remplacée par les modèles annexés en annexe IV et IV bis du présent avenant.
- Le premier paragraphe de l'article 4.2.1 « La fixation des honoraires » est complété, après les mots « en annexe I », par les dispositions suivantes :
« de la convention nationale modifiés par l'avenant n°2 et ceux fixés en annexe I de l'avenant n°3 à la convention nationale ».
- Le premier paragraphe de l'article 4.2.3 « Le remboursement des traitements bucco-dentaires » est complété, après les mots « à l'annexe I », par les dispositions suivantes :
« de la convention nationale modifiés par l'avenant n°2 et ceux fixés en annexe I de l'avenant n°3 à la convention nationale ».
- L'article 1.2.2 « Les soins consécutifs à l'examen de prévention » est modifié comme suit :
« 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 III de l'avenant n°3 à la convention nationale ».



- Les parties conventionnelles demandent l'inscription à la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale de la pose des couronnes dentaires implanto-portées. Il est proposé que cet acte soit valorisé à hauteur de 107,50 euros.
- L'annexe I de la convention nationale est annulée et remplacée par les annexes I et I bis du présent avenant.
- Les soins conservateurs et chirurgicaux, des départements d'outre-mer, concernés par la revalorisation tarifaire prévue à l'article 8 de l'avenant 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes, signé le 16 avril 2012, correspondent aux actes listés en annexe I auxquels sont affectés les coefficients de majoration prévus.
- Les partenaires conventionnels décident de revaloriser les tarifs de la Visite des chirurgiens-dentistes spécialistes (VS), en France métropolitaine et dans les Départements d'Outre-mer, ainsi que la consultation des chirurgiens-dentistes spécialistes (CS) dans les Départements d'Outre-mer, comme suit :
 - Le tarif de la VS est fixé à 23€ en France métropolitaine
 - dans les Départements d'Outre-mer, le tarif de la VS et de la CS est fixé à 25,30€ (Antilles) et 27,60€ (Guyane, Réunion et Mayotte)

Ces nouveaux tarifs entreront en vigueur à l'expiration du délai fixé à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

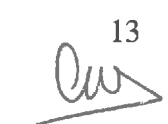
ARTICLE 9 DEVIS DENTAIRE

Le modèle de devis dentaire établi en annexe VII de l'avenant 2, se substituant à l'annexe III de la convention nationale, est modifié en annexe V du présent avenant, à partir du 1^{er} juin 2014.

Fait à Paris, le 31 juillet 2013

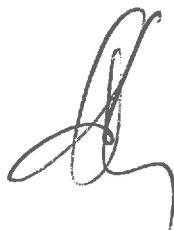
Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie,
Mr Frédéric van ROEKEGHEM, Directeur Général,






Et

Pour l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie
Mr Fabrice HENRY, Président



Et

Pour la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires,
Mme Catherine MOJAISKY, Présidente

