Evolution de la convention dentaire

2018

2019

2020

Ailette 19 décembre 2019

Rééquilibrage - revalorisations

Rééquilibrage - revalorisations

- Augmentation des soins conservateurs

	01/04/2019	01/01/2020	Augmentation
1 face	25,06 €	26,97 €	8%
2 faces	42 €	45,38 €	8%
3 faces	53 €	60,95 €	15%
1 angle	53 €	60,95 €	15%
2 angles	86 €	92,45 €	**8%**
Ancrage radiculaire	92 €	98 €	7%

Rééquilibrage - revalorisations

- Augmentation des soins conservateurs

	2018 - 03/2019	01/01/2020	Augmentation
1 face	19,28 €	26,97 €	40%
2 faces	33,74 €	45,38 €	34%
3 faces	40,97 €	60,95 €	49%
1 angle	43 €	60,95 €	42%
2 angles	86 €	92,45 €	8 %
Ancrage radiculaire	79,53 €	98 €	23%

Ajustements de la CCAM

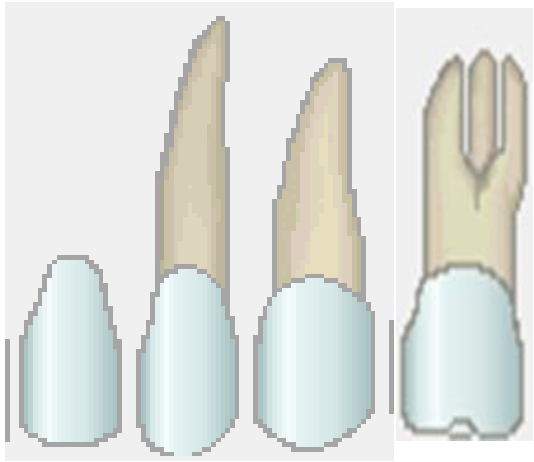
Bridge zircone et molithique hors zircone

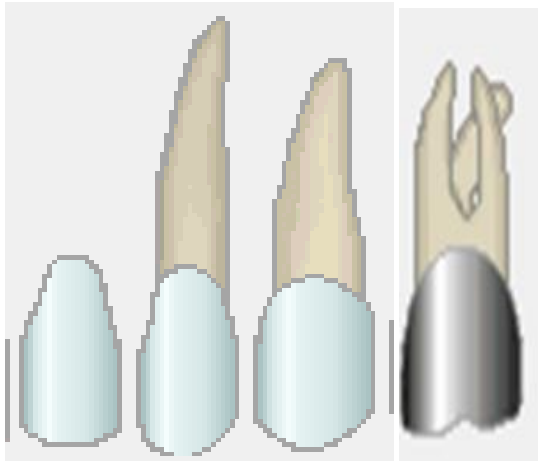
- HBLD425

  - Pose d’une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d’ancrage céramocéramiques ou céramiques monolithiques (zircone ou hors zircone) et 1 élément intermédiaire céramocéramique ou céramique monolithique (zircone ou hors zircone)
  - V60 18/10/2019

Bridge cantilever 3 dents

- Correction d’un oubli (V58 en juillet 2019)
  - piliers supplémentaires possibles (HBMD081,HBMD087)





Vernis fluorés

- **HBLD045**

- de 6 ans

jusqu'à 10 ans – 1 jour

- V60 18/10/2019

Risque carieux élevé, défini et transcrit dans la fiche patient

Rappel : Inlay onlay ≠ Facettes

HBMD351 **Br:100 € Plafond:350 €**

- Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté composite ou métallique [inlay-onlay]
- Prémolaires et molaires

Br:100 € HBMD460

- Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté céramique ou métallique précieux [inlay-onlay]
- Prémolaires et molaires

HBMD048 **NPC**

- Pose d'une facette céramique, en équivalents minéraux ou composite sur une dent d'un secteur incisivocanin ou prémolaire

2020, début du 100% Santé

Praticiens conventionnés

- Les paniers et plafonds prothétiques sont conventionnels.

2020

1er Janvier, début du 100% Santé (RAC 0)

- Un panier de soins comprenant des prothèses dentaires intégralement remboursables et dont les honoraires sont plafonnés.

AMO+AMC = Honoraires

- Prise en charge de ces prestations incluses dans les obligations du Contrat de complémentaire santé responsable.

Et les autres ???

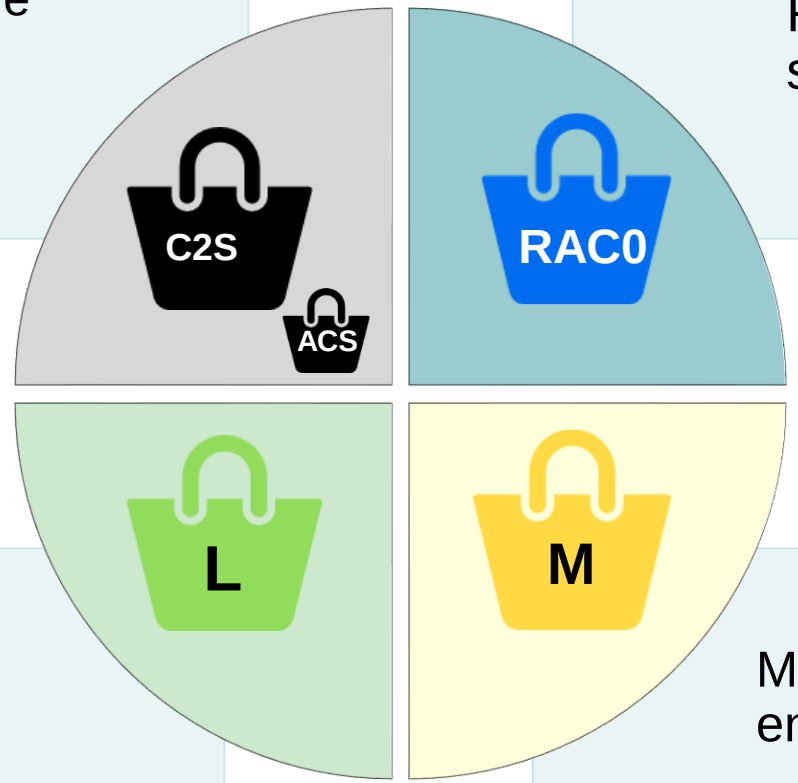
- Patients sans complémentaire santé
- Patients avec complémentaire non responsable
  - Les contrats sont libres de leurs garanties
  - Non couverture obligatoire à 100% des honoraires des actes du panier RAC0

- AME

4 Paniers

CMU Complémentaire
& ACS =
C2S (Contrat Santé solidaire)

RAC 0
sans reste à charge
100% santé



Libre

Maitrisé, modéré,
entente directe limitée

CSS

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE EN 5 POINTS CLÉS

1- Remplace la CMU-c et s'étend à l'ACS

2- Une protection renforcée

3- Pas d'avance de frais

4- Pas de dépassement d'honoraires

5- Participation financière nulle ou limitée

A partir du 1er novembre 2019

Couronnes dentoportées

- Augmentation de la base de remboursement

	Panier	2019	2020
Couronnes	RAC0 CMUC	107,50 €	120,00 €
Couronnes	M	107,50 €	120,00 €
Couronnes	L	107,50 €	107,50 €

Choix selon le panier

Couronne ou pilier définitif(ve)

Inlay core

Couronne transitoire

Le panier 100% santé en 2020

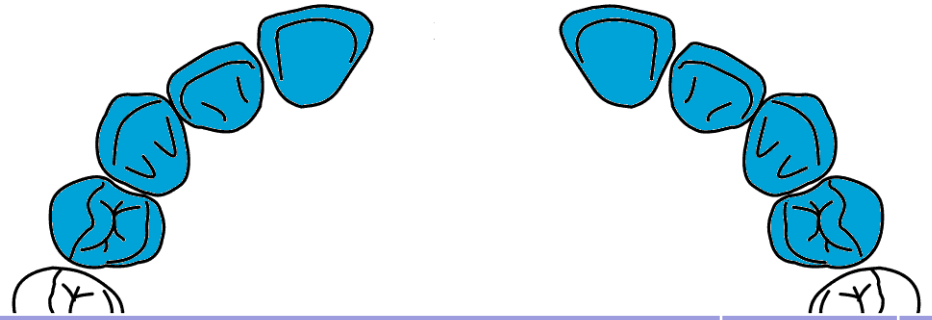
fppt.com

Contenu du panier 100% Santé

- Prothèses fixes
  - Inlay cores (sous couronnes du panier)
  - Couronnes transitoires (avant couronnes définitives du panier)
  - Couronnes unitaires
    - Selon la localisation dentaire
    - Selon le type de matériau
  - 2 bridges de base

Couronnes

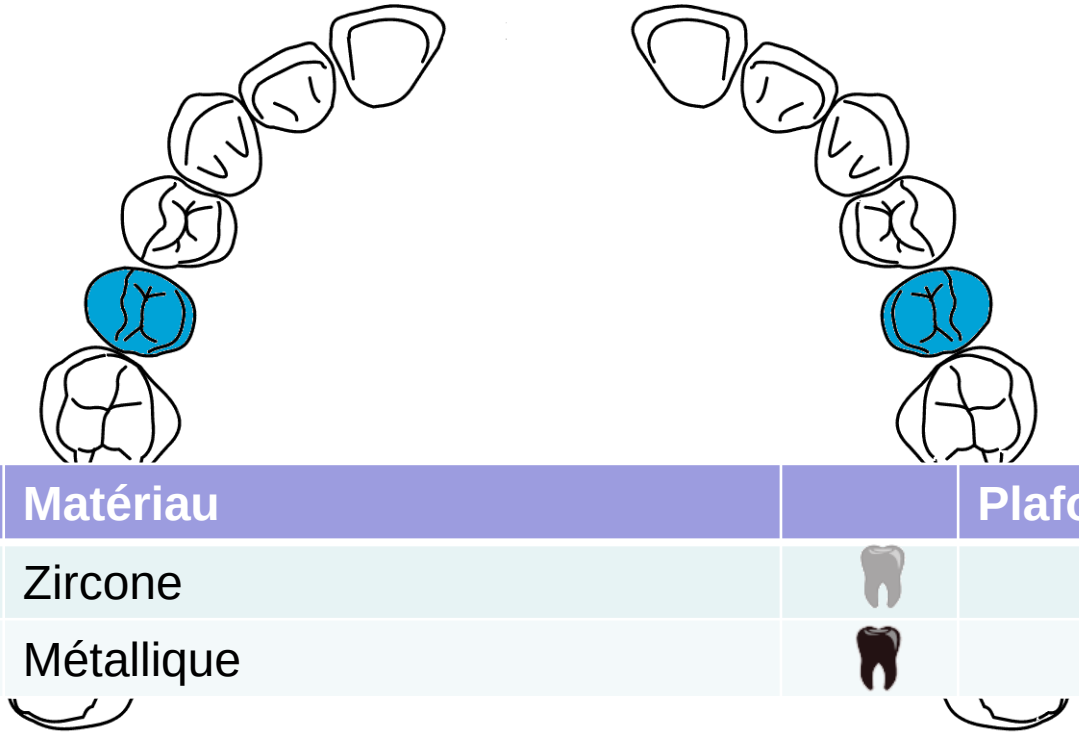
RAC0



Code	Matériau		Plafonds
HBLD634	Céramo métallique non précieux		500 €
HBLD680	Hors Zircone		500 €
HBLD350	Zircone		440 €
HBLD038	Métallique		290 €

Couronnes

RAC0



Code	Matériau		Plafonds
HBLD350	Zircone		440 €
HBLD038	Métallique		290 €

Couronnes

RAC0

Code	Matériau		Plafond
HBLD038	Métallique		290 €

Bridges

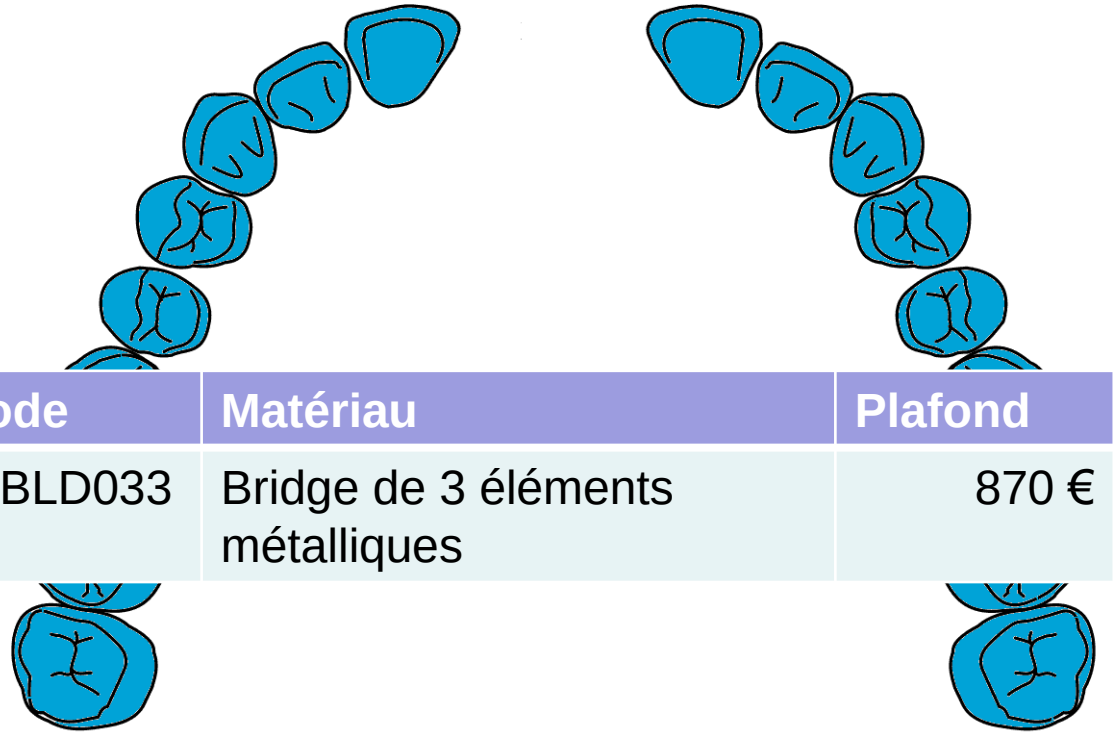
RAC0

Pour le remplacement d'une incisive

Code	Matériau	Plafond
HBLD785	Bridge de 3 éléments céramo-métallique	1465 €

Bridges

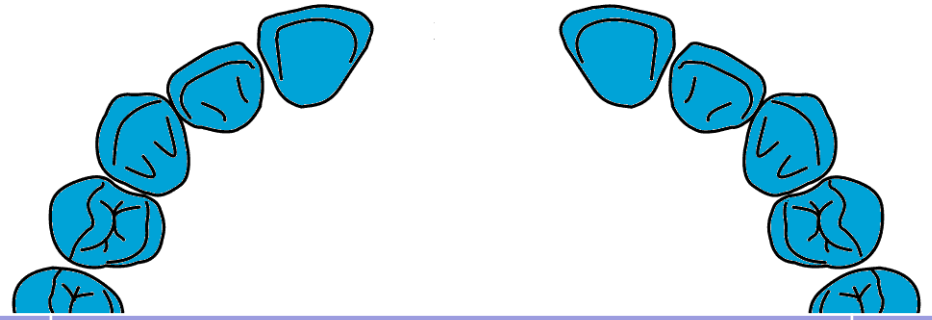
RAC0



Code	Matériau	Plafond
HBLD033	Bridge de 3 éléments métalliques	870 €

Inlay cores

RAC0

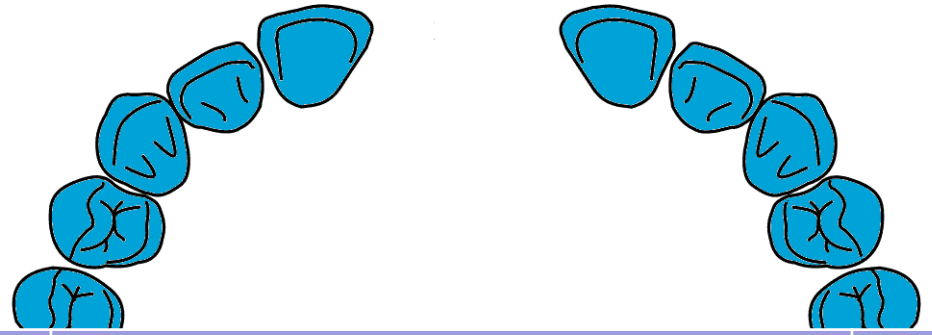


Code	Matériau	Plafond
HBLD090	Inlay core sous une couronne ou pilier de bridge dentoportés sans “reste à charge”	175 €

Pour être remboursable : l’inlay core doit être métallique, la mention « coulée » a disparue

Crs transitoires

RAC0



Code	Libellé	Plafond
HBLD490	Couronne transitoire pour couronne dentoportée “sans reste à charge”	60 €

- Facturable une seule fois dans la séquence de réalisation de la définitive.
- Si d’autres provisoires sont nécessaires dans la séquence de réalisation de la définitive, réalisables et NPC.
- Non facturable pour une couronne définitive réalisée et posée dans la séance

Bridge transitoire

- Rappel : un seul code décrit tous les bridges transitoires

Code	Libellé	
HBLD034	Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire [bridge transitoire]	BR = 0 € Panier libre

- Pas de prise en charge de couronne transitoire sur un pilier de bridge !

Les codes sont réservés aux unitaires

Couronne transitoire sur un pilier de bridge = non codée en CCAM, acte HN, panier libre

Plafonds

RAC0

		2019	2020
Couronne métallique	Toutes	320 €	290 €
Monolithique Zircone	Incisives canines	480 €	440 €
	1ère prémolaires		
	2ème prémolaires		
Monolithique Hors Zircone	Incisives canines	530 €	500 €
	1ère prémolaires		
Céramo métallique	Incisives canines	530 €	500 €
	1ère prémolaires		
Transitoire	Toutes	60 €	60 €
Inlay core	Toutes	230 €	175 €
Bridge de base CCM inter incisive	Incisives canines	1 465 €	1 465 €
Bridge de base métallique non précieux	Toutes	870 €	870 €

Prothèses résines

- Non plafonnées en 2020

- Plafonnées et dans le panier 100% santé en 2021

Le panier modéré en 2020

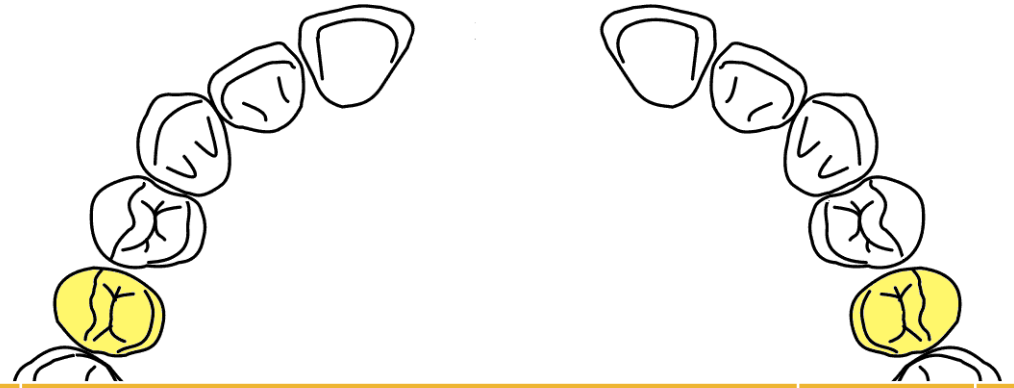
fppt.com

Contenu du panier modéré

- Prothèses fixes
  - Inlay cores (sous couronnes et bridges plafonnés 2021 du panier)
  - Couronnes transitoires (avant couronnes définitives du panier)
  - Couronnes unitaires
    - Selon la localisation dentaire
    - Selon le type de matériau

Couronnes

M

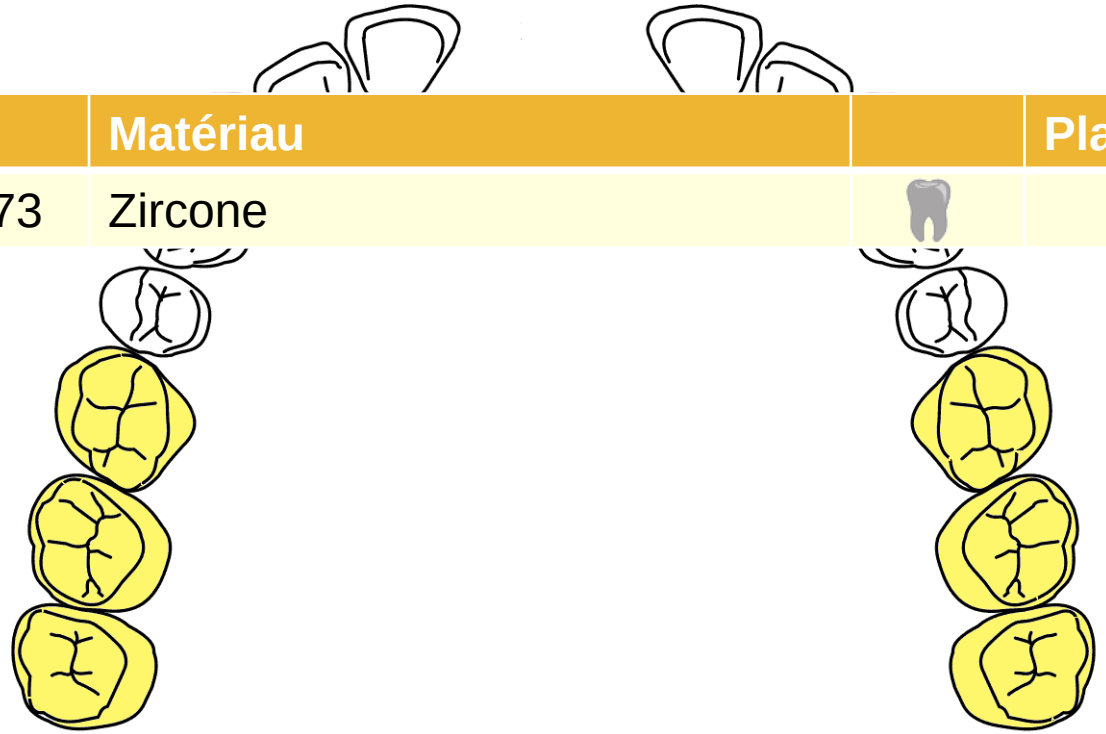


Code	Matériau		Plafonds
HBLD491	Céramo métallique non précieux		550 €
HBLD158	Hors Zircone		550 €

Couronnes

M

Code	Matériau		Plafonds
HBLD073	Zircone		440 €



Inlay cores

M

Code	Matériau	Plafond
HBLD745	Inlay core sous une couronne ou pilier de bridge dentoportés “à entente directe limitée”	175 €

Pour être remboursable : l’inlay core doit être métallique, la mention « coulée » a disparue

C. transitoires

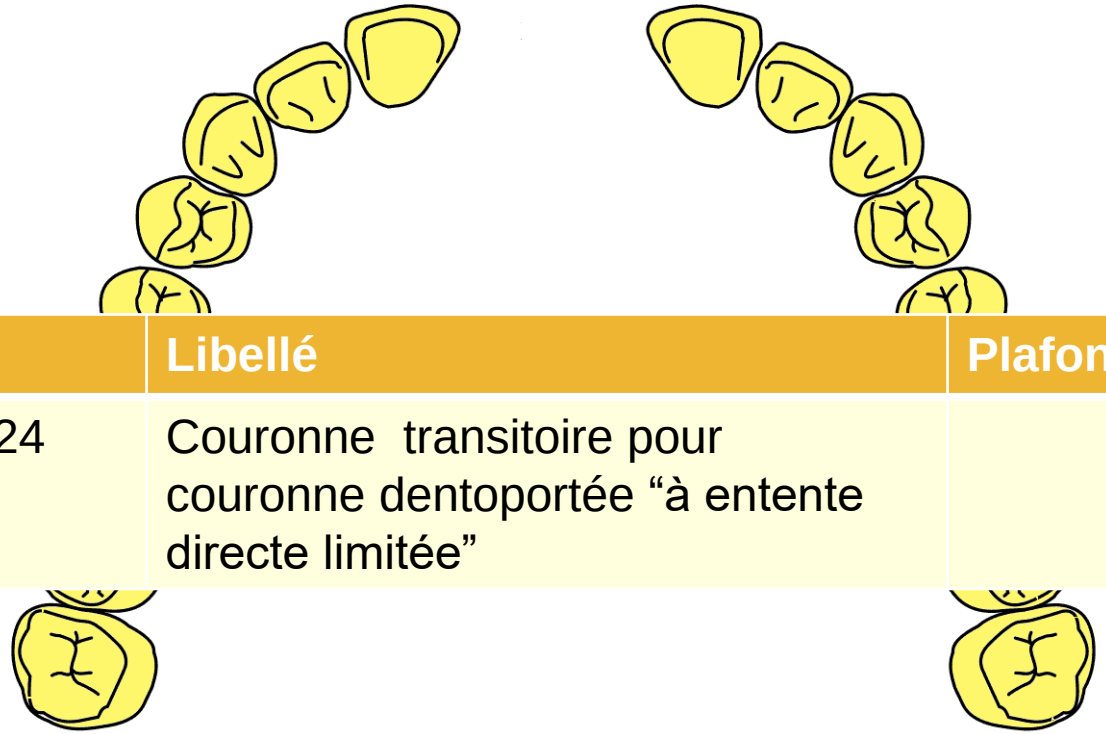
M

Code	Libellé	Plafond
HBLD724	Couronne transitoire pour couronne dentoportée “à entente directe limitée”	60 €

- Facturable une seule fois dans la séquence de réalisation de la définitive.
- Si d’autres provisoires sont nécessaires dans la séquence de réalisation de la définitive, réalisables en NPC.
- Non facturable pour une couronne définitive réalisée et posée dans la séance

C. transitoires

M



Code	Libellé	Plafond
HBLD724	Couronne transitoire pour couronne dentoportée “à entente directe limitée”	60 €

- Urgence par autre praticien que l’habituel
- Attente thérapeutique de plus de 6 mois

Plafonds

M

	Dents	Plafonds 2019	Plafonds 2020
Céramique Zircone	molaires	Aucun	440 €
Céramique Hors Zircone	2èmes prémolaires molaires	Aucun	550 €
Céramo métallique	2èmes prémolaires	Aucun	550 €
Transitoire	2èmes prémolaires molaires	60 €	60 €
Inlay core	Toutes	230 €	175 €

Couronnes

RAC0 | M | L

- Métallique
  non précieux

290 €

- Céramo-métallique
  non précieux

500 €

550 €

- Monolithique
  Zircone

440 €

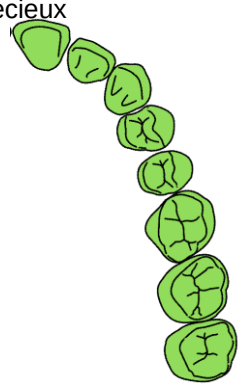
440 €

- Monolithique
  Hors zircone

500 €

550 €

- Céramo-céramique
  (stratifiée) et Métaux précieux



- Inlay core

175 €

175 €

Aucun

- Transitoire

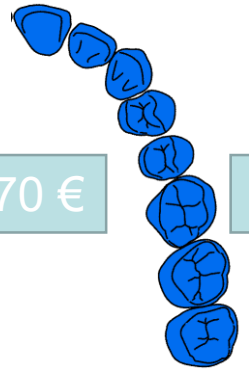
60 €

60 €

Aucun

Bridges

- Bridge métallique
  non précieux

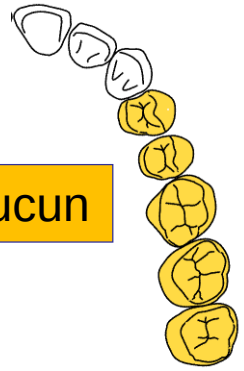


870 €

- Bridge céramo-métallique
  non précieux inter incisives

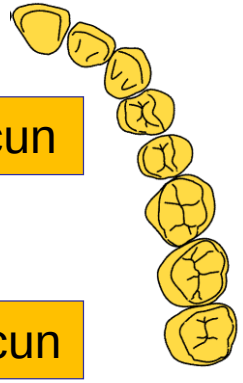
1465 €

- Bridge céramo-métallique
  non précieux autres



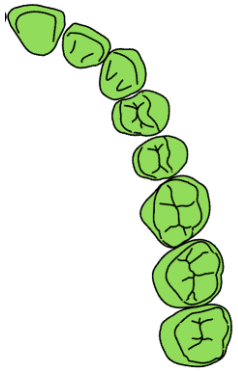
Aucun

- Bridge céramo-métallique
  CM CM M



Aucun

- Bridge céramo-céramique
  (stratifiée) et Métaux précieux



Aucun

- Bridge céramo-métallique
  CM M M

Plafonds en 2021

Prise en charge parodontale des patients diabétiques

Population concernée

- Patients diabétiques ayant une ALD diabète reconnue au moment de la consultation
- Remplissant les conditions d’ouverture des droits aux prestations de l’assurance maladie.

ALD diabète

- ALD
  - L’information qu’un patient bénéficie d’une ALD est donnée par la lecture de la CV

  ou

  - par l’interrogation des droits en ligne ADRi

l'Assurance Maladie
ADRi
Acquisition des Droits intégrée

ALD diabète

- Diabète
  - Protocole de soins

    Formulaire de prise en charge qui ouvre les droits aux 100 % indiquant les soins et les traitements nécessaires à la prise en charge de la maladie du patient ;

    – pris en charge à 100 %,

    – remboursés aux taux habituels de la Sécurité sociale

    – pas du tout pris en charge.

ALD diabète

- Diabète
  - Formulaire de protocole de soins composé de 3 volets

    1. Conservé par le médecin traitant.
    2. Envoyé au médecin conseil de l'Assurance Maladie.
    3. Conservé et destiné au patient

Pour savoir si le patient est en ALD diabète, il faut lui demander la copie du troisième volet de son protocole de soins.

Consultation

- Une consultation annuelle chez le chirurgien-dentiste est préconisée pour le suivi des patients diabétiques.

- Lors de cette consultation détermination de la possibilité de rentrer dans le dispositif.

Bilan parodontal HBQD001

- Contenu (préconisation les CDF)
  - Un interrogatoire du patient : antécédents médicaux, dentaires et familiaux, habitudes hygièno-diététiques. (tabac , stress)
  - Un examen dentaire complet avec en sus recensement du CAO, des prothèses existantes et des soins nécessaires.

Bilan parodontal HBQD001

- Contenu (préconisation les CDF)
  - Examen clinique de dépistage parodontal de première intention :
    - évaluation de l'hygiène (plaque dentaire, tartre…)
    - recherche de signes d'inflammation, de signes d'infections, de douleur et de mobilité dentaire.
    - recherche de poches parodontales

- **Fiche patient complétée (compte-rendu du HBQD001)**

Bilan parodontal HBQD001

	Libellé	
HBQD001	Bilan parodontal	BR 50 € Opposable 1 x par an

- Depuis le 01/04/2019
- Patient ALD, prise en charge à 100% en tiers payant.

- Acte pouvant être complété si nécessaire

par des radiographies intrabuccales, facturables en sus

DSR

- **Détartrage Surfaçage Radiculaire [Assainissement parodontal] (DSR)**

- Traitement de première intention dans la prise en charge des formes chroniques et agressives de parodontites

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ANNEXE AU RAPPORT D'ÉVALUATION TECHNOLOGIQUE

Évaluation du détartrage-surfaçage radiculaire (assainissement parodontal) dans le traitement des parodontites

Décembre 2018

DSR 3 actes depuis le 18 /10/ 2019

- Chapitre 07.02.05.04 Autres actes thérapeutiques sur le parodonte

Code	Libellé	BR
HBJA003	Assainissement parodontal [détartrage-surfaçage radiculaire] [DSR] sur 1 sextant	80 €
HBJA171	Assainissement parodontal [détartrage-surfaçage radiculaire] [DSR] sur 2 sextants	160 €
HBJA634	Assainissement parodontal [détartrage-surfaçage radiculaire] [DSR] sur 3 sextants (et plus)	240 €

Indication : selon l'avis HAS n° 2018.0062/AC/SEAP du 19 décembre 2018 - traitement de première intention, non chirurgical, des formes chroniques et agressives des parodontites.

Facturation :

- *quelle que soit la technique (plus de mention de lambeau dans le libellé)*
- *prise en charge limitée à un traitement initial et à un traitement complémentaire en cas de persistance des lésions - par période de 3 ans*
- *prise en charge limitée aux patients diabétiques, en ALD pour cette affection*

Traitement en séquences

Séquence complète
=
1 séquence initiale
+
2 séquence complémentaire
(optionnelle)

Une séquence complète de DSR [Assainissement parodontal] pour la bouche entière est remboursable tous les 3 ans.

Séquence initiale

1

De une à 6 séances

– 6 sextants <u>différents</u> maximum traités (dentés !!!)

– Facturation

- Choix parmi les trois actes de celui qui correspond au nombre de sextants traités.
- Pour 3, 4, 5 ou 6 sextants en une séance, code « HBJA634, 3 sextants et + »
- Pas de cumul possible d’actes (1 seul code au choix) par séance

Séquence complémentaire

2

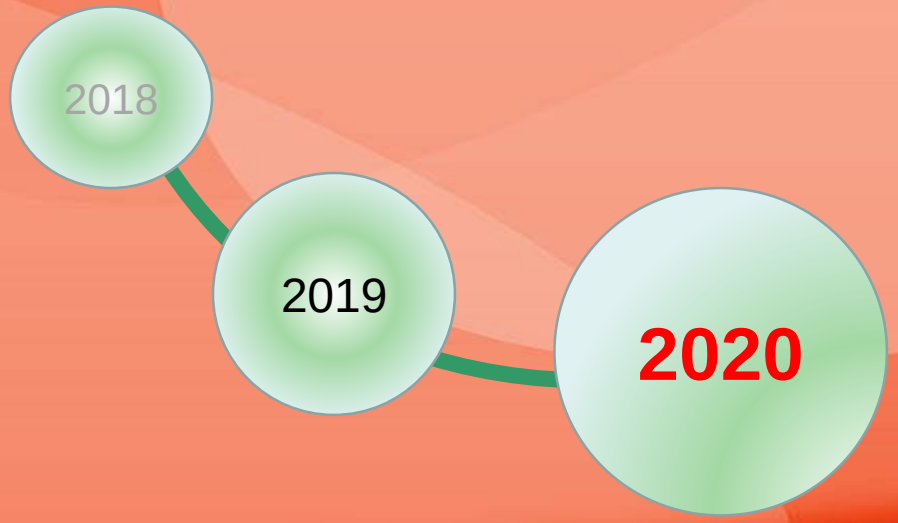
- Séquence de réévaluation

  Contrôle du résultat après 8 semaines ou plus (3 ans maximum)

  Ré-intervention possible sur les sextants déjà traités, encore pathologiques.

  – Facturation
    - Identique à la séquence initiale

Avenant 3



Avenant 3 : 4 évolutions

Négociation préparée dans les groupes de travail par les signataires de la convention

- Définition de l’indice dentaire pour l’indexation des plafonds
- Simplification des règles pour le handicap
- Transposition des dispositions des médecins (avenant 7)
- **Nouveau devis conventionnel**

Indexation

Evolution des plafonds

- Clause de révision annuelle des honoraires plafonnés des actes prothétiques, dès lors qu'ils ont atteint leur valeur cible.

  - 2020 Prothèses fixes panier RAC0 et partie du modéré
  - 2021 + Bridges, inlay modéré et prothèses amovibles RAC0
  - 2022 + Prothèses amovibles du panier modéré
  - 2023 Toutes les prothèses RAC0 et modérées

Indice dentaire

- Indice construit à partir des différents indices fournis par l'INSEE (annexe XIX)
- Données liées aux charges et revenus des chirurgiens-dentistes issues des données des AGA (UNASA, ARAPL).

		2018	
Code 2035	Dépenses		
BA	Achat de marchandises (charges d'exploitation)	31,43%	51 960 €
BB	Salaires et traitements (charges d'exploitation)	9,49%	15 688 €
BC	Charges sociales sur salaires (part patronales et ouvrières) (charges d'exploitation)	7,53%	12 449 €
BE	Taxe professionnelle - Cotisation foncière des entreprises	0,45%	748 €
BV	Contribution sociale généralisée (CSG) déductible	3,60%	5 957 €
BF	Loyers et charges locatives	6,99%	11 558 €
BG	Location de matériel	6,34%	10 484 €
BH	Travaux, fournitures et services exterieurs	7,76%	12 832 €
BJ	Transport et déplacements	2,43%	4 012 €
BK	Charges sociales personnelles totales (obligatoire et faculative)	18,76%	31 010 €
BM	Frais divers de gestion (compris frais de réception)	4,57%	7 555 €
BN	Charges financières (Compte de résultat)	0,54%	889 €
BP	Autres charges (Charges d'exploitation)	0,11%	179 €
	Total	100,00%	165 321 €

Indice dentaire

- Au 4ème Trimestre 2020 et chaque année
  - Collecte des données N-1
  - Calcul de l'indice basé sur les données
  - Comparaison avec l'année de référence
  - Si différence >= 1%
    - Augmentation des plafonds des prothèses concernées du montant de la différence au 1er janvier suivant par avenant conventionnel
  - Changement d'année de référence à chaque augmentation

Mesures spécifiques pour les personnes en situation de handicap sévère

Nouvelles dispositions

- Simplification des règles d'application du supplément handicap de 100€
  - disparition de la preuve d'une allocation
  - remplissage **à chaque séance** d'une grille mesurant le comportement et la coopération, si une difficulté a été rencontrée lors des soins.
- Création d'une nouvelle consultation à 46€
- Création d'un supplément de 200€ pour les actes en plusieurs séances
- Création d'une majoration de 23€ pour les EBD.

Application des augmentations 6 mois après la publication de l'avenant 3.

Grille d'évaluation

Adaptation de la prise en charge	DOMAINES ayant nécessité une adaptation de la prise en charge du patient pour réaliser les actes bucco-dentaires	
	DOMAINE DE LA COMMUNICATION	
Aucune	Pas de problème de communication	
Mineure	Ex. Communication interpersonnelle lente ; Troubles cognitifs mineurs ; Malentendant ; Malvoyant ; Troubles de l'élocution ou de la communication verbale	
Modérée	Ex. Communication par l'intermédiaire d'une tierce personne ; Troubles cognitifs modérés ; déficience sensorielle complète	☐
Majeure	Ex. Pas de communication ; Troubles cognitifs sévères ; Démence sévère	☐
	DOMAINE DES PROCEDURES FACILITATRICES (sédation consciente / hypnose / AG)	
Aucune	Aucune procédure facilitatrice n'a été nécessaire pour réaliser l'examen ou les soins	
Mineure	Prémédication orale pour réaliser l'examen ou les soins.	
Modérée	Sédation consciente ou hypnose pour réaliser l'examen ou les soins.	☐
Majeure	Anesthésie générale ou sédation profonde en présence d'un médecin anesthésiste, quelle que soit l'indication.	☐
	DOMAINE DE LA COOPERATION pendant l'examen ou le soin (avec ou sans technique facilitatrice) (voir annexe 1*)	
Aucune	Détendu ; Coopérant	
Mineure	Mal à l'aise ; Tendu ; La continuité thérapeutique est préservée mais avec beaucoup d'anxiété	
Modérée	Réticent ; Manifestation de l'opposition verbalement ou avec les mains ; La séance se déroule avec difficultés	☐
Majeure	Très perturbé ou totalement déconnecté ; La séance est régulièrement interrompue ; Réactions de fuite, Séance avec contention ou prématurément stoppée.	☐
	DOMAINE DE L'ETAT DE SANTE GENERALE (voir annexe 2**)	
Aucune	Patient en bonne santé générale	
Mineure	Patient présentant une maladie systémique légère ou bien équilibrée	
Modérée	Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère	☐
Majeure	Patient présentant une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital	☐
	DOMAINE DE L' ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE	
Aucune	Pas de facteur de risque particulier induisant un mauvais état bucco-dentaire	
Mineure	Présence d 'un facteur de risque uniquement en lien avec une hygiène défaillante ou une alimentation sucrée	
Modérée	Présence d 'un facteur de risque modéré en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie, ex. Troubles de la déglutition ; Fente labiopalatine ; Gastrostomie ; Trachéotomie ; Limitation de l'ouverture buccale, Spasticité	☐
Majeure	Association de plusieurs facteurs de risque en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie ET en lien avec une hygiène défaillante ou une alimentation sucrée	☐
	DOMAINE DE L'AUTONOMIE	
Aucune	Pas de perte d'autonomie pour accéder aux soins dentaires	
Mineure	Besoin d'une assistance hors du cabinet dentaire ex. prises de rdv, transport par un tiers (parent, VSL, taxi); fauteuil	

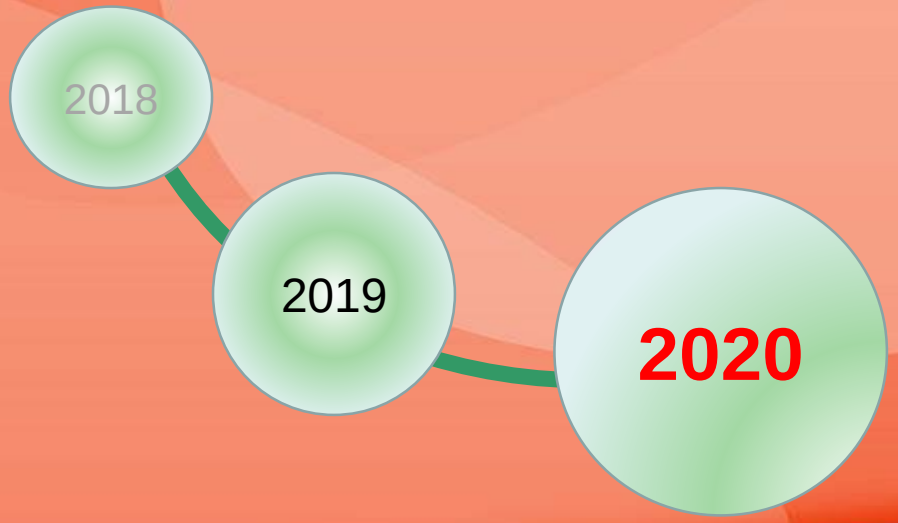
Transposition de l’avenant 7 des médecins

Avenant 7 médecins

- Supplément de 125 € pour l’acte d’avulsions de 4 DDS retenues ou à l’état de germe réalisées en cabinet sous anesthésie locale

- Suppression de la baisse prévue en 2023 des extractions multiples de 11 à 32 dents

Le nouveau devis



Une négociation difficile pour un devis « simplifié »

Article 26-4 de la convention

Dans l'hypothèse où le praticien proposerait au patient un acte avec un reste à charge (après l'intervention de la complémentaire), 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.

Des interprétations diverses … des objectifs divergents

Plusieurs devis obligatoires dont un en RAC 0 … tous les actes RAC0 ou RACM doivent être proposés

Obligation de réaliser tous les actes listés

Conservation des colonnes prix de vente, cout de la structure, prestations

Crainte que les CD ne proposent pas du RAC0

Lignes rouges des CDF

Suppression des 3 colonnes

Alternative thérapeutique médicale et non économique

Autres objectifs

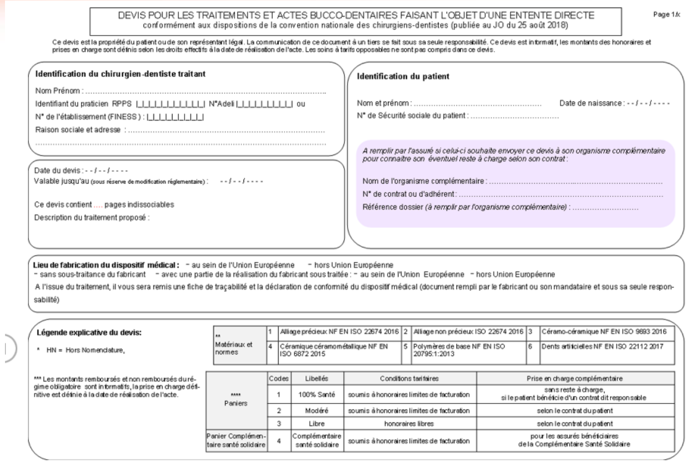
Affichage de la non réalisation de certains actes (métal, CFAO …)

Un seul devis pour un traitement « idéal »

Une information sur les alternatives en RAC0 ou modéré

Description du devis

- Une page administrative



DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE
conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au JO du 25 août 2018)

Page 1/x

Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité. Ce devis est informatif, les montants des honoraires et prises en charge sont définis selon les droits effectifs à la date de réalisation de l'acte. Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis.

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 .... pages indissociables

Description du traitement proposé :

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 connaitre 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)* : ....

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 − hors Union Européenne
A l'issue du traitement, il vous sera remis une fiche de traçabilité et la déclaration de conformité du dispositif médical (document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

Légende explicative du devis:

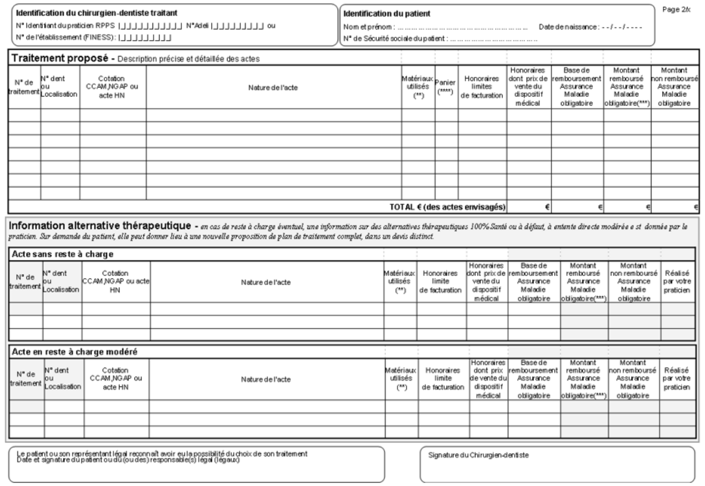
* HN = Hors Nomenclature,

** Matériaux et normes	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	2	Alliage non précieux ISO 22674 2016	3	Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016
	4	Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	5	Polymères de base NF EN ISO 20795:1:2013	6	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017

*** 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.

	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
**** Paniers	1	100% Santé	soumis à honoraires limites de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable
	2	Modéré	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Panier Complémentaire santé solidaire	4	Complémentaire santé solidaire	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire

- Une page de description
  - Traitement proposé
  - Informations sur les éventuelles alternatives.



Identification du chirurgien-dentiste traitant

N° Identifiant du praticien RPPS |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| N°Adeli |_|_|_|_|_|_|_|_|_| ou

N° de l'établissement (FINESS): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Identification du patient

Nom et prénom : .... Date de naissance : - - / - - / - - - -

N° de Sécurité sociale du patient : ....

Page 2/x

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	Matériaux utilisés (**)	Panier (****)	Honoraires limites 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)							€	€	€	€

Information alternative thérapeutique - *en cas de reste à charge éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques 100% Santé ou à défaut, à entente directe modérée est donnée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un devis distinct.*

Acte sans reste à charge

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

Acte en reste à charge modéré

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

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)

Signature du Chirurgien-dentiste

Page administrative

DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE
conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au JO du 25 août 2018)

Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité. Ce devis est informatif, les montants des honoraires et prises en charge sont définis selon les droits effectifs à la date de réalisation de l'acte. Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis.

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Nom Prénom : .....

Identifiant du praticien RPPS |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| N°Adeli |_|_|_|_|_|_|_|_|_| ou

N° de l'établissement (FINESS) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Raison sociale et adresse : .....

.....

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)* : .....

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

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

Ce devis contient .... 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 - hors Union Européenne

A l'issue du traitement, il vous sera remis une fiche de traçabilité et la déclaration de conformité du dispositif médical (document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

Légende explicative du devis:

* HN = Hors Nomenclature,

** Matériaux et normes						
	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	2	Alliage non précieux ISO 22674 2016	3	Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016
	4	Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	5	Polymères de base NF EN ISO 20795:1:2013	6	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017

*** 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.

**** Paniers	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
	1	100% Santé	soumis à honoraires limites de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable
	2	Modéré	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Panier Complémentaire santé solidaire	4	Complémentaire santé solidaire	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire

Page administrative

- Description du devis

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

Ce devis contient |_| pages indissociables

Description du traitement proposé :

- La durée de validité dépend des modifications conventionnelles prévues dans les prochaines années.
- Jusqu'en 2022 des modifications de plafonds, de base de remboursement prévues. Le praticien peut définir sa date de validité personnelle mais le devis doit aussi tenir compte de la réglementation, la limite étant la fin de l'année en cours.

- Description du traitement proposé : description synthétique du plan de traitement.

Page administrative

- Traçabilité

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 - hors Union Européenne

A l'issue du traitement, il vous sera remis une fiche de traçabilité et la déclaration de conformité du dispositif médical (document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

- Si le devis décrit plus d'une prothèse, l'origine de chaque prothèse peut être différente. Ce paragraphe est la synthèse des différentes origines possibles pour informer globalement le patient avant la réalisation du traitement.

- Le détail de chaque origine est fourni par la fiche de traçabilité de chaque prothèse réalisée remise à la fin du traitement.

- Disparition de l'origine France (règles européennes)

Page administrative

- Légende

Légende explicative du devis:

* HN = Hors Nomenclature,

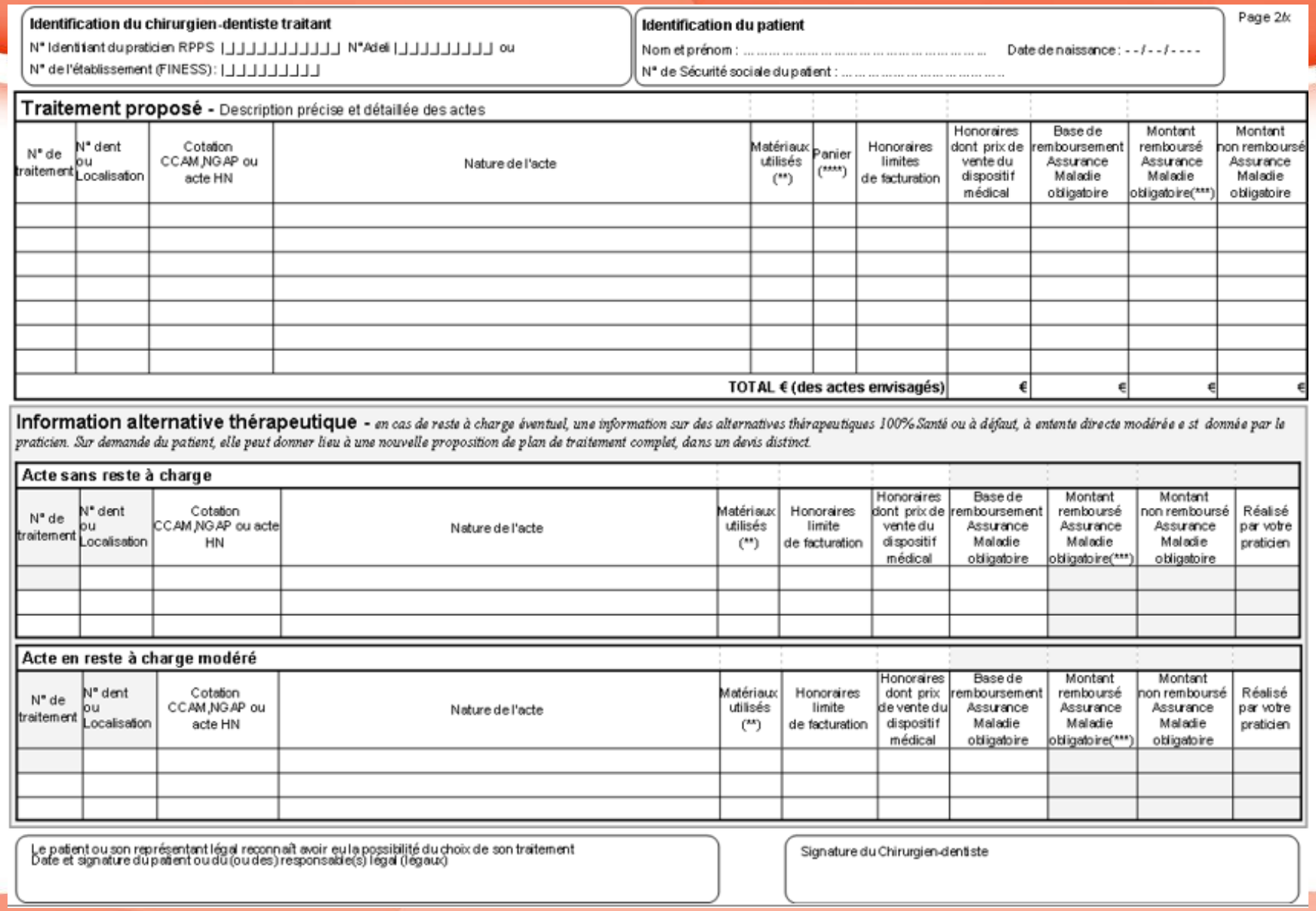
*** Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoire sont informatifs, la prise en charge définitive est définie à la date de réalisation de l'acte.

** Matériaux et normes						
	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	2	Alliage non précieux ISO 22674 2016	3	Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016
	4	Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	5	Polymères de base NF EN ISO 20795:1:2013	6	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017

**** Paniers	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
	1	100% Santé	soumis à honoraires limites de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable
	2	Modéré	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Panier Complémentaire santé solidaire	4	Complémentaire santé solidaire	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire

Les astérisques expliquent les éléments de la 2ème page descriptive

Page de description



Identification du chirurgien-dentiste traitant

N° Identifiant du praticien RPPS |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| N°Adeli |_|_|_|_|_|_|_|_|_| ou

N° de l'établissement (FINESS): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Identification du patient

Nom et prénom : ..... Date de naissance : - - / - - / - - - -

N° de Sécurité sociale du patient : .....

Page 2/x

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	Matériaux utilisés (**)	Panier (****)	Honoraires limites 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)	€	€	€	€

Information alternative thérapeutique - *en cas de reste à charge éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques 100% Santé ou à défaut, à entente directe modérée e st donnée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un devis distinct.*

Acte sans reste à charge

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

Acte en reste à charge modéré

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

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)

Signature du Chirurgien-dentiste

Page de description

Traitement proposé

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	Matériaux utilisés (**)	Panier (****)	Honoraires limites 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)	€	€	€	€

- Il correspond au traitement conseillé après discussion avec le patient (plusieurs devis peuvent toujours être proposés)
- Il comporte tous les actes nécessaires à la réhabilitation de la dent ou de la bouche.

Colonne N°1

Numéro de traitement

- Numérotation 1, 2 etc… pour le traitement d’une dent ou d’une arcade permettant de lier l’éventuelle alternative thérapeutique avec le traitement proposé

Colonne N°2

N° dent
ou
Localisation

- Selon les règles conventionnelles, numérotation selon secteurs, sextants ou numéro des dents

Colonne N°3

Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)

- Inscription du code CCAM correspondant à l'acte effectué et décrit dans la CCAM.
  - Lorsque l'acte est remboursable par l'assurance maladie
  - Lorsque l'acte n'est pas remboursable par l'assurance maladie pour non respect des conditions d'attribution ou de facturation. (NR ou NPC)

- Inscription HN (*) Hors nomenclature lorsque l'acte n'est pas décrit dans la CCAM. Les complémentaires santé utiliseront aussi ce code HN pour traiter à partir du devis leurs réponses d'information de prise en charge.

- Pour les actes d'ODF, inscription de la lettre clé et du coefficient correspondant à l'acte de nomenclature

Colonne N°4

Nature de l'acte

- Description simplifiée du libellé de l'acte
  - pour les actes CCAM, si possible utilisation des libellés courts de la CCAM, livrés dans la base de données (STS) de Sesam Vitale.
  - Pour les actes HN et NGAP, description personnelle.

Colonne N°5

Matériaux utilisés (**)

- Utilisation des codes en chiffre, correspondant au tableau de la légende

** Matériaux et normes	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	2	Alliage non précieux ISO 22674 2016	3	Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016
	4	Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	5	Polymères de base NF EN ISO 20795:1:2013	6	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017

- Cumul possible de plusieurs codes.

Prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents	256

Colonne n°6

Panier
(****)

- Utilisation des codes en chiffres, correspondant au tableau de la légende

	Codes	Libellés
**** Paniers	1	100% Santé
	2	Modéré
	3	Libre
Panier Complémen-taire santé solidaire	4	Complémentaire santé solidaire

Colonne N°7

Honoraires
limite
de facturation

- Inscription du plafond conventionnel pour les actes des paniers RAC0 (100% santé) et modéré.

- Inscription « Aucun »

pour les actes du panier libre

ainsi que les actes RAC0 et modéré non remboursables

Colonne n°8

(A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure*	(B1) Montant des prestations de soins	(B2) Charges de structure	(C=A+B1+B2) Montant des honoraires du devis

Honoraires dont prix de vente du dispositif médical

- C'est l'honoraire total du praticien (somme des 3 anciennes colonnes)
- Dissocié acte par acte
- En euros
- Pour les actes plafonnés, il doit être inférieur ou égal au plafond

Colonne N°9

Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire

- Lorsque l’acte est remboursable
  - inscription du montant correspondant à 100% de la base de remboursement

- Lorsque l’acte n’est pas remboursable (HN,NR,NPC)
  - inscription de NR

Statut des actes/prise en charge

- Remboursable
  - Un code CCAM ou lettre clé et coefficient (colonne 3)
  - Un montant dans la base de remboursement (colonne 9)

- Non remboursable (NR)
  - Un code CCAM ou lettre clé et coefficient (colonne 3)
  - NR dans la base de remboursement (colonne 9)

- Hors nomenclature (HN)
  - HN (colonne 3)
  - NR dans la base de remboursement (colonne 9)

Colonnes N°10

Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire(***)

- Correspond à la base de remboursement x taux de remboursement

- Le taux de remboursement peut être connu par un appel à la lecture des droits en ligne ADRi ou une lecture de la carte vitale.

- Ce montant remboursé du régime obligatoire est informatif, la prise en charge définitive est définie à la date de réalisation de l’acte.

Colonnes N°11

Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire

- Correspond à la différence entre l'honoraire et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (le mot « dépassement » a été supprimé)

- Ce montant est informatif, la prise en charge définitive est définie à la date de réalisation de l'acte.

Information du patient

- Alternative thérapeutique comportant des actes **sans reste à charge** ou avec **reste à charge modéré**, si reste à charge dans le traitement proposé
- L'information contient les actes alternatifs à certains actes du traitement proposé
- Le praticien peut préciser s'il réalise ou non les actes. Dans le cas où il ne les réalise pas, il indique le plafond (colonne 7) , mais pas l'honoraire (colonne 8).

Information alternative thérapeutique - *en cas de reste à charge éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques 100% Santé ou à défaut, à entente directe modérée e st donnée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un devis distinct.*

Acte sans reste à charge

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

Acte en reste à charge modéré

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

Aide à la gestion des alternatives thérapeutiques entre paniers

Devis

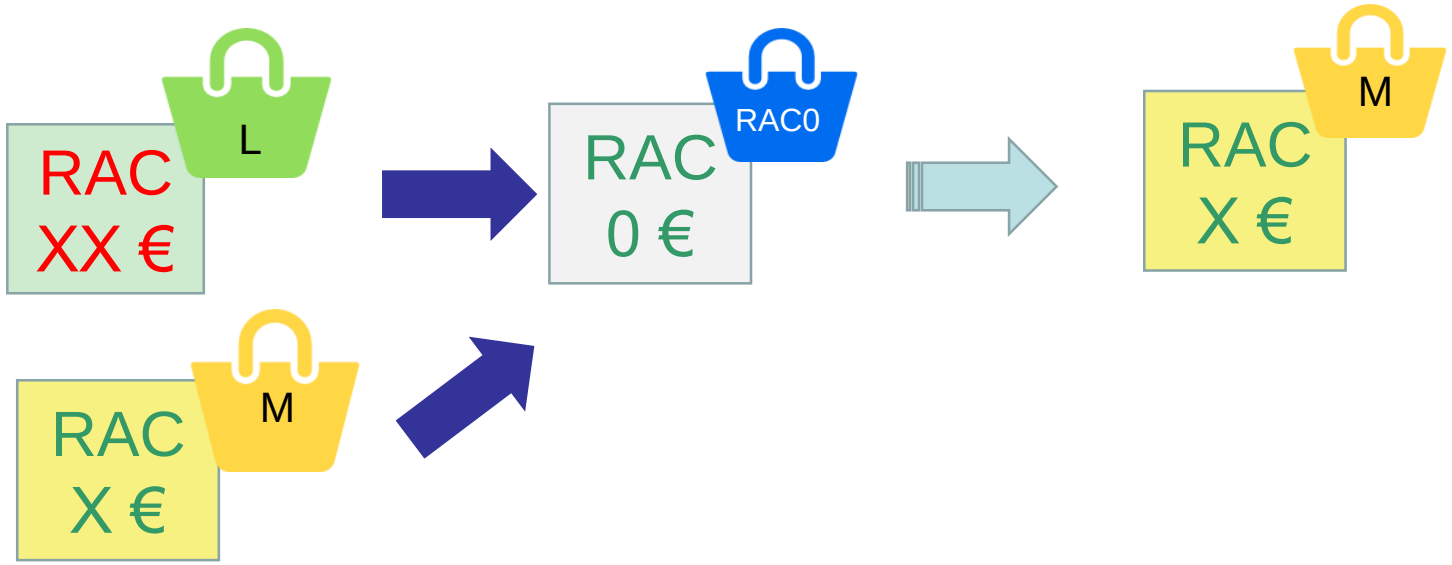
- Alternative ?

  – Si les actes du plan de traitement proposés ont un reste à charge (ne sont pas du panier 100% santé),

    le devis doit informer le patient de l’existence d’actes de substitution limitant le reste à charge : panier 100% santé

    ou à défaut maitrisé.

Définition de l'alternative



Alternative

Simplification de gestion

- Ex :Couronne céramo métallique sur 26

Le praticien remplit le plan de traitement proposé

Traitement proposé			Description précise et détaillée des actes							
Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	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
1	26	HBLD734	Couronne céramo métallique sur molaire	2	3	Aucun	600,00 €	107,50 €	75,25 €	524,75 €
1	26	HBLD46	Couronne transitoire pour couronne panier libre	6	3	Aucun	70,00 €	10,00 €	7,00 €	63,00 €
						TOTAL € (des actes envisagés)	**670,00 €**	117,50 €	82,25 €	587,75 €

Simplification de gestion

- Le logiciel effectue le choix

Le choix de l'acte alternatif est effectué selon le tableau de correspondance

L’acte alternatif inscrit dans l'information doit être remboursable

TRAITEMENT PROPOSE					→	INFORMATION ALTERNATIVE THERAPEUTIQUE			
Couronnes dentoportées									
Dents	Code	Libellé	Panier	Type		Code	Libellé	Panier	Type
Molaires	HBLD318	Pose d’une couronne en alliage précieux	L	NE		HBLD038	Pose d’une couronne en alliage non précieux	S	NE
						HBLD073	Pose d’une couronne monolithique zircone	M	E
Molaires	HBLD318	Pose d’une couronne céramo métallique en alliage précieux	L	E		HBLD038	Pose d’une couronne en alliage non précieux	S	NE
						HBLD073	Pose d’une couronne monolithique zircone	M	E
Molaires	HBLD734	Pose d’une couronne céramo métallique en alliage non précieux	L	E		HBLD038	Pose d’une couronne en alliage non précieux	S	NE
						HBLD073	Pose d’une couronne monolithique zircone	M	E
Molaires	HBLD073	Pose d’une couronne monolithique zircone	M	E		HBLD038	Pose d’une couronne en alliage non précieux	S	NE
Molaires	HBLD158	Pose d’une couronne monolithique Hors zircone	M	E		HBLD038	Pose d’une couronne en alliage non précieux	S	NE
						HBLD073	Pose d’une couronne monolithique zircone	M	E
Molaires	HBLD403	Pose d’une couronne céramo céramique	L	E		HBLD038	Pose d’une couronne en alliage non précieux	S	NE
						HBLD073	Pose d’une couronne monolithique zircone	M	E

Simplification de gestion

- Le logiciel effectue le choix

L'acte alternatif est choisi en priorité dans le panier 100% santé, puis dans le panier modéré

INFORMATION ALTERNATIVE THERAPEUTIQUE			
HBLD038	Pose d'une couronne en alliage non précieux	S	NE
HBLD073	Pose d'une couronne monolithique zircone	M	E

HBLD038 couronne métallique est le seul choix du panier 100% santé

Simplification de gestion

- Le logiciel effectue le choix

Si plusieurs actes alternatifs sont possibles dans le même panier, le choix doit se faire selon le type de matériau le plus proche esthétiquement.

Si l'acte alternatif trouvé n'est plus ou jamais réalisé par le praticien, il est inscrit comme information sur le devis sans honoraires, sans montant non remboursable, NON dans la colonne "réalisé par votre praticien", un nouveau choix alternatif est fait parmi les actes réalisés au cabinet et inscrit dans l'information, s'il existe .

.

.

Paramétrage dans le logiciel : Acte n'est plus ou jamais réalisé au cabinet dentaire OUI/NON

Simplification de gestion

– Si l’acte est réalisé au cabinet dentaire

validation du praticien et lignes remplies automatiquement

Fin de la procédure

Actes sans reste à charge

Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	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
1	26	HBLD038	Couronne métallique sur molaire	2	290,00 €	290,00 €	120,00 €	84,00 €	206,00 €	OUI
1	26	HBLD490	Couronne transitoire pour couronne panier sans reste à charge	6	60,00 €	60,00 €	10,00 €	7,00 €	53,00 €	OUI

Simplification de gestion

Si l’acte alternatif trouvé n’est plus ou jamais réalisé au cabinet

il est inscrit comme information sur le devis, ligne remplie automatiquement avec NON

un nouveau choix alternatif réalisé au cabinet est proposé, s’il existe

Actes sans reste à charge

Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	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
1	26	HBLD038	Couronne métallique sur molaire	2	290,00 €		120,00 €	84,00 €		NON
1	26	HBLD490	Couronne transitoire pour couronne panier sans reste à charge	6	60,00 €		10,00 €	7,00 €		NON

Simplification de gestion

Recherche d'une autre alternative réalisée

L'acte alternatif est choisi en priorité dans le panier 100% santé, puis dans le panier modéré

INFORMATION ALTERNATIVE THERAPEUTIQUE			
HBLD038	Pose d'une couronne en alliage non précieux	S	NE
HBLD073	Pose d'une couronne monolithique zircone	M	E

HBLD073 couronne zircone, est le second choix possible

Simplification de gestion

Validation par le praticien et lignes remplies automatiquement

Actes sans reste à charge

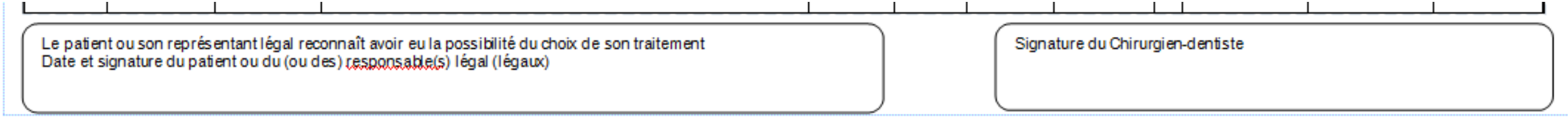
Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien
1	26	HBLD038	Couronne métallique sur molaire	2	290,00 €		120,00 €	84,00 €		NON
1	26	HBLD490	Couronne transitoire pour couronne panier sans reste à charge	6	60,00 €		10,00 €	7,00 €		NON

Actes en reste à charge modéré

Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	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
1	26	HBLD073	Couronne zircone sur molaire	3	500,00 €	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	OUI
1	26	HBLD724	Couronne transitoire pour couronne panier modéré	6	60,00 €	60,00 €	10,00 €	7,00 €	53,00 €	OUI

Signature

- Choix du patient
  - Le devis ne comporte pas encore de choix et n’a pas à être signé par le patient pour envoi à la complémentaire pour information du calcul de ses prestations



  - A la suite de sa décision, le patient signe le devis
  - S’il choisit un acte figurant dans le pavé « information », un nouveau devis est réalisé où l’acte changera de pavé (information > traitement proposé)

Exemple 1

Dent n°11

- Une couronne transitoire
- Un inlay-core
- Une couronne définitive céramo métallique non précieux

Exemple 1

Traitement proposé Description précise et détaillée des actes

Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Panier (****)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix devente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance maladie obligatoire
1	21	HBLD634	Couronne céramo métallique sur incisive, canine ou prémolaire	3	1	500,00 €	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €
1	21	HBLD490	Couronne transitoire pour couronne sans reste à charge	6	1	60,00 €	60,00 €	10,00 €	7,00 €	53,00 €
1	21	HBLD090	Inlay core sans reste à charge	2	1	175,00 €	175,00 €	90,00 €	63,00 €	112,00 €
				TOTAL € (des actes envisagés)			735,00 €	220,00 €	154,00 €	581,00 €

Inform ... nte directe mod

Actes ...

**** Panier	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
Panier Complémen-taire santé solidaire	4	Complémentaire santé solidaire	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire

** Matériaux et normes						
	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	2	Alliage non précieux ISO 22674 2016	3	Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016
	4	Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	5	Polymères de base NF EN ISO 20795:1:2013	6	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017

Numéro d traitemen ... Réalisé par votre praticien

médical

Actes en reste à charge modéré

Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix devente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien

Exemple 2

Dent n°11

- Une couronne transitoire
- Un inlay-core
- Une couronne définitive céramo céramique

Exemple 2

Traitement proposé Description précise et détaillée des actes

Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Panier (****)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix devente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance maladie obligatoire
1	11	HBLD403	Couronne céramo céramique	4	3	Aucun	700,00 €	107,50 €	75,25 €	624,75 €
1	11	HBLD490	Couronne transitoire pour couronne panier libre	6	3	Aucun	70,00 €	10,00 €	7,00 €	63,00 €
1	11	HBLD090	Inlay core du panier libre	2	3	Aucun	250,00 €	90,00 €	63,00 €	187,00 €
						TOTAL € (des actes envisagés)	**1 020,00 €**	207,50 €	145,25 €	874,75 €

Information alternative thérapeutique

Actes sans reste à charge

Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix devente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien
1	11	HBLD634	Couronne céramo métallique sur incisive, canine ou prémolaire	3	500,00 €	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	Oui
1	11	HBLD490	Couronne transitoire pour couronne sans reste à charge	6	60,00 €	60,00 €	10,00 €	7,00 €	53,00 €	Oui
1	11	HBLD090	Inlay core sans reste à charge	2	175,00 €	175,00 €	90,00 €	63,00 €	112,00 €	Oui

Actes en reste à charge modéré

Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Réalisé par votre praticien	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix devente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance maladie obligatoire

Exemple 3

- Dent 11
  - Une couronne transitoire
  - Un inlay-core
  - Une couronne définitive céramo céramique

- Dents 34 35 36 37
  - Prothèse adjointe stellite 4 dents

Exemple 3 en 2020

Traitement proposé Description précise et détaillée des actes

Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Panier (****)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix devente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance maladie obligatoire
1	11	HBLD403	Couronne céramo céramique	4	3	Aucun	700,00 €	107,50 €	75,25 €	624,75 €
1	11	HBLD490	Couronne transitoire pour couronne panier libre	6	3	Aucun	70,00 €	10,00 €	7,00 €	63,00 €
1	11	HBLD090	Inlay core du panier libre	2	3	Aucun	250,00 €	90,00 €	63,00 €	187,00 €
2	34 35 36 37	HBLD332	prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents	256	2	Aucun	1 200,00 €	204,25 €	142,98 €	1 057,03 €
						TOTAL € (des actes envisagés)	**2 220,00 €**	411,75 €	288,23 €	1 931,78 €

Information alternative thérapeutique

Actes sans reste à charge

Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix devente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien
1	11	HBLD634	Couronne céramo métallique sur incisive, canine ou prémolaire	3	500,00 €	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	Oui
1	11	HBLD490	Couronne transitoire pour couronne sans reste à charge	6	60,00 €	60,00 €	10,00 €	7,00 €	53,00 €	Oui
1	11	HBLD090	Inlay core sans reste à charge	2	175,00 €	175,00 €	90,00 €	63,00 €	112,00 €	Oui

Actes en reste à charge modéré

Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Réalisé par votre praticien	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix devente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance maladie obligatoire

Exemple 4

- Dent 15
  - Une couronne transitoire
  - Un inlay-core
  - Une couronne définitive Hors zircone

Exemple 4

Traitement proposé Description précise et détaillée des actes

Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Panier (****)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix devente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance maladie obligatoire
1	15	HBLD158	Couronne Hors zircone sur 2ème prémolaire ou molaire	3	2	550,00 €	550,00 €	120,00 €	84,00 €	466,00 €
1	15	HBLD724	Couronne transitoire pour couronne panier modéré	6	2	60,00 €	60,00 €	10,00 €	7,00 €	53,00 €
1	15	HBLD745	Inlay core du panier modéré	2	2	175,00 €	175,00 €	90,00 €	63,00 €	112,00 €
						TOTAL € (des actes envisagés)	**785,00 €**	220,00 €	154,00 €	631,00 €

Information alternative thérapeutique

Actes sans reste à charge

Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix devente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien
1	15	HBLD350	Couronne zircone sur incisive, canine ou prémolaire	3	500,00 €	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	OUI
1	15	HBLD490	Couronne transitoire pour couronne sans reste à charge	6	60,00 €	60,00 €	10,00 €	7,00 €	53,00 €	OUI
1	15	HBLD090	Inlay core sans reste à charge	2	175,00 €	175,00 €	90,00 €	63,00 €	112,00 €	OUI

Actes en reste à charge modéré

Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix devente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien

Exemple 5

- Dent 31
  - Implant
  - Infrastructure coronaire
  - Couronne implantoportée céramocéramique

Exemple 5

Traitement proposé Description précise et détaillée des actes

Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	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
1	31	LBLD015	Pose d'un implant	2	3	Aucun	800,00 €	NR	0,00 €	800,00 €
1	31	LAPB002	Dégagement et activation d'un implant		3	Aucun	200,00 €	NR	0,00 €	200,00 €
1	31	HBLD012	Infrastructure coronaire sur un implant	2	3	Aucun	300,00 €	NR	0,00 €	300,00 €
1	31	HBLD418	Couronne sur un implant	3	3	Aucun	650,00 €	107,50 €	75,25 €	574,75 €
						TOTAL € (des actes envisagés)	**1 950,00 €**	107,50 €	75,25 €	1 874,75 €

Information alternative thérapeutique

Actes sans reste à charge

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

Actes en reste à charge modéré

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

Exemple 6

- Dent 85
  - Couronne sur dent temporaire

Exemple 6

Traitement proposé Description précise et détaillée des actes

Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	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
1	85	HN	Pose d'une couronne préformée ou préfabriquée sur dents temporaires	2	3	Aucun	200,00 €	NR	0,00 €	200,00 €
						TOTAL € (des actes envisagés)	**200,00 €**	- €	0,00 €	200,00 €

Information alternative thérapeutique

Actes sans reste à charge

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

Actes en reste à charge modéré

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

Exemple 7

Bridge 5 dents

- Un bridge transitoire
- Un bridge de base
- Un élément intermédiaire supplémentaire
- Un pilier supplémentaire

Exemple 7

Traitement proposé Description précise et détaillée des actes

Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	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
1	23 24 25	HBLD034	Bridge transitoire	6	3	Aucun	420,00 €	NR	0,00 €	420,00 €
2	23 24 25	HBLD227	Bridge 2 piliers et 1 intermédiaire céramo métallique	4	2	Aucun	1 800,00 €	279,50 €	195,65 €	1 604,35 €
3	26	HBMD479	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire céramo métallique [2e inter de bridge]	4	3	Aucun	600,00 €	0,10 €	0,07 €	599,93 €
4	27	HBMD087	Adjonction d'un pilier d'ancrage céramométallique [pilier de bridge]	4	3	Aucun	600,00 €	107,50 €	75,25 €	524,75 €
						TOTAL € (des actes envisagés)	**3 420,00 €**	387,10 €	270,97 €	3 149,03 €

Information alternative thérapeutique

Actes sans reste à charge

Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	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
2	23 24 25	HBLD033	Bridge 2 piliers et 1 intermédiaire métallique	2	870,00 €	870,00 €	279,50 €	195,65 €	674,35 €	OUI

Actes en reste à charge modéré

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

Exemple 8

Dent 26

- Couronne céramo métallique
- Couronne transitoire

- Abandon de la réalisation de couronne métallique au cabinet dentaire

Exemple 8

Traitement proposé			Description précise et détaillée des actes							
Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	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
1	26	HBLD734	Couronne céramo métallique sur molaire	2	3	Aucun	600,00 €	107,50 €	75,25 €	524,75 €
1	26	HBLD46	Couronne transitoire pour couronne panier libre	6	3	Aucun	70,00 €	10,00 €	7,00 €	63,00 €
						TOTAL € (des actes envisagés)	**670,00 €**	117,50 €	82,25 €	587,75 €

Information alternative thérapeutique

Actes sans reste à charge

Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	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
1	26	HBLD038	Couronne métallique sur molaire	2	290,00 €		120,00 €	84,00 €		NON
1	26	HBLD490	Couronne transitoire pour couronne panier sans reste à charge	6	60,00 €		10,00 €	7,00 €		NON

Actes en reste à charge modéré

Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	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
1	26	HBLD073	Couronne zircone sur molaire	3	500,00 €	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	OUI
1	26	HBLD724	Couronne transitoire pour couronne panier modéré	6	60,00 €	60,00 €	10,00 €	7,00 €	53,00 €	OUI

Exemple 9

- Dent 11
  - Couronne céramo métallique
  - Couronne transitoire
  - Raison esthétique

Ne remplit pas les conditions d'attribution -> NRCA -> NR
Acte du panier RAC0 à traiter comme un acte du panier libre
Code CCAM reste identique
Mais pas de plafond
Associée avec Cr transitoire du panier libre
Pas d'alternative

Exemple 9

Traitement proposé Description précise et détaillée des actes

Numéro de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM,NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	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
1	11	HBLD634	Couronne céramo métallique sur incisive, canine ou prémolaire	3	1	Aucun	580,00 €	NR	0,00 €	580,00 €
1	11	HBLD490	Couronne transitoire pour couronne panier libre	6	3	Aucun	70,00 €	10,00 €	7,00 €	63,00 €
				TOTAL € (des actes envisagés)			650,00 €	10,00 €	7,00 €	643,00 €

Information alternative thérapeutique

Actes sans reste à charge

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

Actes en reste à charge modéré

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

Merci de votre attention !

☺