

Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS ET DES FAMILLES

**Avis relatif à l'avenant n° 1 à la convention nationale organisant les rapports
entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie signée le 21 juillet 2023**

NOR : TSSS2501217V

A fait l'objet d'une approbation, en application des dispositions de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, l'avenant n° 1 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, signé le 4 juillet 2024 par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), le président de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) et le président des Chirurgiens-dentistes de France (CDF).

AVENANT N° 1

À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS
ENTRE LES CHIRURGIENS-DENTISTES LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE

Entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, représentée par M. Thomas FATOME (directeur général),

Et :

Les chirurgiens-dentistes de France, représentés par Dr Pierre-Olivier DONNAT (président).

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

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

Il a été convenu ce qui suit :

Les parties signataires du présent avenant conviennent que la convention nationale susvisée, signée le 21 juillet 2023, est modifiée par les dispositions suivantes.

Préambule

La convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie signée le 21 juillet 2023 se distingue par son approche nouvelle, axée sur la prévention, avec l'ambition forte de parvenir à une génération « sans carie ». Pour atteindre cet objectif, le présent avenant propose d'étendre l'application de certaines dispositions du dispositif « génération sans carie » aux patients âgés de moins de 3 ans, de décaler d'un an à chaque premier janvier la limite d'âge supérieur de la « génération sans carie » (actuellement fixée à 24 ans) et de permettre aux chirurgiens-dentistes de réaliser davantage d'actes de prévention durant l'examen bucco-dentaire.

Cet avenant définit également la rémunération horaire de la régulation téléphonique dans les centres 15 aux horaires de la permanence de soins dentaires (dimanche et jours fériés). En effet, l'expérimentation autorisant l'intervention des chirurgiens-dentistes dans les centres 15 comme régulateurs téléphoniques a été généralisée et intégrée dans le droit commun grâce à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. Cette régulation téléphonique permettra de mieux orienter et accompagner les patients sollicitant les centres 15 pour une affection relevant de l'odontologie.

Par ailleurs, cet avenant s'inscrit dans une démarche de promotion des enjeux environnementaux dans le domaine de la santé. Les partenaires conventionnels souhaitent en effet s'engager en faveur de la lutte contre l'antibiorésistance en mettant à disposition des outils qui permettront aux chirurgiens-dentistes d'adapter leur pratique en matière de prescription d'antibiotiques.

Enfin, cet avenant introduit la télémédecine bucco-dentaire dans la pratique des dentistes à destination des personnes éloignées du système de soins ou présentant des suspicions de pathologies dentaires graves et/ou rares. Les partenaires conventionnels s'accordent en effet à ouvrir le recours à la télé-expertise :

- dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et les établissements accueillant des personnes en situation de handicap afin d'améliorer l'accès aux soins dentaires pour ces patients qui peuvent présenter des difficultés à se déplacer dans les cabinets dentaires ;
- entre chirurgiens-dentistes, ou entre un chirurgien-dentiste et un médecin spécialiste pour les patients présentant une suspicion de cancer oral ou de maladie rare à répercussion ou manifestation orale ou dentaire dans l'objectif de réduire les délais de prise en charge pour ces patients.

L'objectif est d'améliorer l'accès aux soins dentaires pour ces patients qui peuvent présenter des difficultés à se déplacer dans les cabinets dentaires et de réduire les délais de prise en charge pour les patients présentant une suspicion de cancer oral ou d'une maladie rare à répercussion ou manifestation orale ou dentaire.

Partie I

DISPOSITIONS RELATIVES À LA « GÉNÉRATION SANS CARIE »

Article 1^{er}

Modification de l'âge des bénéficiaires des soins dispensés à la cohorte de la « génération sans carie » et extension de la prise en charge du vernis fluoré et de la majoration soins conservateurs aux patients âgés de 1 à 3 ans

1° A l'article 23 du titre II, au treizième alinéa, les mots : « à tous les patients âgés de 3 ans à 24 ans » sont remplacés par les mots : « à la cohorte « génération sans carie » selon les conditions définies à l'article 24.1 du titre III de la présente convention ».

2° A l'article 24 du sous-titre I, du titre III :

a) Au premier alinéa, les mots : « les examens de prévention en les annualisant » sont remplacés par les mots : « avec des examens de prévention annualisés » ;

b) Au premier alinéa, les mots : « âgée au départ de 3 à 24 ans » sont supprimés ;

3° Les dispositions de l'article 24.1 sont remplacées par le paragraphe suivant :

« Le dispositif de prévention "génération sans carie" s'articule autour :

« – d'un examen bucco-dentaire annualisé ;

« – d'une majoration des soins conservateurs et d'une prise en charge de l'application de vernis fluoré.

« L'EBD s'adresse aux patients âgés de 3 à 24 ans inclus.

« Pour la majoration des soins conservateurs et la prise en charge de l'application de vernis fluoré, les partenaires conventionnels s'accordent pour :

« – augmenter à chaque premier janvier l'âge limite de la cohorte d'un an jusqu'à l'échéance de la présente convention ;

« – intégrer à cette cohorte les enfants à partir de 1 an.

« Ainsi, à partir de janvier 2025, ces dispositions concerneront les patients âgés de 1 à 25 ans et chaque année, la limite supérieure est augmentée pour intégrer, à partir du 1^{er} janvier 2028, les patients âgés de 1 à 28 ans. »

Article 2

Modification des règles de cumul d'actes pouvant être réalisés dans le cadre de l'EBD

A l'article 24.2.1.1 du titre III, les 9^e et 10^e alinéa sont remplacés par les alinéas suivants :

« Il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

« L'examen bucco-dentaire peut être associé à la réalisation d'un acte complémentaire (annexe XI). De manière dérogatoire, si cet acte est un acte de détartrage et polissage des dents (HBJD001), le professionnel peut également réaliser en sus et si nécessaire un acte d'application de vernis fluoré sur les deux arcades dentaires (HBLD045). »

Article 3

Distinction des soins complémentaires et consécutifs de l'EBD et conditionnement de la facturation à la saisie des résultats de l'EBD dans un téléservice

Le sous-titre I du titre III est ainsi modifié :

1° Au titre de l'article 24.2.1.2, après le mot : « complémentaires », sont insérés les mots : « et consécutifs » ;

2° Le premier alinéa de l'article 24.2.1.2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les soins réalisés pendant l'examen de prévention bucco-dentaire sont dits « complémentaires ».

« Les soins programmés sur une ou plusieurs séances postérieures à l'examen de prévention sont dits « consécutifs ».

« Les soins consécutifs et complémentaires sont définis à l'annexe XI de la présente convention.

« Les patients bénéficient d'une dispense d'avance de frais lorsque ces soins sont réalisés dans un délai de 6 mois suivants la date de l'examen de prévention bucco-dentaire et en conséquence, les chirurgiens-dentistes bénéficient d'une garantie de paiement » ;

3° A l'article 24.2.1.3 :

- a) Au premier alinéa, les mots : « et aux soins complémentaires » sont remplacés par les mots : « , aux soins complémentaires et aux soins consécutifs » ;
- b) Au second alinéa, les mots : « ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires » sont remplacés par les mots « sont opposables » ;
- c) Au septième alinéa, les mots : « BDC » sont remplacés par « BDA » ;
- d) Au huitième alinéa, les mots : « BR2 » sont remplacés par « BDB » ;
- e) Au neuvième alinéa, les mots : « BR4 » sont remplacés par « BDD » ;
- f) Au dixième alinéa, les mots : « BRP » sont remplacés par « BDP » ;
- g) Au douzième alinéa, après le mot : « cumulable » est inséré le mot suivant : « (BDH) » ;
- h) Sont ajoutés un treizième et quatorzième alinéas rédigés comme suit :

« La facturation d'un examen de prévention bucco-dentaire avec ou sans radiographie est conditionnée à la saisie par le chirurgien-dentiste des résultats de cet examen dans le téléservice décrit à l'article 24.2.1.4 dès lors que ce téléservice sera intégré au logiciel du chirurgien-dentiste ou au plus tard au 30 juin 2025.

« Le chirurgien-dentiste ne peut facturer par an (année civile) qu'un seul examen bucco-dentaire par patient. »

Article 4

Renseignements des résultats de l'examen bucco-dentaire dans un téléservice

Les dispositions de l'article « 24.2.1.4 – Modalités pratiques » sont complétées par les dispositions suivantes :

« Chaque année, à partir du 1^{er} janvier 2025, l'assuré ou l'ayant droit reçoit de la caisse d'assurance maladie dont il relève une invitation par courrier papier ou par voie dématérialisée en fonction de son âge l'incitant à réaliser l'examen bucco-dentaire annuel.

« Lors de la réalisation de cet examen, le chirurgien-dentiste est invité à saisir les données de santé bucco-dentaire de son patient dans le téléservice dédié (sous Ameli Pro ou dans le logiciel du chirurgien-dentiste).

« Les données saisies par le chirurgien-dentiste pendant l'examen bucco-dentaire viendront alimenter d'une part, « Mon espace santé » et d'autre part, une base de données permettant de réaliser un suivi de l'indice carieux des patients ayant bénéficié d'un examen bucco-dentaire. »

Article 5

Dispositions relatives aux femmes enceintes

1° A l'article 26 du titre III, après les mots : « jusqu'à 6 mois » est inséré le mot : « inclus » ;

2° L'article 27 est ainsi modifié :

a) Est ajouté un sixième alinéa rédigé comme suit :

« – l'établissement d'un éventuel plan de traitement ou programme de soins » ;

b) Au huitième alinéa devenu le neuvième alinéa, les mots : « et avec port d'un tablier de plomb » sont supprimés ;

c) Le neuvième alinéa est supprimé ;

3° A l'article 28, après le premier alinéa est inséré l'alinéa suivant :

« Le chirurgien-dentiste ne peut facturer qu'un seul examen bucco-dentaire (EBD) par patiente durant sa maternité. » ;

4° Les dispositions de l'article 29 sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Au 4^e mois de grossesse, la caisse d'assurance maladie dont l'assurée relève lui adresse par courrier papier ou par voie dématérialisée une invitation à participer à cet examen de prévention.

« Pour bénéficier des avantages du dispositif, la femme enceinte consulte le chirurgien-dentiste de son choix, à compter de son 4^e mois de grossesse et ce, jusqu'au 6^e mois inclus après l'accouchement. Elle présente l'invitation, en format papier ou dématérialisée disponible sur son espace Ameli, identifiée à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

« Lors de la réalisation de cet examen, le chirurgien-dentiste doit saisir les données de l'état de santé bucco-dentaire de la patiente dans le téléservice dédié (disponible sous Ameli Pro ou dans logiciel du chirurgien-dentiste). Ces données permettront d'assurer un suivi de l'état de santé orale des assurées vues dans le cadre des examens bucco-dentaires (EBD) et d'enrichir "Mon espace santé".

« La facturation de l'EBD de la femme enceinte avec ou sans radiographie est conditionnée à la saisie par le chirurgien-dentiste des résultats de cet examen dans le téléservice décrit à l'article 24.2.1.4 dès lors que ce téléservice sera intégré au logiciel du chirurgien-dentiste ou au plus tard au 30 juin 2025. »

Article 6

Autres dispositions relatives à la « génération sans carie »

1° A l'article 24.2.2 du titre III :

- a) Au premier alinéa, les mots après : « soins conservateurs » sont remplacés par les mots : « réalisés auprès de la cohorte “génération sans carie” définie à l'article 24.1 du titre III de la présente convention sont majorés. » ;
- b) Au dernier alinéa, les mots : « à des âges postérieurs » sont remplacés par les mots suivants : « à partir d'un âge que les partenaires conventionnels définiront ultérieurement au regard des recommandations scientifiques » ;

2° A l'article 24.3 du titre III :

- a) Au premier alinéa, les mots : « au fil du temps » sont remplacés par les mots : « de la cohorte “génération sans carie”. » ;
- b) A la première phrase du sixième alinéa, après les mots : « la réalisation de l'EBD », le reste de la phrase est remplacée par les mots : « dans le téléservice dédié ».

Partie II

VALORISATION DE LA RÉGULATION TÉLÉPHONIQUE DANS LES CENTRES 15 ET CONSULTATION D'URGENCE

Article 7

Valorisation tarifaire de la régulation téléphonique réalisée aux horaires de la permanence des soins dentaires en coordination avec les centres de régulation des appels du SAMU et du SAS

Au sous-titre III du titre V, après l'article 39, est inséré un article 39 bis « Rémunération de la régulation téléphonique » rédigé comme suit :

« Article 39 bis « Rémunération de la régulation téléphonique

« Un chirurgien-dentiste libéral intervenant au titre de la régulation téléphonique mentionnée à l'article L. 6311-2 du code de la santé publique, durant les horaires de la permanence des soins dentaires, bénéficie d'une rémunération de 90 euros par heure.

« Ces dispositions s'appliquent sous réserve de la publication des textes d'application prévus à l'article L. 6311-2 du code de la santé publique.

« Les partenaires conventionnels suivront dans le cadre de la CPN, la montée en charge du dispositif de régulation et ses conséquences en terme d'effectif dans l'objectif de maintenir un modèle économique équilibré. »

Partie III

DÉVELOPPEMENT ET PROMOTION DES DÉMARCHES ÉCORESPONSABLES DANS LES CABINETS DENTAIRE

Article 8

Promotion des démarches éco-responsables dans les cabinets dentaires

Après le titre IX, est inséré un titre X intitulé « Développement et promotion des démarches éco-responsables dans les cabinets dentaires » rédigé comme suit :

« TITRE X

« Développement et promotion des démarches éco-responsables dans les cabinets dentaires

« Article 57

« Améliorer la pertinence et la sobriété de la prescription des antibiotiques en odontologie

« L'essor de l'antibiorésistance, largement corrélé au mauvais usage et à la surconsommation d'antibiotiques, représente un enjeu majeur de santé publique.

« Les partenaires conventionnels souhaitent s'engager en faveur de la lutte contre l'antibiorésistance en permettant à terme, à chaque chirurgien-dentiste libéral, de pouvoir disposer d'un profil annuel sous la forme de trois indicateurs individuels de pertinence de leurs prescriptions d'antibiotiques.

« Ces indicateurs ont été créés pour estimer la pertinence des prescriptions d'antibiotiques et accompagner les praticiens à analyser leur pratique. Ils ciblent le choix de la molécule antibiotique et ont été construits en accord avec les recommandations de l'ANSM.

« Pour chaque indicateur, le chirurgien-dentiste disposera de son résultat individuel et d'une cible à atteindre.

« Les indicateurs sont les suivants :

« **1° Indicateur de pertinence relatif aux prescriptions de l'amoxicilline et de l'association amoxicilline + acide clavulanique**

« *Objectifs* :

- « 1) Diminuer le nombre de prescriptions de l'association amoxicilline et acide clavulanique ;
- « 2) Améliorer le recours en 1^{re} intention à l'amoxicilline.

« *Description* : Ratio du nombre de prescriptions d'amoxicilline sur le nombre de prescriptions de l'association amoxicilline + acide clavulanique, exprimés en nombre de consommant (NBC). Un consommant correspondant à un individu unique ayant bénéficié d'au moins un remboursement de la spécialité donnée sur la période de référence. Pour les antibiotiques, médicaments associés à une prescription ponctuelle, cette unité est quasi équivalente au nombre de prescriptions.

« *Numérateur* : Nombre de prescriptions d'amoxicilline.

« *Dénominateur* : Nombre de prescriptions de l'association amoxicilline/acide clavulanique.

« *Période de référence* : 12 mois en année civile.

« *Objectif cible* : Ratio supérieur à 10.

« **2° Indicateur de pertinence relatif aux prescriptions peu recommandée en odontologie (association spiramycine + métronidazole, pristinamycine et doxycycline).**

« *Objectif* : Diminuer le nombre de prescriptions d'antibiotiques peu recommandées en odontologie : association spiramycine + métronidazole, pristinamycine et doxycycline.

« *Description* : Pourcentage des prescriptions d'antibiotiques peu recommandés en odontologie (peu d'indications, indication uniquement en seconde intention), exprimées en nombre de consommant (NBC). Un consommant correspondant à un individu unique ayant bénéficié d'au moins un remboursement de la spécialité donnée sur la période de référence. Pour les antibiotiques, médicaments associés à une prescription ponctuelle, cette unité est quasi équivalente au nombre de prescriptions.

« *Numérateur* : Nombre total des prescriptions de l'association spiramycine + métronidazole et de la pristinamycine et de la doxycycline

« *Dénominateur* : nombre total de prescriptions d'antibiotiques (toutes classes confondues prescrites par le praticien)

Période de référence : 12 mois en année civile.

Objectif cible : pourcentage inférieur à 5 %

3° Indicateur de pertinence relatif aux prescriptions d'antibiotiques non recommandés en odontologie

« *Objectif* : Réduire le nombre de prescription d'antibiotiques non recommandés en odontologie

« *Description* : Pourcentage des prescriptions d'antibiotiques non recommandés en odontologie, exprimées en nombre de consommant (NBC). Un consommant correspondant à un individu unique ayant bénéficié d'au moins un remboursement de la spécialité donnée sur la période de référence. Pour les antibiotiques, médicaments de prescription ponctuelle, cette unité est quasi équivalente au nombre de prescriptions.

« *Numérateur* : Nombre de prescriptions d'antibiotiques non recommandés en odontologie.

« *Dénominateur* : Nombre total de prescriptions d'antibiotiques (toutes classes confondues prescrites par le praticien)

« *Période de référence* : 12 mois en année civile.

« *Objectif cible* : Pourcentage inférieur à 1 %. »

Partie IV

**INTRODUCTION DE LA TÉLÉEXPERTISE
DANS LA PRATIQUE DES CHIRURGIENS-DENTISTES****Article 9***Introduction de la téléexpertise*

Après le titre X, est inséré un titre XI intitulé « Le développement du recours à la télémédecine bucco-dentaire » rédigé comme suit :

« TITRE XI

« *Le développement du recours à la télémédecine bucco-dentaire*

« Article 58

« *La téléexpertise*

« Les partenaires conventionnels proposent d'autoriser la télé-expertise dans les situations suivantes :

- « 1) Dans le cadre d'une sollicitation d'une télé-expertise pour une personne accueillie au sein d'un établissement médico-social mentionné au 6° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles par un professionnel de santé de la structure ;
- « 2) Dans le cadre d'une suspicion de cancer oral ou d'une maladie rare à répercussion ou manifestation orale ou dentaire par un chirurgien-dentiste.

« Article 58.1

« *Définition*

« La téléexpertise a pour objet de permettre à un professionnel de santé de solliciter l'avis à distance d'un professionnel médical en raison de sa formation ou de ses compétences particulières susceptibles de répondre à la question posée, sur la base d'informations de santé liées à la prise en charge d'un patient.

« En dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis donné par le professionnel médical requis peut porter sur une question circonscrite ou sur l'exposition d'une situation complexe et l'analyse d'au moins un ou plusieurs types de documents transmis en appui par le professionnel de santé requérant.

« Article 58.1.1

« *Télé-expertise requise par un établissement médico-social*

« Dans le cadre de la présente convention, est entendue comme téléexpertise, l'expertise sollicitée par un professionnel de santé d'un établissement médico-social dit « requérant » et donnée par un chirurgien-dentiste ou un chirurgien-dentiste spécialiste dit « requis », en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'informations ou d'éléments médicaux liés à la prise en charge d'un patient et ce, hors de la présence de ce dernier.

« Le requis peut refuser de réaliser la télé-expertise, notamment si elle ne relève pas de son champ d'expertise. »

« Article 58.1.2

« *Télé-expertise requise par un chirurgien-dentiste*

« Dans le cadre de la présente convention, est entendue comme télé-expertise, l'expertise sollicitée par un chirurgien-dentiste dit « requérant » et donnée par un chirurgien-dentiste spécialiste ou un médecin spécialiste dit « requis », en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'informations ou d'éléments médicaux liés à la prise en charge d'un patient et ce, hors de la présence de ce dernier.

« Le requis peut refuser de réaliser la téléexpertise, notamment si elle ne relève pas de son champ d'expertise. »

« Article 58.2

« *Patients concernés*

« Article 58.2.1

« *Dans les établissements médico-sociaux*

« Les patients accueillis dans un établissement médico-social mentionné au 6° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles peuvent bénéficier d'une télé-expertise pour motif bucco-dentaire en cas de suspicion d'une affection d'origine bucco-dentaire.

« Les patients ou leur représentant légal doivent être informés des conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement, après avoir reçu ces informations.

« Article 58.2.2

« Dans les cabinets dentaires et les établissements de santé

« Les patients présentant une suspicion cancéreuse de pathologie dermatologique orale ou d'une maladie rare à répercussion ou manifestation orale ou dentaire peuvent bénéficier d'une télé-expertise pour motif bucco-dentaire.

« Les patients ou leur représentant légal doivent être informés des conditions de réalisation de la télé-expertise et avoir donné leur consentement, après avoir reçu ces informations.

« Article 58.3

« Modalités de réalisation de l'acte de télé-expertise

« Article 58.3.1

« Conditions de réalisation

« La télé-expertise doit être réalisée dans des conditions permettant de garantir :

- « – la confidentialité des échanges entre le professionnel de santé requérant et le professionnel de santé requis ;
- « – la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, secret médical etc.) et la traçabilité de la facturation des actes réalisés ;
- « – le respect des référentiels de sécurité et d'interopérabilité concernant la transmission et les échanges de données.

« L'équipement doit être adapté à l'usage de la télé-expertise avec une couverture des services nécessaires (images, photographies, etc.). Les échanges dans le cadre de la télé-expertise entre le requérant et le professionnel de santé requis doivent s'appuyer sur le recours à une messagerie sécurisée de santé.

« Les établissements ou les chirurgiens-dentistes conventionnés souhaitant recourir à la télé-expertise peuvent se référer aux différents référentiels, cahiers des charges, recommandations encadrant ces conditions de réalisation émanant des autorités sanitaires ou d'autres autorités publiques.

« Les télé-expertises peuvent être ponctuelles ou répétées, asynchrones ou synchrones.

« Article 58.3.2

« Compte-rendu de la télé-expertise

« L'acte de télé-expertise doit faire l'objet d'un compte-rendu, établi par le professionnel de santé requis, conformément aux obligations légales et réglementaires, qu'il archive dans son propre dossier patient et qui doit être transmis au requérant ayant sollicité l'acte.

« Ce compte rendu est également intégré par le professionnel médical requis dans l'espace numérique en santé dénommé "Mon espace santé" du patient lorsqu'il est ouvert. Cette intégration s'effectue dans les conditions définies par les articles L. 1111-14 et suivants et R. 1111-30 et suivants du code de la santé publique et relatifs aux conditions d'alimentation de "Mon espace santé" et aux conditions d'accès du patient et des professionnels de santé aux informations présentes dans ce dossier.

« Article 58.4

« Modalités de rémunération de l'acte de télé-expertise

« a) **Modalité de rémunération du chirurgien-dentiste requis dans le cadre de la télé-expertise**

« Les actes de télé-expertise sont facturables avec le code de facturation TE2 au tarif de :

- « – 20 € par acte de télé-expertise ; et
- « – dans la limite de 4 actes par an, par professionnel de santé requis pour un même patient.

« La mise en œuvre de cette mesure tarifaire est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

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

« Dans le contexte des télé-expertises réalisées dans le cadre des établissements médico-sociaux, le chirurgien-dentiste requis ne peut être sollicité que s'il est connu par le patient.

« b) **Modalité de rémunération du chirurgien-dentiste requérant dans le cadre de la télé-expertise**

« Le travail de coordination du chirurgien-dentiste requérant, sollicitant pour une meilleure prise en charge de son patient, une télé-expertise auprès d'un chirurgien-dentiste spécialiste ou un médecin spécialiste est facturable avec le code de facturation RQD au tarif de :

- « – 10 € par télé-expertise ; et
- « – dans la limite de 4 actes par an, par professionnel de santé requis pour un même patient.

« La mise en œuvre de cette mesure tarifaire est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

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

*« Article 58.5**« Modalités de facturation de l'acte de télé-expertise*

« Les données administratives du patient (nom, prénom, NIR et pour les ayants droit la date de naissance et, le cas échéant, le rang gémellaire) nécessaires à la facturation sont enregistrées dans le logiciel du professionnel de santé requis.

« Le professionnel de santé requis doit mentionner, dans la feuille de soins, le numéro d'identification de la structure requérante ou du professionnel de santé requis.

« En l'absence de possibilité de lire la carte Vitale du patient, la facturation peut être réalisée en mode SESAM sans carte vitale, dans les conditions définies à l'article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale.

« Si le logiciel SESAM-Vitale n'est pas à jour vis-à-vis des évolutions au cahier des charges SESAM-Vitale des modalités de facturation, le professionnel de santé a la possibilité de facturer en mode SESAM « dégradé » dans les conditions définies à l'article 46.2 de la présente convention.

« A ce titre, les partenaires conventionnels conviennent que seuls les actes de télémédecine TE2 transmis en mode SESAM sans carte Vitale sont pris en compte au titre du calcul de l'indicateur relatif au taux de FSE du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation défini à l'article 46.2 de la présente convention.

« En l'absence du patient au moment de la facturation de l'acte par le chirurgien-dentiste requis, un appel au web service ADRI, dans les conditions définies à l'article 46.4 de la présente convention, est réalisé, afin de récupérer les données de droits actualisées du patient et ainsi fiabiliser la facturation. »

Partie V**TRANSPOSITION DE LA CONVENTION MÉDICALE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX ACTES TECHNIQUES DE LA CCAM****Article 10***Valorisation des actes techniques*

1° A l'article 22 du titre II, avant les mots : « Les tarifs des actes CCAM et des modificateurs ouverts à la facturation des chirurgiens-dentistes omnipraticiens et spécialistes sont définis dans l'annexe II. » sont ajoutés les mots suivants : « Les partenaires conventionnels s'accordent au 1^{er} juillet 2025, pour revaloriser les actes techniques bucco-dentaires pratiqués par les chirurgiens-dentistes au regard des évolutions tarifaires de la convention médicale » ;

2° A l'article 22 du titre II, avant les mots : « La liste des actes associables aux coefficients modificateurs J et K pour chirurgiens-dentistes spécialistes en chirurgie orale figure dans l'annexe XX. » sont ajoutés les mots suivants : « Les partenaires conventionnels conviennent de revaloriser spécifiquement les actes techniques via la revalorisation de 10 points le modificateur K, passant à 30 % au 1^{er} juillet 2025. » ;

3° A l'article 22 du titre II, est ajoutée la phrase suivante : « Les partenaires s'accordent à majorer les actes CCAM bénéficiant à ce jour d'un coefficient de majoration dans les DROM à 3 % en portant ce coefficient à 4% à compter du 1^{er} janvier 2026. »

Partie VI**MODIFICATIONS RÉDACTIONNELLES****Article 11***Modification de l'article 17.1. –
« Document de facturation »*

A l'article 17.1 du sous-titre II du titre I,

a) Après le troisième alinéa, est inséré l'alinéa suivant :

« Dans les situations où le chirurgien-dentiste réalise des actes ou prestations remboursables et non remboursables au cours de la même séance, il ne porte sur la feuille de soins que les actes remboursables. Il porte sur un support différent (note d'honoraires) les actes non remboursables et les actes à entente directe indiqués dans le devis et effectivement réalisés. » ;

b) Le quatrième alinéa est supprimé.

Article 12*Modification de l'article 18.2 –
« Entente directe et honoraires limites de facturation »*

Au dernier alinéa, les mots : « aux annexes II et V » sont remplacés par les mots : « à l'annexe V ».

Article 13

*Modification de l'article 18.4 –
« Devis »*

Le septième alinéa est supprimé et remplacé par l'alinéa rédigé comme suit :

« La note d'honoraires doit reprendre les actes non remboursables et les actes à entente directe indiqués dans le devis et effectivement réalisés. »

Article 14

*Modification de l'article 30.1.–
« Le panier « reste à charge zéro » (RAC 0) »*

L'article 30.1 du titre IV est ainsi modifié :

- a) Chaque occurrence du mot : « sera » est remplacée par le mot : « est » ;
- b) Au deuxième alinéa, les mots : « les actes » sont remplacés par les mots : « l'acte » ;
- c) Au quatrième alinéa, après le mot : « intégré », est inséré le mot : « au ».

Article 15

*Modification de l'article 30.2.–
Le panier « reste à charge maîtrisé » (RAC M)*

A l'article 30.2 du titre IV, au dernier alinéa, les mots « et sous réserve de la publication d'un avis HAS » sont supprimés ;

Article 16

Modification de dispositions relatives au zonage

1° Pour l'ensemble de la convention, chaque occurrence des mots : « gestion partagée des installations et de régulation » est remplacée par les mots : « gestion partagée du conventionnement » ;

2° L'article 34.2 du titre V est ainsi modifié :

Les alinéas :

- « – soit à titre individuel ;
- « – soit en groupe »

sont déplacés après l'alinéa 1^{er} du b ;

3° Au a de l'article 34.3 du titre V, les deux dernières phrases du deuxième alinéa sont supprimées ;

4° Au b de l'article 34.3 du titre V, les mots : « peut résilier son contrat de manière anticipée » sont remplacés par les mots : « peut modifier son contrat par avenant » ;

5° L'article 35 du titre V est ainsi modifié :

- a) La référence à l'article 40.1 est remplacée par une référence à l'article 35.2 ;
- b) Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes : « Cet article entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2025 et en conformité avec les dispositions applicables aux centres de santé dentaire définies à l'avenant 5 à l'accord national des centres de santé après information de la CPN. » ;

6° Au premier alinéa de l'article 35.5 du titre V, le mot : « orthodontie » est remplacé par les mots : « en orthopédie dento-faciale (ODF). »

Article 17

*Modification de l'article 41. –
Périmètre des actions au bénéfice de ces publics fragiles*

A l'article 41 du titre V, au dernier alinéa, les mots : « sus mentionnés » sont remplacés par les mots : « mentionnés à l'article 48.1 ».

Article 18

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

A l'article 42 du titre V, le onzième alinéa est supprimé.

Article 19*Modification de l'article 44 –
Prise en charge du bilan parodontal et de l'assainissement parodontal
pour une population de patients en situation spécifique concernée*

A l'article 44 du titre V, les deux premiers alinéas sont supprimés.

Article 20*Modifications des annexes*

1° A l'article 1 de l'annexe I :

a) Après la septième ligne du tableau, est insérée la ligne suivante :

«

Bilan dentaire spécifique (BDE) lors de l'entrée dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) réalisé en présence du patient (***)	40,00	40,00	40,00
---	-------	-------	-------

» ;

b) A la première colonne de la dernière ligne, à la fin de la phrase sont ajoutés les mots suivants : « - code consultation CBX ou code prestation agrégé CXD (si logiciel à jour) ;

c) Au tableau, après la dernière ligne, sont insérées les lignes suivantes :

«

Majoration spécifique soins non programmés (SNP)	15,00
Télé-expertise – Requis (TE2) (****)	20,00
Acte de demande de télé-expertise (RQD) (****)	10,00

» ;

d) Sous le tableau, est inséré un troisième alinéa rédigé comme suit :

« (***) Cet acte entre en vigueur au 1^{er} janvier 2025 » ;

e) Sous le tableau, est inséré un dernier alinéa rédigé comme suit :

« (****) Sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. » ;

2° A l'article 2 de l'annexe I :

a) Le second alinéa est supprimé est remplacé par l'alinéa rédigé comme suit : « Les mesures tarifaires ci-après entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2025. » ;

b) A la première colonne de la troisième ligne du tableau, les mots « BDC », « BR2 », « BR4 », « BRP » sont remplacés respectivement par les mots : « BDA », « BDB », « BDD » et « BDP » ;

c) Est ajoutée une dernière ligne au tableau rédigée comme suit :

«

Supplément à l'examen bucco-dentaire lors de la prise en charge de patients vivant avec un handicap sévère (BDH)	23,00
--	-------

» ;

3° A l'annexe II :

a) Dans le tableau, pour l'acte HBLD425, les mots de la dixième et onzième colonnes sont supprimés ;

b) Dans le tableau, pour l'acte HBLD426, à la neuvième, dixième et onzième colonne, le mot : « 280,50 » est remplacé par le mot : « 279,50 » ;

c) Dans le tableau, pour l'acte HBLD010 (***) », à la cinquième colonne, le mot : « 1 » est remplacé par le mot : « 1,079 » ;

d) Dans le tableau, pour l'acte HBLD006 (***) », à la cinquième colonne, le mot : « 1 » est remplacé par le mot : « 1,03 » ;

e) Après le tableau, au premier alinéa et au dernier alinéa, les mots : « 1^{er} février 2024 » sont remplacés par les mots : « 25 février 2024 » ;

f) Le tableau suivant est ajouté et les actes figurant ci-dessous sont revalorisés au regard des évolutions tarifaires de la convention médicale à compter du 1^{er} juillet 2025 :

«

Code Acte	Activité	Phase	Tarifs applicables à compter du 1.07.2025 (*)
ADCA004	4	0	60,09
ADLB001	1	0	25,46
ADNB001	1	0	24,60
ADPA004	1	0	124,90
ADPA004	4	0	68,16
ADQB001	1	0	43,03
GBPA004	4	0	83,32
HAAA001	1	0	107,55
HADA001	1	0	145,47
HADA001	4	0	126,13
HADA002	1	0	157,07
HADA002	4	0	125,37
HAFA008	1	0	48,96
HAFA009	1	0	175,66
HAFA009	4	0	83,71
HAFA011	1	0	34,81
HAFA011	4	0	76,60
HAFA014	1	0	134,96
HAFA014	4	0	84,09
HAFA015	1	0	38,03
HAFA019	4	0	110,58
HAFA020	1	0	77,67
HAFA020	4	0	72,76
HAFA021	4	0	98,68
HAFA022	4	0	132,47
HAFA028	1	0	50,56
HAFA031	4	0	80,63
HAFA034	1	0	86,56
HAFA034	4	0	68,92
HAHA002	1	0	21,68
HAHD001	1	0	10,46
HAHD002	1	0	23,98
HAHD003	1	0	20,27
HAJA002	4	0	57,02
HAJA003	1	0	27,16
HAJA006	1	0	40,01

Code Acte	Activité	Phase	Tarifs applicables à compter du 1.07.2025 (*)
HAJA007	1	0	33,59
HAJA008	1	0	37,67
HAJA008	4	0	59,32
HAJA009	1	0	29,45
HAJA010	1	0	24,10
HAJD003	1	0	39,74
HAJD003	4	0	62,40
HAJD004	4	0	60,09
HAMA001	4	0	108,09
HAMA002	4	0	116,13
HAMA003	4	0	75,64
HAMA004	4	0	76,41
HAMA005	1	0	566,99
HAMA005	4	0	133,62
HAMA008	4	0	70,65
HAMA010	4	0	100,77
HAMA016	1	0	186,81
HAMA016	4	0	84,47
HAMA018	1	0	297,36
HAMA018	4	0	103,84
HAMA021	1	0	275,50
HAMA021	4	0	96,93
HAMA023	1	0	269,93
HAMA023	4	0	96,55
HAMA026	1	0	158,46
HAMA026	4	0	139,19
HAMA027	1	0	176,09
HAMA027	4	0	76,03
HAMA028	4	0	76,22
HAMA029	1	0	186,81
HAMA029	4	0	89,85
HAMA030	4	0	84,86
HAND001	1	0	31,04
HAND002	1	0	22,89
HAND003	4	0	63,93
HAND004	1	0	22,97
HAND005	4	0	63,93
HAND006	1	0	31,15
HAPA001	1	0	30,21

Code Acte	Activité	Phase	Tarifs applicables à compter du 1.07.2025 (*)
HAPA003	4	0	63,55
HAPA004	1	0	55,70
HASA011	1	0	237,39
HASA011	4	0	117,50
HASA013	4	0	72,57
HASA018	4	0	69,88
HASA024	1	0	197,52
HASA024	4	0	107,90
HASA025	4	0	76,03
HASD001	1	0	371,70
HASD001	4	0	171,70
HASD002	1	0	230,08
HASD002	4	0	119,20
HASD003	1	0	37,64
HASD004	1	0	323,69
HASD004	4	0	147,50
HASD005	1	0	301,20
HASD005	4	0	143,48
HBSD001	1	0	22,64
HCCA001	1	0	221,11
HCCA001	4	0	113,82
HCCA002	1	0	106,14
HCCA002	4	0	62,40
HCCD001	1	0	311,45
HCCD001	4	0	137,40
HCEA001	1	0	152,89
HCEA001	4	0	78,34
HCFA001	1	0	208,96
HCFA001	4	0	95,22
HCFA003	4	0	73,34
HCFA007	1	0	114,42
HCFA007	4	0	89,08
HCFA011	1	0	156,64
HCFA011	4	0	83,32
HCGA001	1	0	51,00
HCGA001	4	0	70,46
HCGA002	1	0	145,04
HCGA002	4	0	85,24
HCGA003	1	0	91,06

Code Acte	Activité	Phase	Tarifs applicables à compter du 1.07.2025 (*)
HCGA003	4	0	70,46
HCHA001	1	0	30,48
HCHA002	1	0	24,45
HCHB001	1	0	29,09
HCJA001	1	0	47,29
HCJA001	4	0	49,55
HCLD001	1	0	38,54
HCPA001	1	0	47,29
HCPA001	4	0	49,55
HCSA001	4	0	61,63
HDAA002	1	0	239,04
HDAA002	4	0	122,27
HDMA010	1	0	239,04
HDMA010	4	0	122,27
LABA004	1	0	192,38
LABA004	4	0	89,85
LAFA012	1	0	189,81
LAFA012	4	0	92,54
LAGA002	1	0	100,06
LAGA003	1	0	66,85
LAGA004	1	0	71,14
LAGA005	1	0	93,20
LAHA002	4	0	64,32
LBBA003	1	0	182,95
LBBA003	4	0	102,90
LBBA004	1	0	328,41
LBBA004	4	0	164,02
LBBA005	4	0	90,23
LBBA006	4	0	160,56
LBCA001	4	0	127,78
LBCA002	4	0	140,83
LBCA003	1	0	205,67
LBCA003	4	0	133,36
LBCA004	4	0	127,78
LBCA005	1	0	243,39
LBCA005	4	0	142,57
LBCA006	4	0	120,87
LBCA007	1	0	313,18
LBCA007	4	0	135,07

Code Acte	Activité	Phase	Tarifs applicables à compter du 1.07.2025 (*)
LBCA009	1	0	236,53
LBCA009	4	0	141,03
LBCA010	1	0	183,81
LBCA010	4	0	114,54
LBCB001	4	0	130,09
LBCB002	4	0	119,72
LBFA001	4	0	91,77
LBED001	4	0	110,70
LBED002	4	0	92,71
LBED003	4	0	88,87
LBED004	4	0	113,39
LBED005	4	0	103,46
LBED006	4	0	88,87
LBEP002	4	0	71,99
LBEP005	1	0	15,96
LBFA002	1	0	117,61
LBFA002	4	0	71,42
LBFA003	1	0	173,52
LBFA003	4	0	95,61
LBFA004	1	0	378,08
LBFA008	1	0	130,04
LBFA008	4	0	102,71
LBFA009	1	0	396,33
LBFA009	4	0	132,74
LBFA010	4	0	70,65
LBFA015	4	0	71,42
LBFA017	1	0	399,77
LBFA017	4	0	132,35
LBFA018	1	0	176,95
LBFA018	4	0	81,40
LBFA020	1	0	280,64
LBFA020	4	0	139,55
LBFA023	1	0	48,32
LBFA025	4	0	80,63
LBFA027	1	0	277,64
LBFA027	4	0	146,84
LBFA029	4	0	116,13
LBFA030	1	0	75,20
LBFA030	4	0	67,00

Code Acte	Activité	Phase	Tarifs applicables à compter du 1.07.2025 (*)
LBFA031	1	0	35,46
LBFA032	4	0	87,55
LBFA036	4	0	119,97
LBGA005	4	0	61,24
LBLB001	1	0	23,75
LBLB002	1	0	14,32
LBLD011	1	0	86,69
LBLD016	1	0	115,92
LBLD023	1	0	190,45
LBPA002	1	0	252,37
LBPA002	4	0	121,12
LBPA003	1	0	133,47
LBPA003	4	0	72,76
LBPA004	1	0	709,43
LBPA005	1	0	223,22
LBPA005	4	0	117,28
LBPA007	1	0	221,53
LBPA007	4	0	96,76
LBPA011	1	0	822,59
LBPA013	1	0	147,19
LBPA013	4	0	91,96
LBPA014	1	0	248,94
LBPA014	4	0	122,66
LBPA020	1	0	794,72
LBPA021	1	0	244,23
LBPA021	4	0	108,83
LBPA023	1	0	723,57
LBPA025	1	0	270,37
LBPA025	4	0	105,38
LBPA028	1	0	444,89
LBPA030	1	0	239,08
LBPA030	4	0	106,91
LBPA033	1	0	867,16
LBPA037	4	0	116,51
LBPA040	1	0	778,01
LBPA041	1	0	224,96
LBPA041	4	0	111,74
LCGA002	1	0	65,56
LCJA002	4	0	88,12

Code Acte	Activité	Phase	Tarifs applicables à compter du 1.07.2025 (*)
LCPA001	4	0	87,45
LZGA001	1	0	66,85
ZALP001	1	0	206,54
ZAMP001	1	0	49,56

(*) Tarifs applicables au 1^{er} janvier 2026, 2027 et 2028. »

4° L'annexe V est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes :

« ANNEXE V

« RÉPARTITION DES ACTES À ENTENTE DIRECTE ENTRE LES ACTES SANS RESTE À CHARGE, LES ACTES POUR LESQUELS L'ENTENTE DIRECTE EST LIMITÉE ET LES ACTES POUR LESQUELS L'ENTENTE DIRECTE EST LIBRE

« Liste des actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge

«

Codes CCAM	Honoraires limites de facturation jusqu'au 31.12.2025	Honoraires limites de facturation au 1.01.2026	Honoraires limites de facturation au 1.01.2027	Honoraires limites de facturation au 1.01.2028
HBLD090	175,00	150,00	140,00	130,00
HBLD073		453,20	453,20	453,20
HBLD099		1359,60	1359,60	1359,60
HBLD490	60,00	61,80	61,80	61,80
HBLD038	290,00	298,70	298,70	298,70
HBLD634	500,00	515,00	515,00	515,00
HBLD350	440,00	453,20	453,20	453,20
HBLD680	500,00	515,00	515,00	515,00
HBLD364	275,00	283,25	283,25	283,25
HBLD476	310,00	319,30	319,30	319,30
HBLD224	368,00	379,04	379,04	379,04
HBLD371	400,00	412,00	412,00	412,00
HBLD123	450,00	463,50	463,50	463,50
HBLD270	450,00	463,50	463,50	463,50
HBLD148	450,00	463,50	463,50	463,50
HBLD231	450,00	463,50	463,50	463,50
HBLD215	490,00	504,70	504,70	504,70
HBLD262	500,00	515,00	515,00	515,00
HBLD232	500,00	515,00	515,00	515,00
HBLD032	520,00	535,60	535,60	535,60
HBLD259	1170,00	1205,10	1205,10	1205,10
HBLD101	680,00	700,40	700,40	700,40
HBLD138	720,00	741,60	741,60	741,60
HBLD083	765,00	787,95	787,95	787,95
HBLD370	800,00	824,00	824,00	824,00

Codes CCAM	Honoraires limites de facturation jusqu'au 31.12.2025	Honoraires limites de facturation au 1.01.2026	Honoraires limites de facturation au 1.01.2027	Honoraires limites de facturation au 1.01.2028
HBLD349	850,00	875,50	875,50	875,50
HBLD031	1100,00	1133,00	1133,00	1133,00
HBLD035	2300,00	2369,00	2369,00	2369,00
HBLD033	870,00	896,10	896,10	896,10
HBLD785	1465,00	1508,95	1508,95	1508,95
HBMD017	85,00	87,55	87,55	87,55
HBMD114	120,00	123,60	123,60	123,60
HBMD322	150,00	154,50	154,50	154,50
HBMD404	185,00	190,55	190,55	190,55
HBMD245	215,00	221,45	221,45	221,45
HBMD198	251,00	258,53	258,53	258,53
HBMD373	287,00	295,61	295,61	295,61
HBMD228	324,00	333,72	333,72	333,72
HBMD286	360,00	370,80	370,80	370,80
HBMD329	400,00	412,00	412,00	412,00
HBMD226	440,00	453,20	453,20	453,20
HBMD387	480,00	494,40	494,40	494,40
HBMD134	520,00	535,60	535,60	535,60
HBMD174	560,00	576,80	576,80	576,80
HBKD396	50,00	51,50	51,50	51,50
HBKD431	80,00	82,40	82,40	82,40
HBKD300	100,00	103,00	103,00	103,00
HBKD212	130,00	133,90	133,90	133,90
HBKD462	160,00	164,80	164,80	164,80
HBKD213	190,00	195,70	195,70	195,70
HBKD140	220,00	226,60	226,60	226,60
HBKD244	250,00	257,50	257,50	257,50
HBMD020	80,00	82,40	82,40	82,40
HBMD356	85,00	87,55	87,55	87,55
YYYY176	60,00	61,80	61,80	61,80
YYYY275	100,00	103,00	103,00	103,00
YYYY246	140,00	144,20	144,20	144,20
YYYY478	170,00	175,10	175,10	175,10
YYYY426	194,00	199,82	199,82	199,82
YYYY389	210,00	216,30	216,30	216,30

« Liste des actes pour lesquels l'entente directe est limitée

<<

Codes CCAM	Honoraires limites de facturation jusqu'au 31.12.2025	Honoraires limites de facturation au 1.01.2026	Honoraires limites de facturation au 1.01.2027	Honoraires limites de facturation au 1.01.2028
HBLD745	175,00	150,00	140,00	130,00
HBLD006		150,00	150,00	150,00
HBLD073	440,00			
HBMD351	350,00	360,50	360,50	360,50
HBLD724	60,00	61,80	61,80	61,80
HBLD491	550,00	566,50	566,50	566,50
HBLD158	550,00	566,50	566,50	566,50
HBLD131	1100,00	1133,00	1133,00	1133,00
HBLD332	1200,00	1236,00	1236,00	1236,00
HBLD452	1240,00	1277,20	1277,20	1277,20
HBLD474	1281,00	1319,43	1319,43	1319,43
HBLD075	1315,00	1354,45	1354,45	1354,45
HBLD470	1365,00	1405,95	1405,95	1405,95
HBLD435	1400,00	1442,00	1442,00	1442,00
HBLD079	1430,00	1472,90	1472,90	1472,90
HBLD203	1450,00	1493,50	1493,50	1493,50
HBLD112	1500,00	1545,00	1545,00	1545,00
HBLD308	1520,00	1565,60	1565,60	1565,60
HBLD047	1600,00	1648,00	1648,00	1648,00
HBLD046	3600,00	3708,00	3708,00	3708,00
HBLD048	2800,00	2884,00	2884,00	2884,00
HBLD040	1170,00	1205,10	1205,10	1205,10
HBLD043	1635,00	1684,05	1684,05	1684,05
HBLD227	1635,00	1684,05	1684,05	1684,05
HBMD249	150,00	154,50	154,50	154,50
HBMD292	210,00	216,30	216,30	216,30
HBMD188	290,00	298,70	298,70	298,70
HBMD432	350,00	360,50	360,50	360,50
HBMD283	417,00	429,51	429,51	429,51
HBMD439	456,00	469,68	469,68	469,68
HBMD425	500,00	515,00	515,00	515,00
HBMD444	550,00	566,50	566,50	566,50
HBMD485	600,00	618,00	618,00	618,00
HBMD410	650,00	669,50	669,50	669,50
HBMD429	700,00	721,00	721,00	721,00
HBMD281	750,00	772,50	772,50	772,50

Codes CCAM	Honoraires limites de facturation jusqu'au 31.12.2025	Honoraires limites de facturation au 1.01.2026	Honoraires limites de facturation au 1.01.2027	Honoraires limites de facturation au 1.01.2028
HBMD200	800,00	824,00	824,00	824,00
HBMD298	875,00	901,25	901,25	901,25
HBMD008	121,00	124,63	124,63	124,63
HBMD002	145,00	149,35	149,35	149,35
HBMD488	184,00	189,52	189,52	189,52
HBMD469	225,00	231,75	231,75	231,75
HBMD110	250,00	257,50	257,50	257,50
HBMD349	280,00	288,40	288,40	288,40
HBMD386	300,00	309,00	309,00	309,00
HBMD339	325,00	334,75	334,75	334,75
HBMD459	350,00	360,50	360,50	360,50
HBMD438	375,00	386,25	386,25	386,25
HBMD481	400,00	412,00	412,00	412,00
HBMD449	420,00	432,60	432,60	432,60
HBMD312	430,00	442,90	442,90	442,90
HBMD289	440,00	453,20	453,20	453,20
HBMD400	450,00	463,50	463,50	463,50
LBLD017	280,00	288,40	288,40	288,40
YYYY159	100,00	103,00	103,00	103,00
YYYY329	200,00	206,00	206,00	206,00
YYYY258	300,00	309,00	309,00	309,00
YYYY259	392,00	403,76	403,76	403,76
YYYY440	470,00	484,10	484,10	484,10
YYYY447	540,00	556,20	556,20	556,20
YYYY142	635,00	654,05	654,05	654,05
YYYY158	702,00	723,06	723,06	723,06
YYYY476	750,00	772,50	772,50	772,50
YYYY079	810,00	834,30	834,30	834,30
YYYY184	840,00	865,20	865,20	865,20
YYYY284	860,00	885,80	885,80	885,80
YYYY236	880,00	906,40	906,40	906,40
YYYY353	900,00	927,00	927,00	927,00

« Liste des actes pour lesquels l'entente directe est libre

<<

Codes CCAM	Libellé CCAM
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)
HBLD426 (**)	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramocéramiques ou céramiques monolithiques hors zircone et 1 élément intermédiaire céramocéramique ou céramique monolithique hors zircone
HBMD460	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux
HBLD245	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoporté à « tarif libre » Avec ou sans clavette A l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042 Facturation pour : - couronnes céramométalliques sur molaires (HBLD734) - couronnes céramocéramiques (HBLD403) - couronnes alliages précieux(HBLD318) - bridges de base tout céramique (HBLD425) (***) - bridges de base en alliage précieux (HBLD178) - adjonction de piliers d'ancrage à un bridge de base (HBMD081, HBMD087) Prise en charge limitée à l'infrastructure coronaradiculaire métallique.
HBLD486	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée « à tarif libre » Facturation pour : - couronnes céramométalliques sur molaires (HBLD734) - couronnes céramocéramiques (HBLD403) - couronnes en alliage précieux(HBLD318) Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive
HBLD734	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une molaire
HBLD403	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramocéramique
HBLD318	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage précieux
HBLD418	Pose d'une couronne dentaire implantoportée
HBLD132	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque résine comportant moins de 9 dents
HBLD492	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque base résine, comportant de 9 à 13 dents
HBLD118	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à plaque base résine
HBLD199	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à plaque base résine
HBLD240	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à châssis métallique comportant moins de 9 dents
HBLD236	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à châssis métallique comportant de 9 à 13 dents
HBLD217	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à châssis métallique
HBLD171	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à châssis métallique
HBLD030	Pose d'une prothèse dentaire complète transvissée implantoportée
HBLD178	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage en alliage précieux et 1 élément intermédiaire en alliage précieux
HBLD088	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 2 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente
HBLD750	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire
HBLD411	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage métallique et 1 élément en extension métallique[bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire
HBLD321	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique et 1 élément en extension céramométallique [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire
HBLD465	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage métallique et 1 élément en extension céramométallique [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire
HBLD466	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux, pour le remplacement d'une incisive permanente
HBLD414	Pose d'une prothèse plurale collé [Bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux, pour le remplacement d'une prémolaire ou d'une molaire permanente
HBLD179	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire métallique, pour le remplacement d'une prémolaire ou d'une molaire permanente
HBLD453	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 2 éléments intermédiaires céramométalliques ou en équivalents minéraux, pour le remplacement de 2 incisives mandibulaires permanentes

Codes CCAM	Libellé CCAM
HBLD093	Pose d'une prothèse plurale en extension, collée comportant 1 ancrage coronaire partiel et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever collé], pour le remplacement d'une incisive permanente
HBKD005	Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra implantaire
HBMD019	Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire
HBGD011	Ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radulaire scellé
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire
HBMD490	Adjonction d'un 1 ^{er} élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [2 ^e élément métallique intermédiaire de bridge]
HBMD342	Adjonction d'un 2 ^e élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale [3 ^e élément métallique intermédiaire de bridge]
HBMD082	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire métallique supplémentaire, au-delà du 3 ^e
HBMD479	Adjonction d'un 1 ^{er} élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [2 ^e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]
HBMD433	Adjonction d'un 2 ^e élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [3 ^e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]
HBMD072	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux supplémentaire, au-delà du 3 ^e
HBMD081	Adjonction d'un pilier d'ancrage métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]
HBMD087	Adjonction d'un pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]
HBMD776	Adjonction d'un élément en extension métallique, autre qu'une canine, à une prothèse plurale fixée [bridge] comportant au moins 2 piliers d'ancrage et 1 élément intermédiaire
HBMD689	Adjonction d'1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux, autre qu'une canine, à une prothèse plurale fixée [bridge] comportant au moins 2 piliers d'ancrage et un élément intermédiaire

« (*) Cet acte est supprimé à compter du 31 décembre 2025.

« (**) Cet acte est ajouté à compter du 1^{er} janvier 2026.

« (***) L'acte HBLD425 est supprimé à compter du 31 décembre 2025 et est remplacé par l'acte HBLD426 sur cette note de facturation, à compter du 1^{er} janvier 2026. »

5° A l'annexe VIII, à l'article 2.1, au troisième alinéa, après les mots : « exercer et » sont insérés les mots : « /ou poursuivre » ;

6° Au titre de l'annexe XI, après les mots : « soins complémentaires » sont insérés les mots : « et consécutifs » ;

7° A l'annexe XIV, au premier alinéa, la référence : « à l'article 31.2 » est remplacée par la référence suivante : « à l'article 31.3 » ;

8° A l'annexe XVIII, à l'article 1 :

a) A la seconde colonne de la trente-sixième ligne du tableau, pour l'acte HBLD785, est inséré un second alinéa rédigé comme suit : « Note de facturation applicable au panier C2S : - bridge de base avec piliers d'ancrage sur incisives ou canines uniquement » ;

b) A la seconde colonne de la quatre-vingt-treizième ligne du tableau, pour l'acte HBLD040, est inséré un second alinéa rédigé comme suit : « Note de facturation applicable au panier C2S : -Eléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires » ;

c) A la seconde colonne de la quatre-vingt-quatorzième ligne du tableau, pour l'acte HBLD043, est inséré un second alinéa rédigé comme suit : « Note de facturation applicable au panier C2S : -Eléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires » ;

d) A la seconde colonne de la quatre-vingt-quinzième ligne du tableau, pour l'acte HBLD227, est inséré un second alinéa rédigé comme suit : « Note de facturation applicable au panier C2S : -Eléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires » ;

6° A l'annexe XVIII, à l'article 2 :

a) Après la trente-troisième ligne du tableau relative à l'acte HBLD073, est insérée la ligne suivante :

«

HBLD090	FDC	90,00	40,00	130,00	90,00	40,00	130,00	130,00	90,00	75,00	55,00	130,00	70,00	60,00	130,00	70,00	130,00
---------	-----	-------	-------	--------	-------	-------	--------	--------	-------	-------	-------	--------	-------	-------	--------	-------	--------

» ;

b) Après la quarantième ligne du tableau relative à l'acte HBLD680, est insérée la ligne suivante :

«

HBLD745	FDC	90,00	40,00	130,00	90,00	40,00	130,00	130,00	75,00	55,00	130,00	70,00	60,00	130,00	70,00	130,00
---------	-----	-------	-------	--------	-------	-------	--------	--------	-------	-------	--------	-------	-------	--------	-------	--------

» ;

c) La soixante-quatrième ligne du tableau relative à l'acte HBMD356 est remplacée par la ligne suivante :

«

HBMD356	FDR	21,50	60,00	81,50	21,50	61,50	83,00	21,50	84,50	21,50	64,50	86,00	21,50	66,05	87,55
---------	-----	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

» ;

d) La soixante-septième ligne du tableau relative à l'acte HBMD404 est remplacée la ligne suivante :

«

HBMD404	FDR	53,75	121,39	175,14	53,75	126,53	180,28	53,75	129,72	183,47	53,75	133,32	187,07	53,75	136,80	190,55
---------	-----	-------	--------	--------	-------	--------	--------	-------	--------	--------	-------	--------	--------	-------	--------	--------

» ;

e) Après le tableau, le premier alinéa est supprimé ;

7° Au tableau de l'annexe XXI, les lignes relatives aux actes « HBMD043 », « HBMD046 » et « HBMD055 » sont supprimées.

Fait à Paris, le 4 juillet 2024.

Pour l'Union nationale des caisses d'assurance maladie :

Le directeur général,

T. FATOME

Pour les chirurgiens-dentistes de France :

Le président,

P.-O. DONNAT