

RECHERCHES-ACTIONS

en protection sociale

**LA MISE EN ŒUVRE DE L'INTRODUCTION
DE TARIFS PLAFONDS POUR LES SOINS
PROTHETIQUES DENTAIRES DES
BENEFICIAIRES DE L'ACS**
MODALITES, EFFECTIVITE, INCIDENCES ET PERSPECTIVES

RAPPORT

Membres du groupe de travail

**Jean-Marie BENOIS
Claire CHARLES
Clément JAMET
Hélène MARTIN
Elsa TAFFOUREAU**

Directeur de la recherche - action

Marianne CORNU-PAUCHET

Formation initiale

REMERCIEMENTS

Nous tenons tout d'abord à remercier notre directrice de recherche action Madame Marianne Cornu-Pauchet, directrice du fonds CMU-C, ainsi que son adjointe Madame Gwénaëlle Le Bohec pour leur disponibilité et leur accompagnement.

Nous exprimons notre gratitude à Monsieur Dominique Libault et Madame Agnés Cardineau qui nous ont aidés à trouver des solutions pour avancer dans ce projet.

Nous remercions également l'ensemble des professionnels suivants pour leurs précieuses contributions et la richesse de nos échanges : à la Direction de la Sécurité Sociale, Mesdames Sarah Sauneron et Marion Billon-Galland, à la CNAM, Madame Raphaëlle Verniolle, au sein des Caisses Primaires d'Assurance maladie, Mesdames Virginie Bérissou, Edith Christophe, Christelle Damien, Monique Gimenes, Sandrine Giraud, Céline Kersuzan, Céline Varraut, Sarah Vignal et Messieurs Denis Quinti et Amaury Reynaud, pour l'association ATD Quart Monde, Madame le Docteur Huguette Boissonnat et pour Harmonie Mutuelle, Monsieur Stéphane Mellet.

Enfin nous tenons à remercier les assurés qui ont pris le temps de répondre à nos questions.

Dans le cadre de notre recherche action, nous avons axé nos modalités d'étude autour de trois logiques : une recherche documentaire, une étude qualitative (entretiens) et l'envoi d'un questionnaire pour obtenir des données plus quantitatives.

Tout d'abord, l'ensemble de l'équipe a pris connaissance des documents transmis par notre directrice de recherche-action (DRA) et par les différents interlocuteurs contactés concernant notre sujet.

Après avoir défini les principaux axes de réflexion, des grilles d'entretiens semi directifs ont été élaborées afin de structurer nos échanges avec les principaux acteurs du dispositif (DSS, Assurance maladie, organismes complémentaires, associations, etc.). Ces entretiens nous ont notamment permis d'identifier les enjeux et les différentes modalités d'application de la réforme.

Sur cette base, nous avons construit un questionnaire Sphinx transmis à l'ensemble des CPAM et MSA. L'objectif était de recueillir des données quantitatives et qualitatives et d'évaluer la mise en œuvre de la réforme.

Enfin, après ces phases de recherche et de diagnostic, nous avons rédigé notre rapport et formalisé des préconisations.

Remerciements	2
Méthodologie retenue.....	3
Sommaire.....	4
Introduction	6
1. La réforme relative à la mise en place de prix-plafonds en matière de soins prothétiques dentaires pour les bénéficiaires de l'ACS vise à faciliter leur accès aux soins	9
1.1. Ces bénéficiaires sont particulièrement concernés par les difficultés financières d'accès aux soins	9
1.1.1. Les publics fragilisés ont encore insuffisamment recours au dispositif de l'ACS9	
1.1.2. Le renoncement aux soins concerne surtout les soins coûteux et est plus marqué pour les personnes en situation de précarité	13
1.1.3. Avant la réforme de 2017, les montants maximaux ne s'appliquaient qu'aux soins dispensés aux bénéficiaires de la CMU-C	13
1.2. Avec la réforme de 2017, les bénéficiaires de l'ACS ont accès aux mêmes prix plafonds que ceux du panier de soins dentaires CMU-C.....	16
1.2.1. La réforme, prévue par décret, a été adoptée dans le cadre d'un règlement arbitral à la suite de l'échec des négociations entre l'Assurance maladie et les chirurgiens-dentistes	16
1.2.2. La réforme des prix plafonds contribue à réduire le reste à charge pour les bénéficiaires de l'ACS, voire à l'annuler pour certains soins prothétiques	16
2. Un an après son entrée en vigueur, son application et son suivi pourraient être améliorés en perspective de la réforme du « 100 % santé »	17
2.1. Si la réforme des tarifs plafonds en matière de soins prothétiques dentaires pour les bénéficiaires de l'ACS semble appliquée, les différents acteurs ont mis en place des stratégies d'accompagnement et de communication plus ou moins élaborées.....	17
2.1.1. L'appropriation de la réforme est différente selon les acteurs de terrain	17
2.1.2. Malgré une hausse constatée de la consommation des soins prothétiques au lendemain de la réforme et une baisse du reste à charge pour les assurés concernés, ce dispositif reste encore trop méconnu des bénéficiaires de l'ACS.....	19
2.2. En perspective des réformes à venir, il convient de renforcer l'accompagnement et le suivi de ce type de dispositifs	21
2.2.1. Afin que la réforme bénéficie pleinement aux assurés, les organismes doivent être plus pro-actifs dans les modalités d'accompagnement.....	21

2.2.2. Il convient de mettre en œuvre un suivi et un contrôle plus systématiques, pour s'assurer de la bonne application de la réforme (via l'analyse des données du SI pour une évaluation ex-post)	23
3. Les futures réformes annoncées transformeront en profondeur le dispositif actuel.....	24
3.1. Le « 100% santé » offrira à l'ensemble des français la possibilité d'opter pour un panier reste à charge nul, notamment pour certains soins prothétiques dentaires	24
3.2. Pour les plus modestes, l'extension de la CMU-C permettra de lutter contre le non-recours à ce type de dispositif et d'offrir un meilleur niveau de remboursement.....	26
Conclusion	28
Bibliographie	29
Résumé.....	31
Annexes	32
Personnes auditionnées :.....	32
Trame entretien CPAM :	33
Trame entretien ATD Quart Monde / dentiste :.....	34
Trame entretien assuré :.....	35
Trame entretien mutuelle :	35
Trame entretien Cnam :	35
Trame entretien DSS :	36
Questionnaire envoyé aux CPAM :	37
Modèle questionnaire envoyé aux MSA :.....	39
Résultat du questionnaire envoyé aux CPAM :	41
Résultat du questionnaire envoyé aux MSA :.....	47
Lettres réseau Cnam :	47

"L'histoire de notre protection sociale est faite de constructions successives, de la volonté d'hommes et de femmes de construire ensemble cette solidarité que nous avons reçue en héritage."

Simone Veil, ouverture du colloque 60ème anniversaire de la Sécurité sociale, 2005

Des dispositifs d'aide à la complémentaire santé pour favoriser l'accès aux soins des populations fragiles

La crise économique de 2008 a eu un impact fort sur la pauvreté en France. En effet, entre 2008 et 2014, le nombre de personnes pauvres a augmenté de plus de 730 000 et le taux de pauvreté s'est accru de 0,8 point. En 2015, le taux de pauvreté monétaire (calculé à 60 % du revenu médian) était de 14,2 % et les premières estimations montrent qu'il s'établirait à 13,9 % en 2016¹.

Pour les populations précaires, les dépenses de santé constituent souvent une variable d'ajustement sur le plan budgétaire et les renoncements aux soins pour des raisons financières sont fréquents. Des différences notables d'état de santé peuvent dès lors être observées en fonction des revenus des individus.

Dans un objectif de lutte contre ces inégalités, plusieurs dispositifs d'aide ont successivement été mis en œuvre par le législateur afin de permettre aux catégories les plus défavorisées d'accéder aux soins à moindre coût. La loi du 27 juillet 1999 a institué une couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), complémentaire santé gratuite destinée aux personnes ayant de faibles ressources² et résidant en France de manière stable et régulière.

Créé par la loi du 13 août 2004, mis en place en 2005 et renforcé dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, le dispositif de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) vient atténuer l'effet de seuil lié aux conditions d'attribution de la CMU-C. Il s'agit d'une aide financière visant à diminuer le coût d'une complémentaire santé, destinée aux personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond d'attribution de la CMU-C et 35% de ce plafond³. La CMU-C et l'ACS concernent de fait des personnes dont les ressources sont en deçà du seuil de pauvreté monétaire.

L'ACS est une aide publique au paiement d'une complémentaire santé privée, modulée en fonction de l'âge⁴. Le dispositif a été renforcé en juillet 2015 avec l'introduction de trois contrats ACS type définis par les pouvoirs publics (contrats A, B, C), qui comportent chacun une prise en charge à 100% des soins courants (ticket modérateur, médicaments⁵, frais à l'hôpital, forfait journalier hospitalier...) et des taux de prise en charge différenciés pour les soins coûteux (optique, prothèses dentaires et audiologie)⁶. Ainsi, pour les bénéficiaires de l'ACS, les prothèses dentaires, l'équipement en audioprothèse et en lunettes donnent encore lieu à des

¹ Estimation avancée de l'INSEE

² Soit 734 € par mois pour une personne seule à compter du 1^{er} avril 2018

³ Entre 734 € et 991 € par mois pour une personne seule

⁴ 100€ pour les moins de 16 ans, 200€ pour les 16-49 ans, 350€ pour les 50-59 et 550€ pour les 60 ans et plus

⁵ Excepté pour les médicaments à service médical rendu faible.

⁶ Le « chèque ACS » est désormais exclusivement utilisable sur l'un de ces trois contrats. 11 groupements d'organismes complémentaires sélectionnés par l'Etat proposent ces contrats

restes à charge (RAC) en santé, qui peuvent atteindre des niveaux importants pour une population en situation de précarité.

Par ailleurs, le 21 janvier 2013, le comité interministériel de lutte contre l'exclusion a adopté le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Dans le domaine de la santé, ce plan visait à améliorer l'accès aux soins des personnes précaires et à réduire les inégalités sociales, notamment par une augmentation des plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS.

Enfin, le gouvernement a récemment annoncé le lancement d'une nouvelle stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes, dont l'accès à la santé constitue un axe essentiel. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 acte ce plan Pauvreté avec la mise en place d'innovations telles que le « 100% santé » (précédemment « reste à charge 0 ») et la CMU-C contributive.

Des obstacles financiers à l'accès aux soins dentaires, notamment pour les bénéficiaires de l'ACS

Selon la Cour des comptes⁷, environ un assuré sur cinq renonce à des soins dentaires pour des raisons financières. Du fait de leur coût élevé et du reste à charge important qu'ils engendrent, les implants et prothèses dentaires concentrent près de la moitié des renoncements pour motifs financiers⁸. Ces renoncements aux soins sont encore plus marqués pour les personnes en situation de précarité, le taux de renoncement aux soins dentaires étant, pour les 20% des personnes qui ont les revenus les plus faibles, deux fois plus important que celui de la population générale⁹.

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)¹⁰ fait état notamment d'une santé bucco-dentaire dégradée pour les enfants d'ouvriers et les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire ou en zone rurale par rapport aux autres enfants. Plus généralement, les bénéficiaires de l'ACS ont un état de santé moins bon que celui de la population générale et des bénéficiaires de la CMU-C. Or, un état de santé buccodentaire dégradé peut être source de diverses pathologies.

L'introduction de la CMU-C a permis de diviser par deux le taux de renoncement aux soins dentaires de ces bénéficiaires (19%) par rapport à des personnes sans complémentaire santé¹¹ (40%). S'agissant des prothèses dentaires, les chirurgiens-dentistes sont tenus, pour certains actes, de respecter des tarifs plafonds applicables aux bénéficiaires de la CMU-C. La CMU-C prend en charge les prothèses dentaires à hauteur de ces tarifs plafonds. Les deux mesures associées permettent aux bénéficiaires de la CMU-C d'avoir un reste à charge nul sur les actes concernés.

Pour les bénéficiaires de l'ACS, le dernier rapport annuel du fonds CMU-C sur l'ACS¹² fait état de restes à charge sur les prothèses dentaires, après intervention de l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, compris entre 290 € et 440 € par

⁷ Rapport sur l'application de la LFSS 2016 (chapitre VI sur les soins bucco-dentaires)

⁸ Évaluation du réseau Santéclair 2015

⁹ D'après l'enquête européenne SILC-SRCV, cf. rapport d'évaluation 2016 du fonds CMU-C et article de A. Lapinte, revue ADSP n°102 sur les restes à charge en santé.

¹⁰ Étude sur l'état de santé de la population en France (Edition 2015)

¹¹ À caractéristiques socio-économiques et état de santé identiques, cf. Études et résultats n°944, les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins, DREES, décembre 2015.

¹² A paraître en novembre 2018.

consommant en 2017. Les bénéficiaires de l'ACS financent entre un-tiers et deux-tiers de leurs soins prothétiques dentaires selon le contrat choisi (A, B ou C).

La mise en place de tarifs plafonds sur les actes prothétiques dentaires à destination des bénéficiaires de l'ACS

Depuis le 1^{er} octobre 2017, les tarifs plafonds pour les soins prothétiques dentaires sont applicables aux bénéficiaires de l'ACS. Ces tarifs ont été définis par règlement arbitral des pouvoirs publics à la suite de l'échec des négociations conventionnelles entre l'assurance maladie obligatoire et la profession des chirurgiens-dentistes en début d'année 2017. L'entrée en vigueur des dispositions générales du règlement arbitral a par la suite été décalée par la Ministre des solidarités et de la santé mais la mesure en faveur des bénéficiaires de l'ACS a été maintenue. Cette réforme constitue une avancée vers un « RAC zéro » pour les bénéficiaires de l'ACS qui recourent à des soins prothétiques dentaires. Elle devrait se traduire par une prise en charge totale des dépenses de soins prothétiques dentaires pour une partie importante des actes du panier de soins prothétiques, et par une nette limitation des restes à charge pour les autres actes.

L'incidence positive de cette mesure pour les bénéficiaires dépend de la manière dont les différents acteurs suivent sa mise en œuvre : effectivité de l'application des tarifs plafonds par la profession des chirurgiens-dentistes, contrôle des tarifs plafonds par les régimes d'assurance maladie, mise en place de flux d'information entre les régimes d'assurance maladie et les organismes complémentaires, visibilité donnée aux assurés sur leurs droits, etc.

Ayant notamment pour mission de suivre et d'analyser le fonctionnement des dispositifs, le fonds CMU-C s'interroge, un an après l'entrée en vigueur de cette réforme, sur les conditions de sa mise en œuvre (communication, suivi et contrôle), son effectivité et les premiers résultats obtenus en termes d'accès aux soins des bénéficiaires de l'ACS. L'analyse de ces éléments devrait permettre, par ailleurs, de dégager des enseignements utiles au déploiement de la réforme du « 100% santé ». La directrice du fonds CMU-C, Madame Marianne Cornu-Pauchet, a chargé un groupe d'élèves de l'EN3S d'effectuer un travail de recueil de données, d'analyse et de formulation de propositions d'amélioration.

Le présent mémoire est le fruit de ces recherches. La réforme relative à la mise en place de prix-plafonds en matière de soins prothétiques dentaires pour les bénéficiaires de l'ACS vise à faciliter leur accès aux soins (I). Un an après son entrée en vigueur, son application et son suivi pourraient être améliorés en perspective de la réforme du « 100% santé » (II). Enfin, les futures réformes annoncées transformeront en profondeur le dispositif actuel (III).

1. La réforme relative à la mise en place de prix-plafonds en matière de soins prothétiques dentaires pour les bénéficiaires de l'ACS vise à faciliter leur accès aux soins

1.1. Ces bénéficiaires sont particulièrement concernés par les difficultés financières d'accès aux soins

1.1.1. Les publics fragilisés ont encore insuffisamment recours au dispositif de l'ACS

Le dispositif de l'ACS concerne les personnes qui résident en France de façon stable et régulière depuis plus de 3 mois, et dont les ressources perçues au cours des 12 mois précédant la demande ne dépassent pas les plafonds ci-dessous :

Plafond de ressources pour l'attribution de l'ACS		
Foyer Nombre de personnes	Plafond annuel de ressources	
	Métropole	DOM
1 personne	11 894 €	13 237 €
2 personnes	17 840 €	19 856 €
3 personnes	21 408 €	23 827 €
4 personnes	24 976 €	27 799 €
Par personne supplémentaire	4 757 €	5 295 €

Source : www.cmu.fr

À fin juillet 2018, 1,24 million de personnes étaient couvertes par un contrat ACS (en augmentation de 6,9% sur une année) et 1,62 million de personnes avaient reçu une attestation ACS (en augmentation de 6,7% sur une année). Le taux d'utilisation des attestations est de 77%¹³. Si l'ACS bénéficie à toutes les catégories d'âge, les personnes de plus de 60 ans sont légèrement surreprésentées par rapport à la part qu'elles représentent dans la population générale¹⁴.

¹³ Références CMU n°73 – Octobre 2018

¹⁴ DREES – Dossier n°7, octobre 2016 – « La CMU-C et l'ACS réduisent les inégalités en soutenant le pouvoir d'achat des plus modestes »

	Personnes avec une attestation ACS délivrée au cours du 1er semestre 2016	Population française en 2016	Écarts en points
0 - 15 ans	22,9%	19,8%	3,1
16 - 29 ans	13,5%	16,4%	-2,9
30 - 39 ans	11,1%	12,3%	-1,2
40 - 49 ans	12,1%	13,5%	-1,3
50 - 59 ans	12,3%	13,1%	-0,8
60 - 69 ans	14,1%	12,0%	2,1
70 ans et plus	13,9%	12,9%	1,0
Total	100,0%	100,0%	

Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE



Source : ERFS 2012, modèle Ines 2014 (Insee-DREES)

Les familles monoparentales sont surreprésentées parmi les bénéficiaires de l'ACS :

Type de ménage	Répartition des ménages ACS	Répartition des ménages en population générale	Montant moyen ACS
Célibataire sans enfant	8%	35%	480 €
Célibataire 1 enfant	6%	3%	370 €
Célibataire 2 enfants ou +	8%	3%	500 €
Couple sans enfant	41%	27%	850 €
Couple 1 enfant	10%	8%	640 €
Couple 2 enfants	5%	9%	680 €
Couple 3 enfants ou +	12%	4%	780 €
Autre	9%	11%	1 110 €

Note de lecture : 8 % des ménages dont au moins un des membres touche l'ACS sont des célibataires sans enfant. Le montant moyen d'ACS reçu par ce type de ménage est de 480 €.

Source : ERFS 2012, modèle Ines 2014 (Insee-DREES)

L'étude publiée par la Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM) dans son rapport charges et produits de 2016 montre que l'état de santé des bénéficiaires de l'ACS est beaucoup plus dégradé que celui de la population du régime général.

Il est également plus dégradé que celui des bénéficiaires de la CMU-C. Cette différence, qui peut sembler contre-intuitive, est liée au fait que les bénéficiaires de l'AAH et certains pensionnés d'invalidité entrent, du fait de leurs ressources, dans le dispositif de l'ACS et non

de la CMU-C. Or, le risque d'exposition aux pathologies lourdes est plus élevé pour ces catégories d'assurés sociaux.¹⁵

Par ailleurs, s'il est en progression notable depuis 2015, le taux de recours à l'ACS demeure faible et se situe entre 41 % et 59 % en 2017, en retranchant la part des personnes couvertes par un contrat collectif.¹⁶

Évolution des taux de recours à l'ACS en métropole entre 2015 et 2017

Effectifs en millions	2015	2016	2017
Effectifs éligibles, borne inférieure	3,4	3,0	2,9
Effectifs éligibles, borne supérieure	4,8	4,3	4,2
Effectif moyen annuel	1,2	1,2	1,4
Taux de recours inférieur	29%	36%	41%
Taux de recours supérieur	42%	52%	59%

Source : DREES, INES, OMAR

À la suite de la réforme de l'ACS en 2015¹⁷, la CNAM a mené une enquête d'évaluation (entre février et mai 2016) pour identifier les principaux facteurs de non-recours à ce dispositif. Il s'avère que :

- ❖ Le dispositif est complexe à utiliser : en cas d'octroi de l'ACS, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) envoie une attestation-chèque à l'assuré. Ce dernier doit choisir un organisme complémentaire figurant sur la liste des organismes sélectionnés par l'Etat pour distribuer les contrats, choisir un type de contrat (A, B ou C), puis adresser l'attestation-chèque à l'organisme choisi ;
- ❖ Le dispositif et ses avantages sont mal connus : selon le baromètre d'opinion 2014 de la DREES, seules 3 personnes sur 10 ont déjà entendu parler de l'ACS. Par ailleurs, pour la majorité des bénéficiaires, elle n'est qu'une aide financière destinée au paiement d'une complémentaire santé. Le bénéfice du tiers-payant, du non dépassement d'honoraires, des tarifs sociaux de l'énergie¹⁸ et la non application de la franchise médicale et des participations forfaitaires sont plus rarement cités ;
- ❖ Les documents transmis aux bénéficiaires sont trop nombreux et le vocabulaire utilisé par l'Assurance maladie peut paraître obscur (reste à charge, tiers payant, franchises médicales, dépassement d'honoraires, etc.) ;
- ❖ La persistance d'un potentiel reste à charge sur les soins les moins bien couverts par l'Assurance maladie constitue un frein majeur.

¹⁵ Tuppin et al., 2016

¹⁶ DREES

¹⁷ La réforme du 1^{er} juillet 2015 prévoit une liste de contrats éligibles à l'ACS. Les bénéficiaires de l'ACS ne peuvent utiliser leur chèque que lorsqu'ils souscrivent à un de ces contrats (de type A, B ou C).

¹⁸ Depuis le 1^{er} janvier 2018, le bénéfice du chèque Energie qui remplace les tarifs sociaux de l'énergie n'est plus directement lié au bénéfice des aides à la complémentaire santé

1.1.2. *Le renoncement aux soins concerne surtout les soins coûteux et est plus marqué pour les personnes en situation de précarité*

Le renoncement aux soins est défini comme une situation où un besoin en santé n'est pas satisfait. Les raisons d'un tel renoncement sont principalement liées à des difficultés financières, à des délais d'attente élevés pour un rendez-vous médical ou à la distance importante entre le cabinet d'un professionnel et le domicile.

La thématique du renoncement aux soins est un enjeu central dans l'action des CPAM. Ainsi, elle faisait partie de la convention d'objectif et de gestion (COG) 2014-2017 de l'Assurance maladie et demeure présente dans la COG 2018-2022.

Pour diagnostiquer le phénomène au niveau local, l'observatoire des non recours aux droits et services (ODENORE) a travaillé avec le réseau des CPAM et plus particulièrement pour la mise en place des plateformes d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS). Ainsi, dans son ensemble, le renoncement aux soins concerne, selon l'ODENORE, 26,5% des assurés sociaux.

Les personnes en situation de précarité renoncent plus souvent aux soins. Selon l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)¹⁹, 37% des personnes appartenant au premier quintile de revenus (de 0 à 952 €) déclarent avoir renoncé à au moins un soin contre 13% pour des personnes appartenant au dernier quintile (plus de 2222 €).

Le phénomène concerne majoritairement les soins dentaires (45,9% selon l'IRDES), l'optique, les consultations de médecins, puis les autres soins et examens.

Le renoncement à des soins de prothèses dentaires est particulièrement marqué chez les populations les plus précaires. Ainsi, 28,4% des personnes ayant des revenus compris dans le premier quintile déclarent avoir renoncé à des soins dentaires pour des raisons financières au cours des douze derniers mois ; la part s'élève à 16,2% pour les revenus médians (3^{ème} quintile, de 1 330 à 1 680 €) et à 7,5% pour les revenus du dernier quintile.

Les dispositifs de la CMU-C et de l'ACS contribuent à l'objectif de réduction du renoncement aux soins. En dépit de l'existence de ces mesures, le Fonds CMU-C note dans son rapport annuel sur les bénéficiaires de l'ACS que « *le taux de recours à ces soins coûteux [prothèses dentaires, optique et audioprothèse] est limité et que les restes à charge des personnes en consommant peuvent atteindre des niveaux relativement élevés, même s'ils ont tendance à décroître avec le niveau des garanties souscrites* ». Ainsi, les taux de recours aux soins dentaires augmentent avec le niveau de couverture offert par les différents contrats de l'ACS (21% pour les contrats A contre 25% pour les contrats C pour les soins dentaires curatifs).

1.1.3. *Avant la réforme de 2017, les montants maximaux ne s'appliquaient qu'aux soins dispensés aux bénéficiaires de la CMU-C*

Avant les modifications apportées par la réforme des tarifs opposables pour les bénéficiaires de l'ACS d'octobre 2017, les bénéficiaires de la CMU-C avaient déjà accès à des tarifs plafonnés pour plusieurs types de soins : optiques, audioprothèses, prothèses dentaires. Ces tarifs, opposables aux professionnels de santé, étaient composés du tarif de responsabilité de

¹⁹ IRDES, Enquête sur la santé et la protection sociale, 2012

la sécurité sociale augmenté d'un montant de dépassement (forfaits CMU-C) pris en charge par le fonds CMU-C.

La réforme a consisté à d'une part revaloriser les tarifs plafond du panier de soins prothétiques dentaire de la CMU-C et d'autre part appliquer ces tarifs plafonds aux bénéficiaires de l'ACS.

Ainsi, le panier de soins dentaires CMU-C comporte cinq grandes catégories d'actes répertoriés dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) :

- ▼ Prothèse fixe ou amovible ;
- ▼ Ablation d'une prothèse ;
- ▼ Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible ;
- ▼ Réparation d'une prothèse amovible ou adjonction ou changement d'un ou plusieurs éléments ;
- ▼ Changement ou remplacement de facettes sur prothèses amovibles.

Avant réforme, ces tarifs opposables concernaient jusqu'à 102 actes, 57 faisaient l'objet d'un dépassement autorisé. Cette disparité ne s'explique pas par la fréquence ou la nature des actes concernés, mais sont plutôt le fruit des négociations menées avec les chirurgiens-dentistes. Après réforme, l'ensemble des actes du panier fait l'objet de dépassement autorisé.

À titre d'exemple, le tableau ci-dessous présente les tarifs pris en charge pour les 3 principaux actes de la catégorie des prothèses fixes :

ACTES	TARIF DE RESPONSABILITE	DEPASSEMENT MAXIMUM AUTORISE
POSE D'UNE COURONNE DENTAIRE DENTOPORTEE METALLIQUE	107,50€	122,50€
POSE D'UNE COURONNE DENTAIRE DENTOPORTEE CERAMOMETALLIQUE	107,50€	267,50€
POSE D'UNE INFRASTRUCTURE CORONORADICULAIRE	107,50€	0,00€

Avant la mise en place de la nouvelle grille tarifaire de 2017, les bénéficiaires de l'ACS n'avaient pas accès à ces tarifs opposables en matière de soins prothétiques dentaires.

Quel que soit le contrat ACS retenu, le reste à charge moyen supporté par les bénéficiaires de l'ACS ayant consommé des soins prothétiques dentaires était significatif :

- ▼ 66% du coût total pour un contrat A²⁰ ;
- ▼ 44% pour un contrat B ;
- ▼ 30% pour un contrat C.

En conclusion, les bénéficiaires de l'ACS avaient accès à des soins prothétiques dentaires pour un coût significatif alors que les bénéficiaires de la CMU-C ont accès à un panier de soins sans restes à charge. Or, le revenu moyen des bénéficiaires de l'ACS est proche du plafond de revenu pour avoir le droit à la CMU-C²¹ et ne justifie donc pas une telle différence de reste à charge.

²⁰ Somme des coûts supportés par les assurés bénéficiant du contrat A, B ou C / Somme des dépenses en matière de soins prothétiques dentaires que les assurés ont consommés. Données issues du rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé bénéficiaire, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide octobre 2017.

²¹ En 2016, le revenu moyen d'une personne seule bénéficiant de l'ACS est de 9 407€, alors que le plafond CMU-C est de 8 653€.

1.2. Avec la réforme de 2017, les bénéficiaires de l'ACS ont accès aux mêmes prix plafonds que ceux du panier de soins dentaires CMU-C

1.2.1. La réforme, prévue par décret, a été adoptée dans le cadre d'un règlement arbitral à la suite de l'échec des négociations entre l'Assurance maladie et les chirurgiens-dentistes

Pour comprendre les enjeux de la réforme, il convient tout d'abord de faire un tour d'horizon des différents acteurs à l'origine de cette réforme.

Le fonds CMU-C, sous la tutelle de la DSS, a réalisé des travaux sur le renoncement aux soins des bénéficiaires de l'ACS. Ces travaux, en majorité retranscrits dans le rapport d'évaluation de la loi CMU, ont permis de mettre en avant l'importance du reste à charge pour les bénéficiaires de l'ACS. Lors du dernier rapport d'évaluation de la loi CMU de 2016, le fonds a établi un diagnostic sur le panier de soins prothétiques dentaires de la CMU-C.

Le fonds CMU-C est un acteur central de cette réforme puisqu'il a une connaissance solide du public concerné, en termes d'attentes vis-à-vis des remboursements de soins, de difficultés financières et d'état de santé.

La DSS au sein du ministère des solidarités et de la santé porte les réformes et prépare les textes qui seront par la suite étudiés au Parlement.

La CNAM est en charge des négociations avec les professionnels de santé et, dans ce contexte précis, avec les syndicats représentant les chirurgiens-dentistes. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoyait de permettre au règlement d'instaurer des tarifs plafonds pour les bénéficiaires de l'ACS, en cas d'échec des négociations entre les chirurgiens-dentistes et la CNAM. En 2017, la CNAM a débuté les négociations, mais n'est pas parvenue à trouver un accord avec les syndicats des chirurgiens-dentistes. En l'absence d'accord, M. Bertrand Fragonard a été désigné pour établir un règlement arbitral. Grâce à la loi santé de 2016 qui prévoyait cette évolution, l'application des tarifs plafonds des bénéficiaires de l'ACS a pu être opérée sans l'intervention de l'arbitre.

Un arrêté²² a par la suite fixé le montant des tarifs plafonds applicable. En raison des similitudes entre les bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C en termes d'état de santé dentaire et de revenus, il a été décidé d'étendre les tarifs plafonds des bénéficiaires de la CMU-C aux bénéficiaires de l'ACS. En outre, un deuxième arrêté avait lui-même modifié le panier de soins CMU-C, revalorisé les tarifs plafonds et introduit de nouveaux actes.

1.2.2. La réforme des prix plafonds contribue à réduire le reste à charge pour les bénéficiaires de l'ACS, voire à l'annuler pour certains soins prothétiques

L'application des prix plafonds du panier de soins dentaires CMU-C aux bénéficiaires de l'ACS vise à améliorer l'accès aux soins en limitant le renoncement. En effet, ce nouveau dispositif

²² Arrêté du 19 avril 2017 pris pour l'application de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale

diminue les dépenses restant à la charge de ces patients pour une majorité d'actes, voire les annule (par exemple, 73 actes sur 109 pour le contrat C). Ainsi, plusieurs actes sont désormais intégralement remboursés après l'intervention des organismes complémentaires.

Cette réforme entraîne donc une baisse du reste à charge après application des tarifs plafonds, quel que soit le niveau de garantie du contrat (A, B ou C).

Nombre d'actes avec et sans reste à charge (RAC) selon le niveau de garantie du contrat ACS, parmi les 109 actes du panier prothétique dentaire (hors orthodontie)

	Sans RAC	Avec RAC
Contrat A 125 %	46	63
Contrat B 225 %	65	44
Contrat C 300 %	73	36

Répartition des actes prothétiques dentaires laissant un reste à charge selon le montant du reste à charge (hors orthodontie)

	RAC < 100 €	100 € < RAC < 400 €	RAC > 400 €
Contrat A 125 %	24	20	19
Contrat B 225 %	10	29	5
Contrat C 300 %	26	10	0

Source : Fonds CMU-C

2. Un an après son entrée en vigueur, son application et son suivi pourraient être améliorés en perspective de la réforme du « 100 % santé »

2.1. Si la réforme des tarifs plafonds en matière de soins prothétiques dentaires pour les bénéficiaires de l'ACS semble appliquée, les différents acteurs ont mis en place des stratégies d'accompagnement et de communication plus ou moins élaborées

2.1.1. L'appropriation de la réforme est différente selon les acteurs de terrain

Les CPAM présentent des niveaux variables d'engagement dans la réforme en matière de communication, de suivi, de contrôle et de partenariats.

Nous avons adressé des questionnaires à l'ensemble des CPAM et avons reçu en retour 31 réponses complètes et exploitables. Les Caisses ayant répondu couvrent 31,7 % de la population française.

La mise en œuvre d'actions de communication à destination des assurés sociaux est prévue par la lettre-réseau CNAM LR-DDGOS-75-2017 qui précise : « Afin d'informer les patients de ces nouvelles mesures, et plus particulièrement les patients bénéficiaires de l'ACS, des courriers types nationaux seront diffusés courant du dernier trimestre 2017 ».

Pour autant, seules 4 CPAM indiquent avoir reçu lesdits courriers et 3 mentionnent l'existence d'un kit de communication transmis par le national. Finalement, ce sont seulement 14 CPAM sur 31 qui ont informé les bénéficiaires de l'ACS de la mise en œuvre de la réforme. Divers

canaux ont été utilisés : courriers, mails, affichages dans les espaces accueil, campagnes de presse.

En parallèle, il convient de noter que des actions plus générales de promotion des dispositifs de CMU-C et d'ACS sont régulièrement menées sur le plan local afin de lutter contre le non-recours aux droits.

La communication à destination des chirurgiens-dentistes a été plus soutenue, 26 CPAM sur 31 ayant informé les professionnels de santé concernés sur leur département. Là encore, les Caisses ont utilisé les canaux classiques mais ont peu mobilisé leur réseau de délégués de l'Assurance maladie (DAM) sur cette problématique particulière. Elles ont eu recours à des appels téléphoniques en cas de dépassements d'honoraire signalés. Au niveau national, afin d'aider les professionnels de santé dans la pratique du tiers payant, la CNAM a mis en place une plateforme de service et d'accompagnement individualisé, appelé centre de service inter régimes (CESI), accessible par tchat via l'espace Pro.

Enfin, la communication vers les autres partenaires, associatifs notamment, a été réalisée de façon hétérogène. Si certaines Caisses l'ont intégrée dans celle relative à la CMU-C et à l'ACS, d'autres ont diffusé des informations spécifiques sur cette réforme à leur réseau partenarial (services sociaux des organismes de sécurité sociale, des établissements de santé, CCAS, missions locales, PASS, etc.).

Concernant le suivi et le contrôle, la majorité des CPAM déclare ne pas avoir reçu les instructions DCGDR prévues par la lettre-réseau LR-DDGOS-75-201. Si le système d'information permet d'identifier les soins prothétiques dentaires délivrés aux bénéficiaires de l'ACS, il n'existe pas de rejet automatique des dépassements d'honoraires pour ce type de soins et peu de requêtes ont été mises en place pour vérifier la bonne application de la mesure (côté ordonnateur et côté agent comptable). Il n'existe pas de contrôle sur ce thème prévu au plan de contrôle socle de l'agent comptable (PCSAC).

Les organismes complémentaires n'ont pas rencontré de difficultés particulières pour mettre en œuvre la réforme.

Il convient de noter que les CPAM indiquent n'avoir rencontré aucune difficulté avec les organismes complémentaires pour le remboursement des soins concernés.

Nous nous sommes adressés à Harmonie Mutuelle afin de savoir comment cette réforme avait été accueillie et mise en œuvre au niveau des organismes complémentaires. Il ressort de ces échanges que les organismes complémentaires n'ont pas été associés par les pouvoirs publics à l'élaboration de la réforme ; la mutuelle n'a pas été consultée en amont.

Sur le plan de la communication, aucun dispositif spécifique n'a été déployé à destination des adhérents. La mutuelle déclare également ne pas avoir de visibilité sur la satisfaction de ses adhérents à l'égard de cette réforme.

Par ailleurs, si aucune anomalie n'a été constatée lors de la mise en place des tarifs plafonds pour les prothèses dentaires, il n'y a pas eu de nouvelles modalités de contrôles.

Concernant les chirurgiens-dentistes, les modifications apportées au système d'information de l'Assurance maladie offrent une certaine garantie quant à la bonne application des tarifs plafonds. Toutefois, en l'absence de contrôles systématiques de la part des CPAM, il apparaît délicat d'affirmer que la réforme est pleinement appliquée ; des risques tels les refus d'application du tiers-payant ou les refus de soins demeurent.

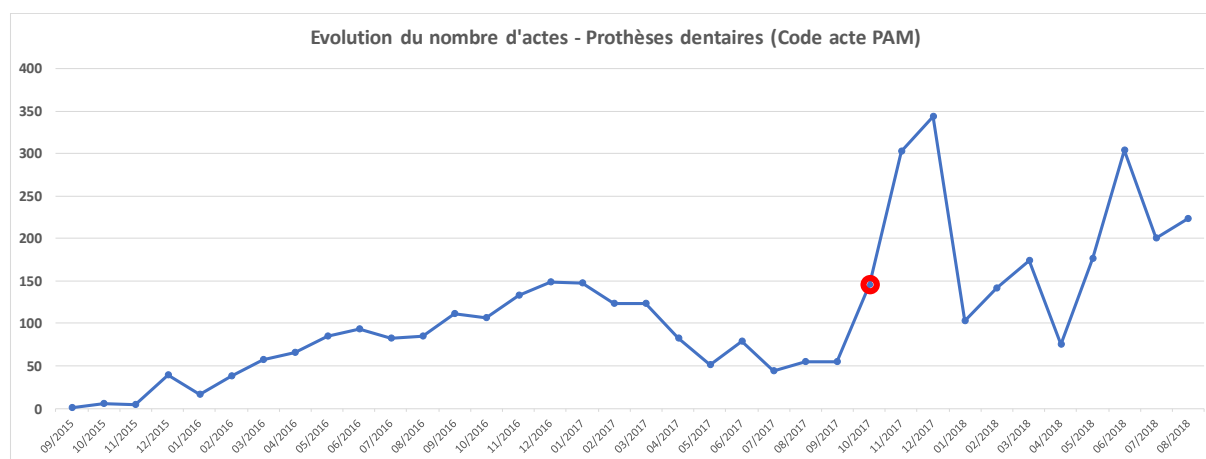
Les négociations conventionnelles ont été difficiles et ont dégradé les relations entre les chirurgiens-dentistes et les CPAM. Les retours des visites des DAM font ressortir des réticences de certains chirurgiens-dentistes vis-à-vis de cette réforme. Certains de ces professionnels de santé estiment travailler à perte avec la mise en place de ces plafonds.

Les chirurgiens-dentistes font également part de difficultés de remboursement de la part complémentaire. Ils ne sont pas toujours informés de la possibilité d'adresser un flux unique, non éclaté, à la CPAM (celle-ci remboursant alors la part obligatoire et la part complémentaire, puis se tournant vers l'organisme complémentaire concerné). Cette mauvaise information se traduit également par des difficultés dans la facturation : les cotations en forfait CMU-C sont parfois utilisées à tort, ce qui entraîne des rejets.

Si la réforme est globalement bien appliquée, il existe néanmoins des situations, difficiles à quantifier, qui sont préjudiciables pour les bénéficiaires de l'ACS (refus de soins, non-application du tiers-payant, etc.). Les PFIDASS interviennent fréquemment sur ces thématiques.

2.1.2. Malgré une hausse constatée de la consommation des soins prothétiques au lendemain de la réforme et une baisse du reste à charge pour les assurés concernés, ce dispositif reste encore trop méconnu des bénéficiaires de l'ACS

D'après une étude réalisée par Proxime santé²³ pour le Fonds CMUC, un pic du recours aux soins prothétiques dentaires est observé d'octobre 2017 à janvier 2018. Ce phénomène peut être interprété comme la résultante d'une « file d'attente » qui se serait créée avant l'entrée en vigueur de la réforme : plusieurs bénéficiaires de l'ACS ont pu avoir accès aux soins auxquels ils avaient précédemment renoncé du fait de leurs coûts.



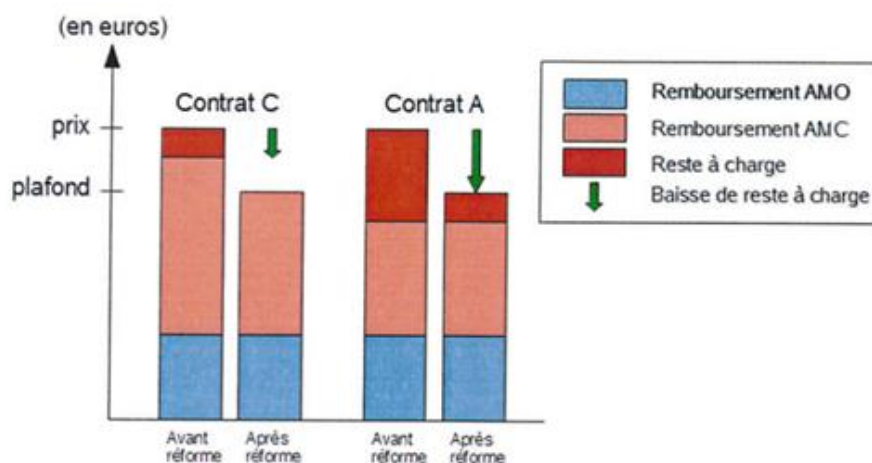
Source : Proxime Santé

En effet, la mise en place de la réforme des prix plafonds a considérablement réduit le reste à charge des bénéficiaires de l'ACS. Ainsi, selon la DREES, "les adhérents à un contrat C ACS

²³ Un des onze groupements d'organismes complémentaires proposant des contrats éligibles à l'ACS

disposent après la réforme d'un taux de prise en charge équivalent aux 10% de bénéficiaires de contrats individuels les mieux couverts en 2016”.

Quel que soit le type de contrat choisi par l'assuré bénéficiaires de l'ACS, une baisse du reste à charge à la suite de l'application de la réforme est constatée.



Source : DREES

Le dispositif des prix plafonds s'adresse à tous les bénéficiaires de l'ACS, c'est-à-dire aux personnes bénéficiant déjà de l'ACS ainsi qu'aux nouveaux entrants. La communication autour de cette réforme apparaît donc comme un point crucial pour assurer une application optimale des nouveaux tarifs plafonds et assurer l'accès aux soins des bénéficiaires pour des soins pour lesquels les taux de renoncement sont élevés.

Sur les 31 réponses exploitables des CPAM interrogées, 14 ont indiqué avoir effectué une action de communication spécifique aux titulaires de l'ACS. Ainsi, certaines caisses ont envoyé un mail ou un courrier aux personnes concernées pour les informer de la mise en œuvre de la réforme. D'autres caisses ont spécifié avoir par exemple créé des affiches, inséré des articles dans la presse, mis en œuvre des actions spécifiques pour les assurés ayant subi des dépassements d'honoraires ou encore informé leurs partenaires institutionnels et associatifs (CCAS...). Au niveau national, un encart a été créé à la suite de la réforme pour informer l'ensemble des assurés ayant un compte Ameli.

Il apparaît que la communication déployée a globalement été principalement tournée vers les professionnels de santé. Les assurés n'ont fait l'objet qu'assez marginalement d'actions directes de communication spécifique. En revanche, plusieurs des caisses interrogées ont mis en avant les liens qu'elles ont effectués entre la réforme et leur plateforme PFIDASS ou plus largement leurs partenaires.

Les plateformes PFIDASS ont spécifiquement promu la réforme, leur objectif étant la détection des bénéficiaires n'ayant pas recours aux soins ou ne connaissant pas leurs droits.

En parallèle, certaines associations se sont saisies du sujet et ont mis en œuvre des actions spécifiques. Ainsi ATD Quart Monde a transmis une lettre d'information en interne afin que les

professionnels ayant connaissance de situations de renoncement aux soins puissent se rapprocher des personnes concernées. Nous avons pu contacter des bénéficiaires de l'ACS accompagnés par une dentiste responsable d'ATD Quart Monde : ils nous ont fait part de leur connaissance de la réforme grâce à l'intervention de l'association. Cependant, il est notable que les associations caritatives œuvrant pour l'accès aux soins sont généralement « concentrées » sur les bénéficiaires de l'AME, de la CMU-C ou n'étant pas encore dans une situation régularisée avec l'Assurance maladie. Les actions en direction des bénéficiaires de l'ACS existent mais semblent plus limitées.

La réforme des tarifs plafonds, bien que pouvant en théorie toucher un nombre significatif de personnes, n'a pas fait l'objet d'évaluation globale quant à son effet. La communication sur cette évolution est restée faible et le dispositif demeure largement méconnu par les assurés bénéficiaires de l'ACS.

2.2. En perspective des réformes à venir, il convient de renforcer l'accompagnement et le suivi de ce type de dispositifs

2.2.1. Afin que la réforme bénéficie pleinement aux assurés, les organismes doivent être plus pro-actifs dans les modalités d'accompagnement

Recommandation n°1 : lancer une campagne de communication autour des tarifs plafonds (puis du « 100 % santé ») dont bénéficient les assurés relevant de l'ACS.

Les assurés doivent être informés de leurs droits afin de permettre une réelle amélioration de leur état de santé. Les bénéficiaires de l'ACS n'ont pas été systématiquement ciblés par une campagne de communication visant à les informer de l'introduction de ces tarifs plafonds : seules 14 CPAM sur 31 ont réalisé des démarches en ce sens. Des informations relatives à ces prix plafonds sont certes disponibles sur ameli.fr, mais pour y accéder l'assuré doit faire la démarche de se renseigner sur ses droits s'il est bénéficiaire de l'ACS. Une campagne de communication directe aurait pu inciter les assurés à entamer des démarches pour améliorer leur santé dentaire.

La communication pourrait donc être davantage ciblée vers les bénéficiaires de l'ACS pour renforcer la lisibilité du dispositif. De plus, l'extension de la CMU-C annoncée par le gouvernement suppose la mise en place de nouvelles modalités pour les assurés éligibles. La campagne de communication de la Cnam pourrait être établie en partenariat avec les différents acteurs (notamment le fonds CMU-C et les organismes complémentaires) pour améliorer la cohérence d'ensemble. Par ailleurs, au regard de la prochaine réforme du « 100 % santé », il conviendrait de faire de la pédagogie auprès de l'ensemble des assurés en élaborant une stratégie, puis une campagne de communication cross-canal (coconstruite par la CNAM, le fonds CMU-C, les organismes complémentaires et les partenaires).

Dans le cadre de cette stratégie de communication, les informations nécessaires pour les bénéficiaires de l'ACS sur les soins dentaires pourraient leur être diffusées plus simplement. Avec la venue des futures réformes, des fiches pratiques pourraient être élaborées, à l'aide de méthodes de design-thinking, et largement diffusées.

Recommandation n°2 : personnaliser le compte ameli dont bénéficient les assurés relevant de l'ACS pour mieux faire connaître le dispositif des tarifs-plafonds (et *in fine* le « 100 % santé »)

Des informations adaptées au profil de l'assuré pourraient être mises à disposition sur le compte ameli des bénéficiaires de l'ACS.

Ces informations personnalisées pourraient les orienter et leur expliquer les démarches nécessaires pour bénéficier des tarifs-plafonds. Cette personnalisation pourrait prendre la forme de « pop-ups » ou de « flash infos » courts.

Recommandation n° 3 : dans le cadre de Pfidass, former les agents d'accueil des CPAM ainsi que les partenaires à la détection des situations de renoncement aux soins prothétiques dentaires, et à l'accompagnement personnalisé des assurés bénéficiant des prix-plafonds

Cette mobilisation pourrait s'intégrer dans le cadre plus global de la création récente des plateformes d'intervention départementales pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS) dans les CPAM. Ces plateformes ont pour but de repérer des situations de renoncement aux soins et d'y remédier de manière pro-active. Les conseillers effectuent un bilan complet des droits des assurés quand les difficultés sont décelées, élaborent un plan d'action et mettent en œuvre un plan d'accompagnement personnalisé.

Afin de mieux faire connaître le dispositif de l'ACS et des tarifs-plafonds (ainsi que les dispositifs à venir) et de mieux articuler l'information et l'accompagnement, les conseillers de service de l'assurance maladie et les téléconseillers pourraient être plus largement formés à la détection des situations de renoncement aux soins dentaires, à l'orientation des assurés vers la PFIDASS et à l'accompagnement sur le terrain des bénéficiaires de l'ACS (RDV personnalisés par exemple). Cela supposerait d'organiser leurs montées en compétences vers ces sujets en systématisant à court terme des plans de formation spécifiques. Ces plans de formation pourraient également être déployés vers les organismes complémentaires et les partenaires, ce qui contribuerait à harmoniser la communication et l'accompagnement.

Recommandation n°4 : mettre en place un référent unique, pour porter une offre de service globale à destination des bénéficiaires de l'ACS et lutter plus efficacement contre le renoncement aux soins dentaires

L'accompagnement global des assurés pourrait être renforcé en « *organisant un accompagnement des personnes vers l'ensemble de leurs droits, lorsqu'ils sont déjà connus des gestionnaires, et vers leurs droits, lorsqu'ils ne sont pas encore connus de ces gestionnaires* »²⁴. Cette logique de parcours, déjà expérimentée au sein des organismes de Sécurité sociale, pourrait être accrue par l'instauration d'un référent unique, par CPAM, pour

²⁴ Rapport de Christine Cloarec-Le Nabour et de Julien Damon, « La juste prestation pour des prestations et un accompagnement ajustés »

les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Ce référent serait chargé d'étudier leur situation administrative et de les orienter en fonction de leurs besoins vers les partenaires compétents et les professionnels de santé. Il pourrait orienter principalement son action sur les bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C et les suivre de manière plus coordonnée, en partenariat avec les organismes complémentaires.

Avec la réforme du 100 % santé, il conviendrait à moyen terme d'élaborer une offre de service globale impliquant l'ensemble des actions à destination des bénéficiaires de l'ACS. Cette offre de service comprendrait l'ensemble des dispositifs auxquels ont droit les bénéficiaires de l'ACS (notamment les prix-plafond sur les prothèses dentaires) ainsi que la prévention. Elle serait portée par l'ensemble des acteurs (y compris les professionnels de santé). Pour permettre un déploiement efficace de cette offre de service globale, la CNAM pourrait inciter les CPAM à mettre en œuvre des partenariats locaux, notamment avec les CAF, les CARSAT, les départements et les associations. Un kit CNAM pourrait être fourni sur ces sujets pour simplifier la mise en place au niveau local. Les DAM pourraient être chargés de porter cette offre de service globale auprès des professionnels de santé.

Recommandation n°5 : Refondre ou élargir le panier de soins dentaires en perspective des futures réformes

Si l'introduction des plafonds dentaires a permis de réduire les dépenses de soins des assurés, une refonte ou un élargissement du panier de soins pourrait être envisagés dans le cadre des prochaines réformes. En effet, la réforme sur les tarifs plafonds n'a pas introduit d'avancées majeures sur la prise en charge des soins conservateurs, les soins concernés étant dans leur majorité des soins réparateurs. La parodontie, par exemple, n'est pas incluse dans le panier de soins.

Revoir le panier de soins supposerait de réfléchir à un panier de soins dentaires « solidaire »²⁵. Ce panier de soins aurait pour vocation d'être accessible aux bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C sans barrières financières. Il regrouperait l'ensemble des soins dentaires curatifs ou préventifs qui bénéficieraient d'une couverture.

2.2.2. Il convient de mettre en œuvre un suivi et un contrôle plus systématiques, pour s'assurer de la bonne application de la réforme (via l'analyse des données du SI pour une évaluation ex-post)

Recommandation n°6 : prévoir des requêtes nationales (à fournir clé en main aux caisses locales) pour le suivi et le contrôle de l'application de la mesure

Des requêtes nationales pourraient être mises en œuvre et fournies clé en main par la CNAM aux caisses locales afin d'harmoniser les modalités de contrôle. Cela permettrait de détecter

²⁵ Note du Conseil d'analyse économique (CAE) pour un système de santé plus efficace, 8 Juillet 2013.

rapidement les applications insuffisantes dudit dispositif et de préparer les futures réformes. Par ailleurs, des contrôles embarqués et des évaluations plus régulières pourraient être mis en place.

Recommandation n°7 : systématiser les contrôles des pratiques des professionnels de santé et revoir l'effectivité des sanctions pour les professionnels de santé

Aucun contrôle spécifique n'a été réalisé sur de potentiels refus de soins ou erreurs volontaires de cotations de la part des chirurgiens-dentistes. Les contrôles des chirurgiens-dentistes par le service médical pourraient être systématisés pour lutter davantage contre le dépassement d'honoraires et le refus des soins.

Il conviendrait de revoir les sanctions applicables aux chirurgiens-dentistes et ce d'autant plus que la fusion de l'ACS et de la CMU-C sera opérée prochainement. Les régimes juridiques applicables pourraient être simplifiés pour les rendre plus opérants et aller éventuellement au-delà d'une logique incitative. Cela supposerait d'effectuer en amont un état des lieux complet de ces régimes juridiques.

3. Les futures réformes annoncées transformeront en profondeur le dispositif actuel

3.1. Le « 100% santé » offrira à l'ensemble des français la possibilité d'opter pour un panier reste à charge nul, notamment pour certains soins prothétiques dentaires

Pendant la campagne de 2017, le président de la République s'est engagé à donner à tous les Français un accès à des soins pris en charge à 100 % dans le domaine de l'audiologie, de l'optique et du dentaire. L'objectif est de lutter contre le non-recours aux soins les plus onéreux.

Annoncé par le gouvernement en juin 2018, le projet « 100% santé » (également désigné comme « reste à charge zéro » ou « RAC 0 ») doit permettre à terme le remboursement intégral de certaines lunettes ainsi que de certaines prothèses dentaires et auditives.

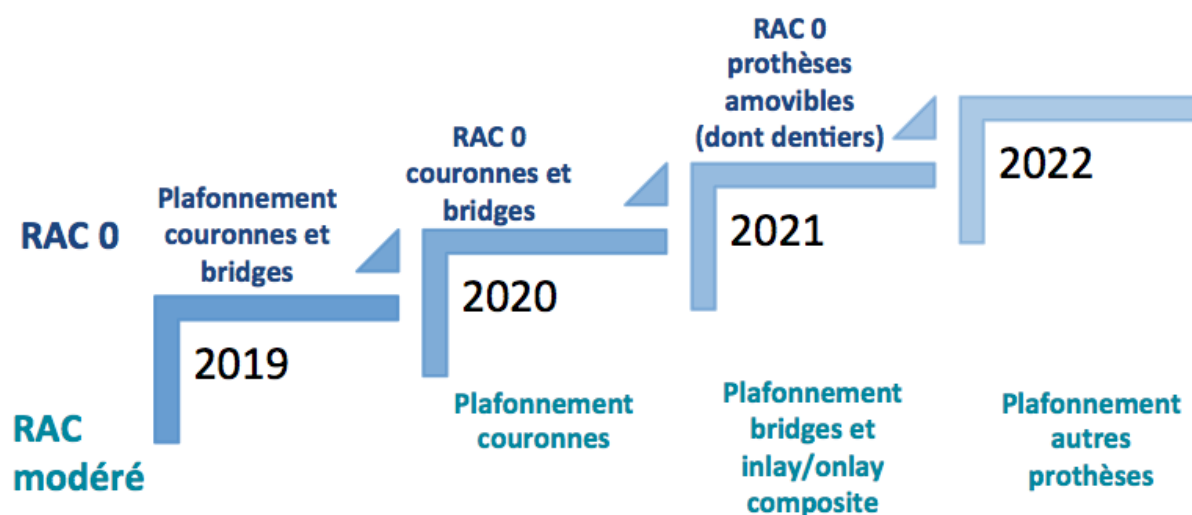
Fruit d'une concertation avec les différents acteurs de la santé et professionnels des secteurs concernés, cette réforme destinée à définir un panier « 100% santé » se fera progressivement. Ainsi, les actes concernés seront de mieux en mieux remboursés jusqu'à une prise en charge totale par l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire. La mise en œuvre de cette réforme sera notamment spécifiée dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2019.

Concernant les soins dentaires, le 21 juin 2018, l'Assurance maladie a conclu une convention nationale avec les syndicats représentant des chirurgiens-dentistes (deux sur trois ont signé). Cette dernière a été approuvée par arrêté du 25 août 2018. La convention s'articule autour de 4 grands axes²⁶ :

²⁶ « Accord avec les chirurgiens-dentistes - Au service d'une meilleure santé buccodentaire en France », dossier de presse Assurance maladie 04/06/2018.

- ▼ La création de plafonds de tarifs opposables pour 70 % des actes prothétiques réalisés. Une large partie de ces actes (46%) sera remboursée intégralement, sans aucun reste à charge pour l'assuré ;
- ▼ La revalorisation sensible des soins courants (entre 40 et 60%), qui doit permettre d'encourager la progression des soins conservateurs (par exemple, le traitement des caries) ;
- ▼ Des mesures de prévention pour la préservation de la santé buccodentaire, avec une attention particulière portée sur les enfants et les jeunes ;
- ▼ Des dispositions pour une meilleure prise en charge des populations les plus fragiles (patients diabétiques, sous traitement anticoagulants ou en situation de handicap mental).

À mesure que la tarification des soins conservateurs sera rehaussée, un nombre croissant d'actes prothétiques sera plafonné entre le 1^{er} avril 2019 et le 1^{er} janvier 2023.



Il est également à noter que trois paniers de soins différents seront proposés aux assurés :

- ▼ Un panier dit « Reste à charge 0 », intégralement remboursé (il devrait concerner 46 % des actes effectués aujourd'hui) ;
- ▼ Un panier aux tarifs maîtrisés, via des prix plafonnés (25 %) ;
- ▼ Un panier aux tarifs libres permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués (29 %).

Pour les deux premiers paniers, les tarifs varient en fonction des matériaux utilisés et de la localisation de la dent. Ces deux paniers de soins « RAC 0 » et « RAC maîtrisé » intègrent toutes les techniques et matériaux nécessaires à une prise en charge de qualité. Ainsi, les matériaux utilisés changent en fonction de la localisation de la dent afin de prendre en compte les questions sanitaires et esthétiques.

Les nouvelles dispositions conventionnelles mentionnées ci-dessus profiteront également aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Dans son article 8, la convention de juin 2018 indique que les signataires souhaitent maintenir un accès amélioré aux soins dentaires pour ces bénéficiaires.

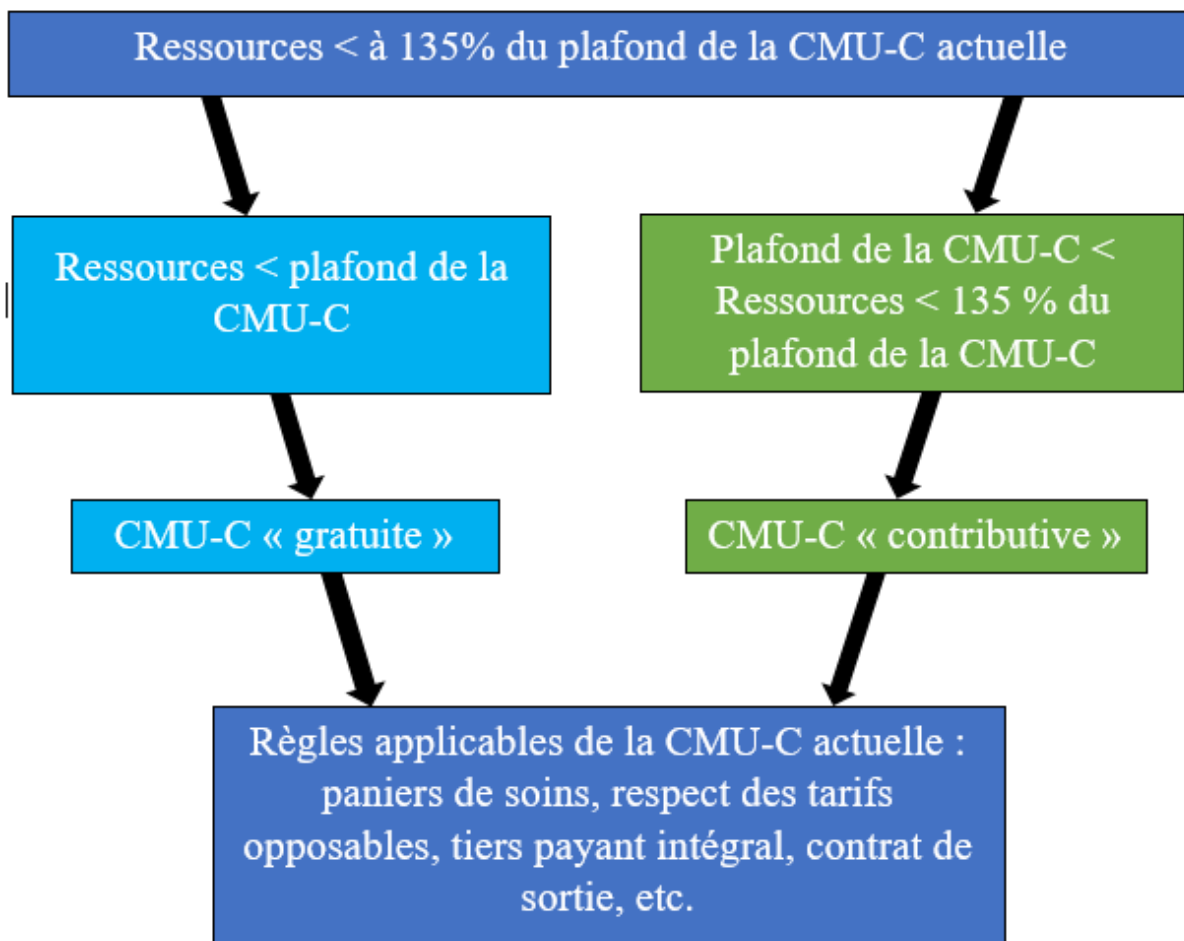
Ainsi, il est prévu de réévaluer les tarifs opposables de certains actes déjà pris en charge dans le cadre de la CMU-C et de l'ACS (actes de réparation de prothèses amovibles et actes de prothèses amovibles transitoires et couronne transitoire). De nouveaux actes pourront également faire l'objet de tarifs opposables.

Enfin, les montants maximaux pourront être réévalués si l'évolution du total des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS évolue de plus de 15 % par rapport au 31 décembre 2017.

3.2. Pour les plus modestes, l'extension de la CMU-C permettra de lutter contre le non-recours à ce type de dispositif et d'offrir un meilleur niveau de remboursement.

Le gouvernement français a annoncé en septembre 2018 les axes de son plan de lutte contre la pauvreté. Le troisième axe, concernant la simplification du système social français, inclut la fusion de la CMU-C aux personnes actuellement éligibles à l'ACS pour rendre ces aides financières plus lisibles et améliorer le taux de recours. Le coût supplémentaire induit par cette réforme (500 millions d'euros entre 2019 et 2022) sera pris en charge par le Fonds CMU-C.

Partant du constat que le taux de non-recours pour l'ACS est particulièrement élevé, notamment pour des raisons financières et de complexité administrative, la fusion de l'ACS et de la CMU-C poursuivra un objectif de réduction, voire de suppression du reste à charge, et de simplification des démarches. Inscrite dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2019, la réforme sera effective au 1^{er} novembre 2019. L'ACS disparaîtra au profit d'une CMU-C « contributive », c'est-à-dire pour laquelle les assurés devraient participer financièrement selon leur âge, dans la limite d'un plafond (5% du plafond de la CMU-C pour une personne seule en France métropolitaine, soit environ 440 euros). Cette participation sera déterminée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et pourra être réévaluée chaque année, au moment du renouvellement de la complémentaire santé. Ainsi coexisteraient une CMU-C dite « gratuite », qui correspondra à la CMU-C actuelle, et une CMU-C contributive qui remplacera l'ACS actuelle.



Après la réforme, les bénéficiaires de la CMU-C contributive pourront choisir leur organisme complémentaire sur le formulaire de demande initiale. La principale cause du non recours aux soins est actuellement liée à des restes à charge trop élevés pour les assurés. La fusion de la CMU-C et de l'ACS, en annulant les restes à charge pour davantage de bénéficiaires sur un panier de soins large, devrait ainsi contribuer à un meilleur accès aux soins. L'introduction des tarifs plafonds pour les bénéficiaires de l'ACS en octobre 2017 avait déjà amorcé la poursuite de cet objectif de réduction des restes à charge.

Pour préparer au mieux cette fusion ainsi que la réforme du « 100 % santé », la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'Assurance maladie le 21 juin 2018 prévoit la création d'un groupe de travail²⁷. Son objet sera de préparer un avenant afin d'adapter les tarifs plafonds aux besoins des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Il s'agira notamment de faire en sorte que ces bénéficiaires aient *a minima* accès à l'ensemble des soins prévus dans le panier « 100% santé ».

²⁷ Références CMU n°73

CONCLUSION

Le PLFSS 2019 prévoit de réformer en profondeur les dispositifs et les garanties à destination des personnes ayant des revenus modestes afin d'améliorer leur accès aux soins.

Pour autant cette recherche-action a permis de mettre en évidence des enseignements pour l'application de ces réformes tant en matière d'accompagnement, que de communication, de suivi et de contrôle.

Revues :

- ▼ La CMU-C et l'ACS réduisent les inégalités en soutenant le pouvoir d'achat des plus modestes, Les dossiers de la DREES, Octobre 2016, N°7.
- ▼ Qui va financier le reste à charge zéro ? Alternatives économiques, 2018, n°378.
- ▼ Actualités de l'accès aux droits. Regards Protection sociale, 2014, n°46.
- ▼ A. Lapinte, revue ADSP n°102 sur le reste à charge en santé
- ▼ Les quatre axes du « plan pauvreté » de Macron : petite enfance, emploi, aides sociales et logement. Le Monde, 12/09/2018.

Rapports et études :

- ▼ Diagnostic descriptif du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la seconde vague de généralisation des PFIDASS, ODENORE, mars 2018, 60 pages.
- ▼ VIIème rapport d'évaluation de la loi CMU, Fonds CMU-C, 2016, 194 pages.
- ▼ Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé : bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide, Fonds CMU-C, octobre 2017, 71 pages.
- ▼ Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale, Cour des Comptes, Septembre 2016, 724 pages.
- ▼ Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, Cour des Comptes, Mai 2015, 153 pages.
- ▼ Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins, DREES, Études et résultats n°944, décembre 2015.

Notes :

- ▼ Note du Fonds CMU-C à l'attention du directeur de la DSS, Prise en charge des soins dentaires par les contrats ACS compte tenu des tarifs plafonds définis dans le règlement arbitral, 20 mars 2017
- ▼ Note du Fonds CMU-C à l'attention du directeur de la DSS, Analyse de la prise en charge et de la fréquence des actes du panier de soins dentaires pour les bénéficiaires de l'ACS au regard des tarifs plafonds définis dans le règlement arbitral, 19 mai 2017
- ▼ Note du Fonds CMU-C à l'attention du directeur de la DSS, Incidence de l'application des tarifs plafonds du panier de soins prothétiques dentaires CMU-C aux bénéficiaires de l'ACS, 31 mai 2017

Enquête :

- ▼ Enquête européenne SILC-SRCV, dispositif SRCV de l'Insee

Dossier de presse :

- ▼ Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2019, Ministère chargé de la santé
- ▼ « Accord avec les chirurgiens-dentistes - Au service d'une meilleure santé buccodentaire en France », Assurance maladie 04/06/2018.

La mise en œuvre de l'introduction de tarifs plafonds pour les soins prothétiques dentaires des bénéficiaires de l'ACS.

Modalités, effectivité, incidences et perspectives.

L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) a été créée par la loi du 13 août 2004. Son objectif est de permettre aux personnes ayant des ressources comprises entre le plafond de la CMU-C (8 810€ par an pour une personne en 2018) et un plafond supérieur égale à 135% du plafond CMU-C (11 894 €), de financer leur complémentaire santé grâce à une aide financière versée sous forme de chèque. Trois types de contrats de complémentaire santé sont disponibles, offrant des remboursements de panier de soins plus ou moins étendu.

Malgré l'existence de ce dispositif, certains frais continuaient à présenter un reste à charge trop élevé notamment les soins prothétiques dentaires. La réforme des prix plafonds de 2017 a été mise en œuvre pour étendre les prix plafonds pour les soins prothétiques dentaires appliqués aux bénéficiaires de la CMU-C aux bénéficiaires de l'ACS. Ainsi les bénéficiaires de l'ACS ont vu leur reste à charge pour les soins prothétiques dentaires se réduire voire être supprimés pour certains soins pour les personnes ayant choisi le contrat offrant le plus de garanties (le contrat C).

La mise en œuvre de cette réforme au sein des organismes de sécurité sociale (OSS) et des organismes complémentaires est effective depuis le 1^{er} octobre 2017. L'élaboration de stratégies d'accompagnement, de communication et de contrôle dépend de l'appropriation de la réforme par les différents OSS. Ces disparités sont source d'inégalités territoriales qu'il conviendra de corriger dans le cadre de la mise en place des futures réformes : le « 100 % santé » et la fusion de la CMU-C et de l'ACS.

Personnes auditionnées :

- ▼ Mme Sarah Sauneron, DSS
- ▼ Mme Marion Billon-Galland, DSS
- ▼ Mme Raphaëlle Verniolle, CNAM
- ▼ Mme Virginie Bérissou, CPAM du Vaucluse
- ▼ Mme Edith Christophe, CPAM du Vaucluse
- ▼ Mme Monique Gimenes, CPAM du Vaucluse
- ▼ Mme Sandrine Giraud, CPAM du Vaucluse
- ▼ Mme Céline Kersuzan, CPAM du Vaucluse
- ▼ M. Denis Quinti, CPAM du Vaucluse
- ▼ Mme Christelle Damien, CPAM du Doubs
- ▼ Mme Céline Varraut, CPAM du Gard
- ▼ Mme Sarah Vignal, CPAM de la Haute Loire
- ▼ M. Amaury Reynaud, CPAM de la Loire
- ▼ Dr. Huguette Boissonnat, association ATD Quart-Monde et chirurgien-dentiste
- ▼ M. Stéphane Mellet, Harmonie Mutuelle
- ▼ Mme Haide A., assurée bénéficiaire de l'ACS
- ▼ Mme Christelle S-L., assurée bénéficiaire de l'ACS
- ▼ Mme Marie-France Z., assurée.

Trame entretien CPAM :

Communication /promotion du dispositif :

- ▼ Comment avez-vous été informés de la réforme (lettre réseau...) ?
- ▼ Quel plan de communication avez-vous mis en œuvre (public, canal, message) ?
- ▼ La communication s'est-elle faite au niveau local ou national ?
- ▼ Quels en sont les résultats, les effets ?
- ▼ De quoi auriez-vous besoin pour développer la communication autour de cette réforme. Ressentez-vous le besoin de plus communiquer ?

Accompagnement des PS :

- ▼ Avez-vous reçu des consignes ou recommandations du national en ce qui concerne la manière d'accompagner les professionnels de santé dans la mise en œuvre de la réforme ? Si oui, lesquelles ?
- ▼ Quelles sont les actions que vous avez mises en œuvre, ou que vous prévoyez de mettre en œuvre, pour accompagner les professionnels de santé ?
- ▼ Quels sont les agents de la CPAM impliqués (DAM, autres...) ?
- ▼ Avez-vous mis en place des mesures incitatives ? Le cas échéant, précisez les actions qui relèvent d'une initiative locale.
- ▼ Quel premier bilan en tirez-vous ? Quelles sont les actions qui fonctionnent bien ? Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'accompagnement des professionnels de santé ?
- ▼ D'après-vous, quels nouveaux types d'actions faudrait-il développer ? Qu'est-ce qui pourrait vous aider pour mieux accompagner les professionnels de santé (au niveau national ou local) ?

Suivi et contrôle de la mise en œuvre de la réforme :

- ▼ Comment la CPAM suit-elle la mise en œuvre de la réforme par les PS ? Quels sont les problèmes identifiés ? Quels sont vos points de contrôle ? Avec quels outils (nationaux et/ou locaux) ?
- ▼ Existe-t-il un codage spécifique pour repérer les bénéficiaires du dispositif ?
- ▼ Quel bilan / retours d'expériences tirez-vous des contrôles opérés au niveau national et au niveau local (notamment en termes de respect des prix plafonds) ?
- ▼ Y aura-t-il un indicateur CPG spécifique à cette mesure ? D'autres indicateurs seront-ils potentiellement modifiés par l'application de cette mesure ? Pensez-vous que l'atteinte de l'objectif CPG sera réalisable sur cet exercice ?

Articulation avec les autres dispositifs / partenariats :

- ▼ L'introduction de tarifs plafonds pour les prothèses dentaires pour les bénéficiaires de l'ACS a-t-elle :
 - Été intégrée dans des dispositifs d'accès aux soins/aux droits type Planir ou Pfidass ?
 - Été évoquée avec les acteurs locaux (CCAS, missions locales, Centre d'hébergement d'urgence...) ?
- ▼ S'agit-il de décisions / initiatives locales ou avez-vous reçu des consignes de la caisse nationale ?
- ▼ Malgré la courte période d'application de cette réforme, avez-vous déjà connaissance de bonnes pratiques nécessaires à la réussite de cette réforme, dans l'articulation avec les autres dispositifs et dans vos différents partenariats ? Des difficultés à surmonter ?

Trame entretien ATD Quart Monde / dentiste :

Présentation

- ▼ Pouvez-vous nous préciser vos fonctions au sein d'ATD Quart-Monde ?
- ▼ Les bénéficiaires de l'ACS constituent-ils une part significative de vos publics ?

Communication

- ▼ Comment avez-vous été informé de la réforme (canal, source, message) ?
- ▼ Comment l'avez-vous transmise au sein de votre association ?
- ▼ Quel accueil avez-vous pu observer de la part des chirurgiens-dentistes ?
- ▼ Selon vous, comment pourrait-on améliorer la communication en direction de ces publics ? Les bénéficiaires de l'ACS vous paraissent-ils correctement informés ?

Usage

- ▼ Avez-vous remarqué une augmentation de la demande en soins dentaires prothétiques depuis la mise en place de la réforme ?
- ▼ Du point de vue des bénéficiaires de l'ACS, l'accès à ce dispositif est-il simple ? Si non, comment le simplifier ?
- ▼ Les chirurgiens-dentistes ont-ils des réticences à proposer ce type de soins à ce public ? Si oui, comment les réduire ?
- ▼ Intérêt des soins conservateurs par rapport aux soins réparateurs (exemple de la parodontie) ?
- ▼ Selon vous, le panier de soins auquel les bénéficiaires de l'ACS ont accès est-il pertinent ? Y a-t-il d'autres soins qu'il vous semblerait pertinent d'intégrer dans le panier de soins ?
- ▼ L'introduction des prix plafonds perturbe-t-il l'équilibre financier des cabinets dentaires ?

Partenariat

- ▼ Comment le secteur associatif s'est-il saisi de la réforme ?
- ▼ Avez-vous eu des échanges sur ce sujet avec d'autres associations ? Selon vous, ces structures ont-elles participé à l'amélioration du recours au dispositif ?

Conclusion

- ▼ Pouvez-vous nous mettre en lien avec des bénéficiaires qui pourraient témoigner de leur recours à ce dispositif ?

Trame entretien assuré :

- ▼ Comment avez-vous eu connaissance du dispositif ACS ?
- ▼ Avant de demander le devis pour vos prothèses dentaires, saviez-vous que les bénéficiaires de l'ACS pouvaient bénéficier de prix plafonds pour les prothèses ? Comment avez-vous eu connaissance de la réforme ?
- ▼ De quel type de contrat bénéficiez-vous ?
- ▼ Quel montant reste à votre charge ?
- ▼ Sans la mise en place de ces prix plafonds, auriez-vous quand même effectué ces soins ?
- ▼ Y-a-t-il des soins dentaires que vous aimeriez faire, mais que vous ne faites pas pour des raisons financières ?
- ▼ Avant de voir le Docteur Boissonnat, aviez-vous pris contact avec d'autres dentistes ? Si oui, pourquoi vous êtes-vous finalement rapproché du Docteur Boissonnat ?

Trame entretien mutuelle :

Communication

Quelle communication avez-vous mise en œuvre vis-à-vis des assurés ?

Mise en œuvre de la réforme

- ▼ Avez-vous été consulté en amont de la réforme ?
- ▼ Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans la mise en œuvre de la réforme ? Avez-vous constaté des anomalies lors de la mise en place des tarifs plafond pour les prothèses dentaires ?
- ▼ Quels mécanismes de contrôle avez-vous mis en œuvre ?
- ▼ Que pensez-vous de la satisfaction des assurés par rapport à cette réforme ?
- ▼ Constatez-vous une hausse des soins prothétiques dentaires à la suite de la réforme ?
- ▼ Avez-vous des difficultés d'équilibre financier avec l'ACS (selon les contrats A, B ou C) ?
- ▼ Que pensez-vous de la réforme sur le RAC 0 ? Dans ce cadre, quel est votre avis sur la mise en œuvre de tarifs différenciés ACS et CMU ?

Trame entretien Cnam :

Réforme

- ▼ Quel retour global sur la mise en œuvre de cette réforme dans le réseau ?
- ▼ Quelles modalités d'accompagnement (hors LR) ? Quelles modalités de contrôle ? Quels indicateurs ?
- ▼ Des difficultés particulières ont-elles été remontées par le local ? En fonction de la typologie des caisses (taille, emplacement géographique) ?
- ▼ Pouvez-vous nous transmettre les LR concernant la mise en place des tarifs-plafond ?

RAC 0

- ▼ Quel impact de la réforme du RAC 0 ? Quel calendrier ?
- ▼ Retour d'expérience : quels aspects positifs seraient duplicables p/r au déploiement du RAC 0 ? Quels écueils à éviter ?
- ▼ Dans le cadre du RAC0, êtes-vous plutôt favorable à un tarif spécifique pour les bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C ou un tarif identique pour tout le monde ?

OC

- ▼ Avez-vous eu connaissance de difficultés particulières au niveau des organismes complémentaires ?

Trame entretien DSS :

- ▼ Historique de la mesure (phase de portage au cabinet, incidence, phase de concertation ou pas). Quels étaient vos objectifs précis, vos attentes en termes d'accès aux soins et d'attractivité de l'ACS ? Ces objectifs étaient-ils chiffrés ? Quel impact attendu en termes d'amélioration d'accès aux soins ? Est-ce que cette mesure pouvait permettre de rendre l'ACS plus attractive ? Quel est votre rôle à ce sujet ?
- ▼ Articulation avec le reste à charge 0, orienté prothèses dentaires. Quel est l'avenir du dispositif des prix plafonds concernant les prothèses dentaires compte tenu de la mise en place du RAC 0 ? Quels seraient les contours du nouveau dispositif et les impacts pour les bénéficiaires de l'ACS ? Est-ce que la mise en place du RAC 0 supprime ou complète le dispositif actuel ? Est-ce que des points particuliers concernent les bénéficiaires de la CMU et de l'ACS ?
- ▼ Exigences / remontées prévues par rapport à la CNAM sur la mise en place de la réforme des prix plafonds. La DSS demande-t-elle des remontées ou un suivi spécifique de cette mesure ? Un bilan est-il envisagé, notamment avant la mise en place du RAC 0 ?
- ▼ Quelles sont les difficultés rencontrées pour la mise en place de cette mesure ?
- ▼ OC, implications ? Quels sont les liens de la DSS avec les organismes complémentaires à ce sujet ? Avez-vous des remontées des organismes complémentaires à ce sujet ?
- ▼ Avez-vous impliqué les chirurgiens-dentistes dans la réforme, ou est-ce que la CNAM qui négocie à ce sujet ?
- ▼ Est-on mieux ou moins bien en termes de qualité de soins des bénéficiaires de l'ACS ?
- ▼ Quel est le fait générateur retenu pour le remboursement ?
- ▼ Contacts CNAM ? Autres interlocuteurs ?

Questionnaire envoyé aux CPAM :

Identification de la CPAM

- ▼ Département de la CPAM :
- ▼ Nombre de salariés :
- ▼ Nombre d'assurés sociaux :
- ▼ Nombre de bénéficiaires de l'ACS :

Communication

- ▼ Précisez les actions de communication mises en œuvre

	Mails	Courriers	Autre (préciser) :
Bénéficiaires ACS			
Professionnels de santé			

- ▼ Avez-vous reçu les courriers types nationaux prévus par la LR DDGOS- 75-2017 ?
- ▼ La CNAM vous a-t-elle transmis un kit de communication ?
- ▼ Autres éléments de communication mis en œuvre au niveau local et résultats ressentis ou évalués ?

Accompagnement des PS

- ▼ Avez-vous mobilisé les DAM pour sensibiliser les PS sur la réforme ?
Si non pourquoi ?
 - Cela ne semblait pas nécessaire ;
 - Manque de moyen ;
 - Autres priorités ;
 - Attente d'outils du national ;
 - Autre (à préciser) :
- ▼ Globalement, les PS ont-ils exprimé des réticences quant à l'application de la réforme ?
- ▼ Autres éléments d'accompagnement des PS mis en œuvre au niveau local et résultats ressentis ou évalués :

Suivi et contrôle

- ▼ Avez-vous reçu les instructions DCGDR prévu par la LR-DDGOS-75-2017 (3ème partie) concernant le contrôle du respect des plafonds ?
- ▼ Êtes-vous en mesure d'identifier dans votre système d'information les soins prothétiques dentaires délivrés aux bénéficiaires de l'ACS ?
- ▼ Existe-t-il un rejet automatique des dépassements d'honoraires pour ce type de soins ?
- ▼ Si ce type de rejet automatique n'existe pas, avez-vous réalisé des requêtes pour vérifier la bonne application de la mesure ?
- ▼ Avez-vous rencontré des difficultés avec les organismes complémentaires pour le remboursement de ces soins ? Si oui, précisez
- ▼ Avez-vous rencontré des difficultés de liquidation des soins dentaires à la suite de la mise en place de la réforme ? Si oui, précisez
- ▼ Quel est le bilan des contrôles effectués par l'Agence comptable à ce sujet ?

Partenariats

- ▼ Avez-vous mobilisé des partenaires locaux (CCAS, missions locales, CAF...) pour promouvoir la réforme ?
- ▼ Autres éléments partenariaux mis en œuvre au niveau local et résultats ressentis ou évalués :

Les bénéficiaires

- ▼ Avez-vous réalisé une étude afin de déterminer si cette réforme a permis une hausse du recours à ce type de soins ? Si oui, quels sont les résultats ?
- ▼ Pensez-vous que le dispositif de l'ACS est correctement connu des bénéficiaires ?
- ▼ Autres éléments en lien avec les bénéficiaires mis en œuvre au niveau local et résultats ressentis ou évalués :

Modèle questionnaire envoyé aux MSA :

Identification de la MSA

- ▼ Nom de l'organisme :
- ▼ Nombre de salariés :
- ▼ Nombre d'adhérents :
- ▼ Nombre de bénéficiaires de l'ACS :

Communication

Précisez les actions de communication mises en œuvre concernant l'introduction de tarifs plafonds pour les prothèses dentaires pour les bénéficiaires de l'ACS :

	Mails	Courriers	Autre (préciser) :	Autre (préciser) :
Bénéficiaires ACS				
Professionnels de santé				

- ▼ Avez-vous reçu des courriers types nationaux de la Caisse Centrale ?
- ▼ La CCMSA vous a-t-elle transmis un kit de communication ?
- ▼ Autres éléments de communication mis en œuvre au niveau local et résultats ressentis ou évalués

Accompagnement des PS

- ▼ Avez-vous mobilisé des agents MSA pour sensibiliser les PS sur la réforme ? Si non pourquoi ?
 - Cela ne semblait pas nécessaire ;
 - C'est du ressort des CPAM ;
 - Manque de moyen ;
 - Autres priorités ;
 - Attente d'outils du national ;
 - Autre (à préciser) :
- ▼ Globalement, les PS ont-ils exprimé des réticences quant à l'application de la réforme ?
- ▼ Autres éléments d'accompagnement des PS mis en œuvre au niveau local et résultats ressentis ou évalués :

Suivi et contrôle

- ▼ Avez-vous reçu des instructions d'une autre entité (ex : CCMSA) pour mettre en place des contrôles relatifs à l'application de la réforme ? Si oui : Quelle entité vous a transmis ces instructions ?
- ▼ Êtes-vous en mesure d'identifier dans votre système d'information les soins prothétiques dentaires délivrés aux bénéficiaires de l'ACS ?
- ▼ Existe-t-il un rejet automatique des dépassements d'honoraires pour ce type de soins ?

- ▼ Si ce type de rejet automatique n'existe pas, avez-vous réalisé des requêtes pour vérifier la bonne application de la mesure ?
- ▼ Avez-vous rencontré des difficultés avec les organismes complémentaires pour le remboursement de ces soins ? Si oui : précisez
- ▼ Avez-vous rencontré des difficultés de liquidation des soins dentaires à la suite de la mise en place de la réforme ? Si oui précisez.
- ▼ Quel est le bilan des contrôles effectués par l'Agence comptable à ce sujet ?

Partenariats

- ▼ Avez-vous mobilisé des partenaires locaux (CCAS, missions locales, etc.) pour promouvoir la réforme ?
- ▼ Autres éléments partenariaux mis en œuvre au niveau local et résultats ressentis ou évalués

Les bénéficiaires

- ▼ Avez-vous réalisé une étude afin de déterminer si cette réforme a permis une hausse du recours à ce type de soins ? Si oui, quels sont les résultats ?
- ▼ Pensez- vous que le dispositif de l'ACS est correctement connu des bénéficiaires ?
- ▼ Autres éléments en lien avec les bénéficiaires mis en œuvre au niveau local et résultats ressentis ou évalués :

Résultat du questionnaire envoyé aux CPAM :

Sur 102 CPAM, 31 réponses apportées au questionnaire sont exploitables. Les CPAM ayant répondu constituent un échantillon représentatif : 30,4 % des CPAM ont répondu et elles représentent 31,7 % (environ 21 millions de personnes) de la population française.

Communication

Précisez les actions de communication mises en œuvre autour de la réforme introduisant des tarifs plafonds pour les prothèses dentaires pour les bénéficiaires de l'ACS :

➤ **Envers les bénéficiaires de l'ACS :**

Communication effectuée en direction des bénéficiaires	
Mail/Courrier/autres	14
Total	31

Exemple d'autres actions de communication menées en direction des bénéficiaires :

- informations via les partenaires (CCAS & autres) ;
- affichage, insertions presse ;
- action spécifique auprès des assurés ayant subi des dépassements d'honoraires.

➤ **Envers les chirurgiens-dentistes :**

Communication effectuée en direction des chirurgiens-dentistes	
Mail/Courrier/autres	26
Total	31

Exemple d'autres actions de communication menées en direction des chirurgiens-dentistes :

- transmission d'information lors des commissions paritaires locales ou des rendez-vous pour les nouveaux installés
- appels téléphoniques en cas de dépassement d'honoraire signalés
- via les DAM

Avez-vous reçu les courriers types nationaux prévus par la LR DDGOS-75-2017 ?

Oui	4
Non	23
N/A	4
Total	31

La CNAM vous a-t-elle transmis un kit de communication ?

Oui	3
Non	26
N/A	2
Total	31

Il y a-t-il d'autres éléments de communication mis en œuvre au niveau local ? Si oui, quels ont été les résultats ressentis ou évalués de ces actions ?

4 CPAM ont précisé les points suivants :

- des actions plus générales de promotion de la CMUC/ACS sont régulièrement lancées sur le territoire, pour lutter contre le non-recours aux droits.
- un nouveau service Info sur la facturation en tiers payant : les médecins, chirurgiens-dentistes et centres de santé ont désormais la possibilité d'interroger la plateforme CESI pour toutes les questions liées à la facturation en tiers-payant via un service tchat via l'Espace Pro (Info Médiam du 26/09/2017)
- envoi d'un flash information à tous les dentistes
- évolution de la politique ASS + suivi des dépassements pour les bénéficiaires ACS et sensibilisation des professionnels

Accompagnement des PS

Avez-vous mobilisé les DAM pour sensibiliser les professionnels de santé sur la réforme ?

Oui	6
Non	22
N/A	3
Total	31

Si non, pourquoi ?

Attente d'outils de la caisse nationale	2
Autres priorités	7
Cela ne semblait pas nécessaire	2
Autres	9
N/A	11
Total	31

Quelques exemples d'autres raisons :

- refus des DAM (position syndicale CPL)
- pas d'instructions en ce sens
- contexte conventionnel national
- méconnaissance du dispositif

Globalement, les professionnels de santé ont-ils exprimé des réticences quant à l'application de la réforme ?

Non	11
Plutôt non	4
Plutôt oui	10
Oui	2
N/A	4
Total	31

Il y a-t-il d'autres éléments d'accompagnement des professionnels de santé mis en œuvre au niveau local ? Si oui, quels ont été les résultats ressentis ou évalués de ces actions ?

11 CPAM ont précisé les points suivants :

- Une campagne des DAM est prévue à la fin du 2nd semestre 2018 auprès des chirurgiens-dentistes sur la nouvelle convention, et également sur la réforme des soins dentaires.
- Informations des médecins spécialistes et généralistes secteur 2 quand dépassement des tarifs applicables aux bénéficiaires de l'ACS. Il en ressort une certaine réticence à appliquer cette réforme
- Retour des visites DAM : Certains chirurgiens-dentistes estiment travailler à perte avec ces plafonds. Certains ont fait part de difficultés à se faire rembourser la part mutuelle pour les ACS : Ils n'avaient pas toujours connaissance du paramétrage à faire pour que la CPAM leur rembourse directement la totalité et ils ont été satisfaits de l'apprendre.
- Au niveau de l'agence, mis en place d'un accompagnement téléphonique à la facturation pour les PS (ou secrétariats) qui sollicitaient des précisions ou qui étaient confrontés à des rejets. Résultats : baisse significative des appels pour ces motifs.
- Pendant les négociations conventionnelles, les dentistes ont coupé les relations avec la CPAM (refus des visites DAM/EC, suppression des CPD)
- Rappel sur les autres obligations liées à l'ACS : l'accessibilité, l'application du tiers payant.

Suivi et contrôle

Avez-vous reçu les instructions DCGDR prévu par la LR-DDGOS-75-2017 (3ème partie) concernant le contrôle du respect des plafonds ?

Oui	5
Non	18
N/A	8
Total	31

Êtes-vous en mesure d'identifier dans votre système d'information les soins prothétiques dentaires délivrés aux bénéficiaires de l'ACS ?

Oui	21
Non	4
N/A	6
Total	31

Existe-t-il un rejet automatique des dépassements d'honoraires pour ce type de soins ?

Oui	4
Non	22
N/A	5
Total	31

Si non, avez-vous réalisé des requêtes pour vérifier la bonne application de la mesure ?

Oui	4
Non	17
N/A	10
Total	31

Avez-vous rencontré des difficultés avec les organismes complémentaires pour le remboursement de ces soins ?

Oui	0
Non	24
N/A	7
Total	31

Avez-vous rencontré des difficultés de liquidation des soins dentaires à la suite de la mise en place de la réforme ?

Oui	3
Non	21
N/A	7
Total	31

Si oui, précisez :

3 CPAM ont précisé :

- La réforme a élargi le panier de soins, a valorisé et dévalorisé certains actes. L'application du forfait dans l'application n'est pas possible pour le moment pour un acte qui n'a pas été ajouté dans les bases (code acte HBLD418 : pose d'une couronne sur implant).
- Certains dentistes ne comprennent pas comment facturer les soins en ACS. Ils indiquent les forfaits comme pour les bénéficiaires de la CMU et nous avons ensuite un Rejet
- Problématique de la date d'évaluation : le système de tarification centrale pour le calcul de part obligatoire effectue ses contrôles sur la date de prescription, alors que pour le calcul de

la part complémentaire il se réfère à la date d'exécution des soins. Problématique de l' « arrondi Vitale » : quelle que soit la date de fin d'un contrat ACS en BDO, lors de la mise à jour de la Carte Vitale, la date de fin est portée au dernier jour du mois de la date de fin (exemple pour un contrat ACS se terminant en BDO le 22/07/2017, la date de fin positionnée en Carte Vitale est le 31/07/2017). Si une facture en Tiers Payant Coordonné est réalisée par un PS entre la date de fin réelle et la date présente en Carte Vitale, le système ne rembourse pas la part complémentaire demandée ou rejette la facture. Problématique de réduction ou d'annulation de contrat : la carte Vitale du bénéficiaire contient les informations liées à un contrat qui a depuis été mis à jour en BDO par l'Organisme complémentaire : réduction du contrat ou annulation totale. Si une facture en Tiers Payant Coordonné est réalisée par un PS à une date à laquelle l'assuré n'est plus couvert en BDO, le système ne rembourse pas la part complémentaire demandée ou rejette la facture.

Quel est le bilan des contrôles effectués par l'agence comptable à ce sujet ?

Les CPAM ont précisé les points suivants :

- pas de contrôle prévu sur ce thème au PCSAC. Lors d'autres contrôles (exemple : paiements multiples), il se peut que les services comptables soient amenés à vérifier les tarifs. Il n'y a pas d'anomalies constatées dans ce cadre.
- contrôle ciblé sur certains dentistes identifiés comme ne respectant pas les tarifs. 3 PS sur les 5 ciblés n'appliquent pas les tarifs réglementaires. Suite à donner en cours
- pas de contrôle spécifique AC sur cette thématique dans le PCSAC
- l'ACS ne fait plus l'objet de contrôles Agent Comptable depuis le 1er juillet 2015, date de mise en œuvre du plan de contrôle contentieux organisé par la LR-DACCRF-4/2015
- pas d'anomalie signalée sur un éventuel dépassement du tarif autorisé pour les prothèses dentaires des bénéficiaires de l'ACS.

Partenariats

Avez-vous mobilisé des partenaires locaux (CCAS, missions locales, CAF...) pour promouvoir la réforme ?

Oui	8
Non	17
N/A	6
Total	31

Si oui, de quel partenariat s'agit-il et quels sont les résultats que vous avez déjà pu observer ou analyser ?

8 CPAM ont précisé :

- Des réunions CPAM sont régulièrement organisées avec les partenaires (notamment associatifs et institutionnels). Les résultats sont plutôt positifs dans la mesure où nous observons une augmentation des demandes de soins prothétiques respectant le panier de soins proposées (données récupérées auprès de notre service d'action sanitaire et sociale).

- Partenariat avec les structures associatives ou CCCAS dans le cadre de PLANIR et actualisation régulière des informations sur les dispositifs
- Réunion de présentation
- information des partenaires (services sociaux des établissements de santé, des collectivités territoriales et des associations) sur les nouveaux tarifs opposables ACS en réunion semestrielle de partenaires + article dans newsletter locale partenaires. Le sujet n'est pas facile à vendre (nombre de contrats agréés, système de copaiement, etc.) sauf aux associations spécialisées dans l'accompagnement à l'accès à une mutuelle
- Les nouveautés réglementaires sont abordées en réunion partenariale (150 participants annuels). Néanmoins, nous n'avons pas réellement "mobilisé" nos partenaires sur ce point.
- pas de communication spécifique mais animation régulière du réseau des partenaires pour la promotion de la CMUC/ACS et quand signature d'un nouveau partenariat
- Une information a été diffusée auprès d'environ 300 partenaires (Maisons de la Métropole et du Rhône, CCAS, missions locales, PASS, services sociaux CAF & CARSAT, PMI) lors de la mise en place de la mesure. Celle-ci peut également être abordée lors de réunions d'information thématiques mensuelles avec ces mêmes partenaires.
- Dans le cadre de la promotion de l'ACS auprès de nos 60 partenaires conventionnés sur l'accès aux droits : information sur les droits des bénéficiaires de l'ACS (tiers payant, accès à des mutuelles référencées, sélectionnées car elles répondent à un cahier des charges national, bénéficie de tarifs opposables et de tarifs prothétiques dentaires plafonnés.

Les bénéficiaires

Avez-vous réalisé une étude afin de déterminer si cette réforme a permis une hausse du recours à ce type de soins ?

Oui	0
Non	22
N/A	9
Total	31

Pensez-vous que le dispositif de l'ACS est correctement connu des bénéficiaires ?

Oui	0
Plutôt oui	7
Plutôt non	6
Non	8
N/A	10
Total	31

Il y a-t-il d'autres actions en lien avec les bénéficiaires mis en œuvre au niveau local ? Si oui, quels ont été les résultats ressentis ou évalués de ces actions ?

12 CPAM ont précisé :

- Des actions générales de promotion de la CMUC/ACS sont renouvelées chaque année auprès des bénéficiaires éligibles et des bénéficiaires devant renouveler leur contrat (objectif CPG sur le nombre de bénéficiaires CMUC/ACS).
- Information sur leurs droits, campagnes appels sortants envisagée
- Mise à jour d'Ameli
- Pas d'action spécifique mais un réel besoin d'info et d'actions auprès des chirurgiens-dentistes, qui n'appliquent pas la réforme (selon la PFIDASS et les chirurgiens-dentistes conseils)
- Information des partenaires lors d'une réunion générale d'information prévue au second semestre 2018
- Proposition de RDV d'accueil pour les primo + article dans les bulletins communaux + appels sortant PFS vers 450 assurés ciblées + sensibilisation des assurés ayant subi des dépassements + accompagnement des médecins pour éviter les dépassements
- promotion régulière de l'ACS, recherche continue de nouveaux bénéficiaires, travaux de sensibilisation sur le dépassement tarifaire
- Actions PFIDASS - détection des bénéficiaires n'ayant pas recours aux soins ou ne connaissant pas leurs droits. Dispositif récent dont l'évaluation n'est pas encore faite
- action menée en direction des médecins suite au non-respect des tarifs opposables pour les bénéficiaires de l'ACS
- Envoi systématique auprès des nouveaux bénéficiaires, lors de la notification de l'accord ACS, de la brochure nationale « Bien gérer ma Santé avec l'ACS », accompagnée de la liste des organismes complémentaires conventionnés. De plus, dans le cadre d'une action locale PLANIR, la CPAM du Rhône organise des réunions collectives pour inciter les assurés (primo-accédant) à utiliser leur chèque ACS 5 réunions organisées en 2017 ayant rassemblé 116 personnes. Principaux résultats de l'étude satisfaction réalisée par l'Écoute Clients-Marketing : très positifs sur la réponse aux attentes, les thématiques abordées, l'utilisation ultérieure du chèque santé
- une personne est en charge d'accompagner les professionnels de santé qui ne respectent pas les règles qui s'appliquent concernant l'ACS en général (pas de dépassement de tarifs ainsi que le respect sur tiers payant). Les dentistes sont ainsi contactés par téléphone si nécessaire. Prochaine commission paritaire le 27.09.2018
- Action de promotion du chèque ACS : pour que les bénéficiaires utilisent leur chèque ACS et souscrivent un contrat de complémentaire santé.

Résultat du questionnaire envoyé aux MSA :

Les résultats n'ont pas été compilés du fait du nombre insuffisant de réponse (une seule MSA a répondu à l'étude).

Lettres réseau Cnam :

LETTRE-RÉSEAU

LR-DDGOS-42/2017

Document consultable dans Médi@m

Date :

31/05/2017

Domaine(s) :

dossier client assurés

Nouveau	<input type="checkbox"/>
Modificatif	<input checked="" type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>
Provisoire	<input type="checkbox"/>

Objet :

CMUC/ACS : mesures de simplification et panier de soins dentaires

Liens :

LR-DDGOS-51/2016

LR-DDGOS-46/2014

Plan de classement :

P01-04

Emetteur(s) :

DDGOS

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input type="checkbox"/> CARSAT |
| | <input type="checkbox"/> UGECAM | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS |
| | | <input type="checkbox"/> CTI |
| <input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils | <input checked="" type="checkbox"/> Régionaux | <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service |

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

Cette lettre-réseau vous informe des évolutions réglementaires touchant la CMUC et l'ACS à la suite de la parution de plusieurs textes :

- le décret n° 2017-533 du 12 avril 2017 portant simplification de l'accès à la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ;
- les arrêtés du 19 avril 2017 parus le 25 avril 2017 concernant le panier de soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale

Mots clés :

CMUC ; ACS ; panier de soins ; dentaire

La Directrice Déléguée
à la Gestion et à l'Organisation des Soins



Mathilde LIGNOT-LELOUP

LETTRE-RESEAU : LR/DDGOS/42/2017

Date : 31/05/2017

Objet : CMUC/ACS : mesures de simplification et panier de soins dentaires

Affaire suivie par : Virginie Galland – DDGOS/DREGL – reglementation@cnamts.fr

La présente lettre-réseau vous informe des différentes évolutions réglementaires qui interviennent en matière de CMUC et d'ACS suite à la publication de plusieurs textes :

- Le décret n°2017-533 du 12 avril 2017 portant simplification de l'accès à la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé.
- Les arrêtés du 19 avril 2017 parus le 25 avril 2017 concernant le panier de soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale.

I. Les mesures de simplification mises en œuvre pour l'accès à la CMUC et à l'ACS

Le décret du 12 avril 2017 vise à simplifier la prise en compte de certaines ressources mais aussi à faciliter l'attribution de la CMUC en l'absence de choix de l'organisme complémentaire par le demandeur.

1 Modification des ressources à prendre en compte

A ce jour, la prise en compte des revenus des capitaux peut rendre complexe la constitution des dossiers de demande de CMUC / ACS.

L'article 61 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 avait modifié l'article L.861-2 du Code de la sécurité sociale relatif aux ressources à prendre en compte, pour permettre de préciser par décret les modalités de prise en compte du patrimoine et des revenus tirés de celui-ci.

Le décret prévoit ainsi :

- D'une part, d'exclure des ressources à prendre en compte, les revenus des capitaux non imposables au titre de l'impôt sur le revenu (intérêts sur livret A, sur les livrets jeunes, sur les plans épargne-logement ou sur les livrets de développement durable) (article R.861-4 CSS),

- D'autre part, de fixer comme période de référence pour la prise en compte des revenus des capitaux imposables l'avant dernière année civile (article R.861-8 CSS), introduisant ainsi une dérogation à la prise en compte des ressources sur les 12 derniers mois précédant la demande.

Ces deux règles permettent de supprimer les pièces justificatives spécifiques afférentes, les revenus des capitaux imposables au titre de l'impôt sur le revenu figurant sur l'avis d'imposition qui doit être fourni à l'appui de la demande.

Outre la simplification pour l'assuré, cette mesure fiabilisera la constitution des dossiers et la prise en compte de ce type de ressources.

2 Choix par défaut de la CPAM comme organisme complémentaire

L'article 2 du décret permet de désigner l'organisme d'assurance maladie obligatoire compétent pour assurer la gestion de la protection complémentaire, en l'absence de choix clairement formalisé sur l'imprimé de demande, par l'assuré (article R.861-16).

Les caisses seront donc désormais en mesure d'attribuer la CMUC alors même que l'assuré aurait omis de choisir l'organisme d'assurance complémentaire pour gérer sa CMUC, évitant ainsi que le dossier lui soit retourné (et évitant un accès retardé à la CMUC).

Deux situations sont ici visées :

- l'assuré qui n'a pas déjà d'organisme d'assurance complémentaire facultatif,
- l'assuré qui a déjà un organisme d'assurance complémentaire facultatif qui ne figure pas sur la liste des organismes participant à la CMUC.

NB : il est admis, pour une première demande de CMUC, qu'en l'absence de choix exprimé sur le formulaire mais en présence d'un OC figurant sur la liste des organismes participant à la CMUC dans la rubrique mutuelle, que la caisse le désigne également par défaut dans la mesure où l'assuré est tenu de le conserver¹.

3 Date d'entrée en vigueur

Ces dispositions entrent en vigueur **le 1^{er} juin 2017**. Outre la date d'entrée en vigueur du texte, aucune précision n'est apportée sur la date d'effet pour les dossiers en cours.

Il convient donc de retenir la date la plus favorable aux demandeurs et de considérer que pour tous les dossiers instruits à compter du 1^{er} juin 2017, les revenus des capitaux imposables de l'avant dernière année civile précédant la demande devront être inclus dans les ressources à prendre en compte. Les revenus des capitaux non imposables en seront exclus.

En outre, le principe du choix par défaut de la CPAM comme l'organisme complémentaire devra également s'appliquer pour tous les dossiers instruits à compter du 1^{er} juin 2017.

4 Evolution du formulaire de demande de CMUC ou d'ACS (S3712)

Les évolutions détaillées ci-dessus conduisent à modifier le formulaire de demande de CMUC ou d'ACS. Cette nouvelle version du formulaire, disponible prochainement, fera l'objet d'une lettre-réseau ultérieure qui vous précisera également les impacts sur les règles de gestion applicables à l'occasion de l'instruction des dossiers. Dans l'attente de sa mise à disposition, pendant la phase transitoire, les caisses continuent d'utiliser la version actuellement homologuée.

¹ En effet, en application de l'article 6-2 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, l'assuré est tenu de conserver son organisme s'il figure sur cette liste, à charge pour ce dernier de transformer son contrat en un contrat CMUC.

2. Evolution du panier de soins dentaires pour les bénéficiaires de la CMUC et extension aux bénéficiaires de l'ACS

Par arrêté du 19 avril 2017, modifiant l'arrêté du 30 mai 2006, le panier de soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale pour les bénéficiaires de la CMUC est étendu et revalorisé à compter du 1^{er} octobre 2017 en application du règlement arbitral organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie publié le 31 mars 2017.

L'arrêté comporte 3 annexes détaillant les montants maxima pris en charge en sus du tarif de responsabilité au titre de la CMUC et qui échelonnent la mise en œuvre de cette mesure :

- l'annexe I s'applique du 1^{er} octobre 2017 au 31 décembre 2017,
- l'annexe II s'applique du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018,
- l'annexe III s'applique à partir du 1^{er} janvier 2019.

Le deuxième arrêté vise à étendre, à compter du 1^{er} octobre 2017, le panier de soins dentaires aux bénéficiaires de l'ACS. A compter de cette date, les niveaux maxima de dépassement sur les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale applicables aux bénéficiaires de la CMUC s'appliqueront également aux bénéficiaires de l'ACS.

Les garanties des contrats A, B, C définies dans le cadre des contrats sélectionnés au titre de l'ACS devraient être revues en conséquence à l'occasion du prochain avis d'appel à concurrence.

Une lettre-réseau portant plus spécifiquement sur le règlement arbitral organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie vous détaillera les modalités de mise en œuvre de ces deux arrêtés.

LETTRE-RÉSEAU

LR-DDGOS-75/2017

Document consultable dans Médi@m

Date :

31/10/2017

Domaine(s) :

dossier client prof. de santé

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>
Provisoire	<input type="checkbox"/>

Objet :

Modalités de mise en œuvre des mesures des arrêtés CMU-C et ACS

Liens :

Plan de classement :

P04

Emetteur(s) :

DDGOS

Pièces jointes : 2

à Mesdames et Messieurs les

- | | | | |
|--|---|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input type="checkbox"/> CARSAT | <input type="checkbox"/> CNAMTS |
| <input type="checkbox"/> Agents Comptables | <input type="checkbox"/> UGECAM | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS | <input type="checkbox"/> CTI |
| <input type="checkbox"/> DCGDR | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils | <input checked="" type="checkbox"/> Régionaux | <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service | |

Pour mise en œuvre immédiate

Résumé :

La présente lettre réseau a pour objet de présenter les modalités de mise en œuvre des mesures des arrêtés CMU-C et ACS publiés au journal officiel du 25 avril 2017.

Mots clés :

CMU-C ; ACS ; chirurgien-dentiste

P/ La Directrice Déléguée
à la Gestion et à l'Organisation des Soins



Philippe ULMANN

LETTRE-RESEAU : LR/DDGOS/75/2017

Date : 31/10/2017

Objet : Modalités de mise en œuvre des mesures des arrêtés CMU-C et ACS

Affaire suivie par :

Claire TRAON (DPROF-aspects conventionnels)
Aurélie GRONDIN (DPROF-aspects conventionnels)
Danièle DUGLUE (DACT-nomenclature/CCAM)

claire.traon@cnamts.fr
aurelie.grondin@cnamts.fr
daniele.duglue@cnamts.fr

Dans le prolongement de la lettre réseau LR/DDGOS/42/2017, la présente lettre réseau a pour objet de présenter les modalités de mise en œuvre des arrêtés CMU-C et ACS publiés au journal officiel du 25 avril 2017.

1. Contexte et mesures des arrêtés CMU-C et ACS

Des mesures d'amélioration de l'accès aux soins des patients bénéficiaires de la CMU-C sont posées par le règlement arbitral organisant les rapports entre les Chirurgiens-Dentistes libéraux et l'Assurance Maladie paru au journal officiel du 31 mars 2017.

Il revalorise ainsi les forfaits CMU-C et étend le panier de soins CMU-C à de nouveaux actes :

- inscription de l'inlay-onlay,
- inscription de 6 codes de prothèses amovibles transitoires à base résine (HBLD364, HBLD476, HBLD224, HBLD371, HBLD123, HBLD270),
- inscription d'un nouvel acte « couronne transitoire » dès le 1^{er} janvier 2018.

Les revalorisations des forfaits CMU-C s'échelonnent en trois étapes, 1^{er} octobre 2017, 1^{er} janvier 2018 et 1^{er} janvier 2019.

Afin de tenir compte de ces évolutions réglementaires, l'arrêté fixant le niveau de dépassement pris en charge par la CMU-C en sus du tarif de responsabilité a été mis à jour (Arrêté du 19 avril 2017 modifiant l'arrêté du 30 mai 2006 modifié pris pour l'application des articles L. 162-9 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale et relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la protection complémentaire en matière de santé, cf. Annexe 1).

Par ailleurs, un arrêté étendant les plafonds fixés pour les bénéficiaires de la CMU-C aux bénéficiaires de l'ACS a également été publié au journal officiel du 25 avril 2017 (Arrêté du 19 avril 2017 pris pour l'application de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale et fixant le niveau maximal de

dépassement sur les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale applicable aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, cf. Annexe 2).

2. Mise en œuvre des arrêtés CMU-C et ACS

Conformément aux dispositions des arrêtés en date du 25 avril 2017, ces mesures **entreront en vigueur dès le 1^{er} octobre 2017.**

En effet, le report des mesures du règlement arbitral annoncé par le Ministère de la santé ne concerne que les mesures de rééquilibrage. Ces mesures sont repoussées au 1^{er} janvier 2019. Les arrêtés CMU-C et ACS restent applicables au 1^{er} octobre 2017.

Précisions : les nouveaux tarifs s'appliquent jusqu'au 31 décembre 2017. D'autres arrêtés seront publiés avant la fin de l'année consécutivement à la reprise des négociations conventionnelles pour définir les tarifs applicables au 1^{er} janvier 2018.

Une nouvelle version de la base CCAM sera diffusée pour les forfaits CMU-C. Une information spécifique à la nouvelle base CCAM sera disponible sur ameli.

Concernant les actes pour les patients bénéficiaires de l'ACS, à compter du 1^{er} octobre 2017, les chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés, ainsi que les chirurgiens-dentistes salariés des centres de santé, ne pourront facturer ces actes au-delà du montant maximum défini par l'arrêté.

Exemple : la facturation de l'acte « Pose d'une couronne dentaire métallique » (HBLD038) ne pourra pas dépasser 250€.

L'objectif de cette mesure est de réduire, voire supprimer le cas échéant, le reste à charge pour les patients bénéficiaires de l'ACS. Toutefois, selon le contrat du patient, un reste à charge est néanmoins possible.

Contrairement au forfait CMU-C, les actes plafonnés pour les patients bénéficiaires de l'ACS ne sont pas codifiés sous forme de forfaits. Les praticiens coderont le seul acte CCAM correspondant (ex : HBLD038).

3. Suivi des mesures

Concernant les actes plafonnés pour les patients bénéficiaires de l'ACS, un suivi régulier du respect de ces plafonds sera réalisé dès le début de l'année 2018.

Une procédure spécifique sera mise en place afin de contrôler le respect des plafonds par les praticiens, et engager le cas échéant la procédure de sanction conventionnelle.

Des instructions DCGDR seront diffusées en ce sens en début d'année 2018.

4. Mesures d'accompagnement : la communication

Afin d'informer les patients de ces nouvelles mesures, et plus particulièrement les patients bénéficiaires de l'ACS, des courriers types nationaux seront diffusés courant du dernier trimestre 2017.

ANNEXES :

Annexe 1 : Arrêté du 19 avril 2017 modifiant l'arrêté du 30 mai 2006 modifié pris pour l'application des articles L. 162-9 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale et relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la protection complémentaire en matière de santé

Annexe 2 : Arrêté du 19 avril 2017 pris pour l'application de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale et fixant le niveau maximal de dépassement sur les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale applicable aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 19 avril 2017 pris pour l'application de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale et fixant le niveau maximal de dépassement sur les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale applicable aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale

NOR : AFSS1709692A

Le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé et le secrétaire d'Etat chargé du budget et des comptes publics,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-9 ;

Vu l'arrêté du 29 mars 2017 portant approbation du règlement arbitral organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 7 avril 2017 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse centrale de la mutualité agricole en date du 5 avril 2017,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Le montant maximal du dépassement applicable aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé, défini à l'annexe V de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie signée les 11 et 19 mai 2006 et publiée au *Journal officiel* du 18 juin 2006, reconduite le 18 juin 2016 et modifiée par l'annexe II du règlement arbitral approuvé par l'arrêté du 29 mars 2017 portant approbation du règlement arbitral organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, s'applique aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 du même code.

Art. 2. – Les dispositions du présent arrêté s'appliquent à compter du 1^{er} octobre 2017.

Art. 3. – Le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé et le secrétaire d'Etat chargé du budget et des comptes publics sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 19 avril 2017.

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,

T. FATOME

*Le ministre de l'économie
et des finances,*

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,

T. FATOME

*Le secrétaire d'Etat
chargé du budget
et des comptes publics,*

Pour le secrétaire d'Etat et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,

T. FATOME

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 19 avril 2017 modifiant l'arrêté du 30 mai 2006 modifié pris pour l'application des articles L. 162-9 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale et relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la protection complémentaire en matière de santé

NOR : AFSS1709691A

Le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé et le secrétaire d'Etat chargé du budget et des comptes publics,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 861-3 ;

Vu l'arrêté du 30 mai 2006 modifié pris pour application des articles L. 162-9 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale et relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la protection complémentaire en matière de santé ;

Vu l'arrêté du 29 mars 2017 portant approbation du règlement arbitral organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 7 avril 2017 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la caisse centrale de la Mutualité agricole en date du 5 avril 2017,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – L'annexe à l'arrêté du 30 mai 2006 modifié pris pour l'application des articles L. 162-9 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale et relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la protection complémentaire en matière de santé est remplacée par les annexes I, II et III jointes au présent arrêté.

Art. 2. – La prise en charge prévue par les annexes II et III jointes au présent arrêté de l'acte portant le libellé « Pose d'une couronne dentaire transitoire » (HBLD037) dans la classification commune des actes médicaux est effectuée sous réserve de son inscription préalable à la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Art. 3. – Les dispositions du présent arrêté s'appliquent à compter du 1^{er} octobre 2017.

Art. 4. – Le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé et le secrétaire d'Etat chargé du budget et des comptes publics sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 19 avril 2017.

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
B. VALLET

*Le ministre de l'économie
et des finances,*

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
T. FATOME

*Le secrétaire d'Etat
chargé du budget
et des comptes publics,*
Pour le secrétaire d'Etat et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
T. FATOME

ANNEXES

ANNEXE I

**MONTANTS MAXIMA PRIS EN CHARGE EN SUS DU TARIF DE RESPONSABILITÉ
ENTRE LE 1^{er} OCTOBRE 2017 ET LE 31 DÉCEMBRE 2017**

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
	Restauration				
HBMD055	Restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay]	FDC	40,97	209,03	250,00
	Prothèses fixées				
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire métallique	FDC	107,50	142,50	250,00
HBLD036	Pose d'une couronne dentaire céramométallique ou en équivalents minéraux - Hors couronnes dentaires céramocéramiques - Couronnes dentaires céramométalliques : <i>uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires</i>	FDC	107,50	302,50	410,00
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire ou plurale	FDC	38,70	1,50	40,20
HBLD007	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire métallique coulée sans clavette sur une dent	FDC	122,55	7,25	129,80
HBLD261	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire métallique coulée avec clavette sur une dent	FDC	144,05	9,35	153,40
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et un élément intermédiaire métallique <i>- Hors éléments céramocéramiques - Eléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires</i>	FDC	279,50	637,00	916,50
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux <i>- Hors éléments céramocéramiques - Eléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires</i>	FDC	279,50	803,28	1082,78
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et un élément intermédiaire métallique	FDC	279,50	470,73	750,23

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
HBLD023	Pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux	FDC	279,50	956,26	1235,76
	- Hors éléments céramocéramiques - Eléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires				
	Prothèses amovibles				
HBLD364	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents	FDA	64,50	4,22	68,72
HBLD476	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 4 dents	FDA	75,25	4,93	80,18
HBLD224	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 5 dents	FDA	86,00	5,63	91,63
HBLD371	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 6 dents	FDA	96,75	6,34	103,09
HBLD123	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents	FDA	107,50	7,04	114,54
HBLD270	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 8 dents	FDA	118,25	7,75	126,00
HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents	FDA	193,50	362,87	556,37
HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents	FDA	204,25	510,75	715,00
HBLD452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents	FDA	215,00	500,00	715,00
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents	FDA	225,75	489,25	715,00
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents	FDA	236,50	513,50	750,00
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents	FDA	247,25	502,75	750,00
HBLD101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents	FDA	129,00	350,98	479,98
HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents	FDA	258,00	492,00	750,00
HBLD138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents	FDA	139,75	338,82	478,57
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents	FDA	268,75	481,25	750,00

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
HBLD083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents	FDA	150,50	419,50	570,00
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents	FDA	279,50	570,50	850,00
HBLD370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents	FDA	161,25	408,75	570,00
HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents	FDA	290,25	559,75	850,00
HBLD349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents	FDA	172,00	398,00	570,00
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents	FDA	301,00	549,00	850,00
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	FDA	182,75	545,30	728,05
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	FDA	365,50	1090,60	1456,10
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA	311,75	744,89	1056,64
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	FDA	623,50	1489,78	2113,28
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA	494,50	1290,19	1784,69
YYYY176	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	21,50	1,41	22,91
YYYY275	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	43,00	2,82	45,82
YYYY246	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	64,50	4,22	68,72
YYYY478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	86,00	5,63	91,63
YYYY426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	107,50	7,04	114,54
YYYY389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	129,00	8,45	137,45
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	32,25	2,11	34,36

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	64,50	4,22	68,72
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	96,75	6,34	103,09
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	129,00	8,45	137,45
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	161,25	10,56	171,81
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	193,50	12,67	206,17
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	225,75	14,79	240,54
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	258,00	16,90	274,90
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	290,25	19,01	309,26
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	322,50	21,12	343,62
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	354,75	23,24	377,99
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	387,00	25,35	412,35
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	419,25	27,46	446,71
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	451,50	29,57	481,07
HBMD020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine, fêlée ou fracturée	FDR	21,50	51,16	72,66
HBMD017	Adjonction ou remplacement d'un élément d'une prothèse dentaire amovible	FDR	21,50	51,82	73,32
HBMD114	Adjonction ou remplacement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	32,25	76,75	109,00

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
HBMD322	Adjonction ou remplacement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	43,00	101,02	144,02
HBMD404	Adjonction ou remplacement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	53,75	125,29	179,04
HBMD245	Adjonction ou remplacement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	64,50	149,56	214,06
HBMD198	Adjonction ou remplacement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	75,25	175,14	250,39
HBMD373	Adjonction ou remplacement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	86,00	200,72	286,72
HBMD228	Adjonction ou remplacement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	96,75	226,31	323,06
HBMD286	Adjonction ou remplacement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	107,50	251,89	359,39
HBMD329	Adjonction ou remplacement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	118,25	277,47	395,72
HBMD226	Adjonction ou remplacement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	129,00	301,93	430,93
HBMD387	Adjonction ou remplacement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	139,75	328,63	468,38
HBMD134	Adjonction ou remplacement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	150,50	354,21	504,71
HBMD174	Adjonction ou remplacement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	161,25	379,80	541,05
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments	FDR	32,25	41,20	73,45
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'un élément	FDR	38,70	42,89	81,59
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments	FDR	45,15	44,58	89,73
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments	FDR	51,60	46,27	97,87
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	FDR	58,05	47,96	106,01
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	FDR	64,50	49,65	114,15

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	FDR	70,95	51,34	122,29
HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	FDR	77,40	53,03	130,43
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments	FDR	83,85	54,72	138,57
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	FDR	90,30	54,56	144,86
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments	FDR	96,75	46,99	143,74
HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments	FDR	103,20	48,21	151,41
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	FDR	109,65	61,48	171,13
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	FDR	116,10	51,36	167,46
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	FDR	122,55	49,83	172,38
HBMD249	Adjonction ou changement d'un élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	43,00	9,58	52,58
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	86,00	11,27	97,27
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	129,00	13,52	142,52
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	172,00	15,77	187,77
HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	215,00	16,90	231,90
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	258,00	16,90	274,90
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	301,00	19,72	320,72

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
HBMD444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	344,00	18,03	362,03
HBMD485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	387,00	17,74	404,74
HBMD410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	430,00	25,35	455,35
HBMD429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	473,00	24,79	497,79
HBMD281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	516,00	20,28	536,28
HBMD200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	559,00	21,97	580,97
HBMD298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	602,00	39,43	641,43
HBKD396	Remplacement d'une facette d'une prothèse dentaire amovible	FDR	17,20	4,51	21,71
HBKD431	Remplacement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	34,40	9,01	43,41
HBKD300	Remplacement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	51,60	13,52	65,12
HBKD212	Remplacement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	68,80	15,32	84,12
HBKD462	Remplacement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	86,00	19,15	105,15
HBKD213	Remplacement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	103,20	22,98	126,18
HBKD140	Remplacement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	120,40	31,54	151,94
HBKD244	Remplacement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	137,60	36,05	173,65

Orthopédie dento-faciale					
Traitement des dysmorphoses, par période de six mois, dans la limite de six périodes :					
– sans multiattaches		FDO	193,50	139,50	333,00
Traitement des dysmorphoses :					
– avec multiattaches		FDO	193,50	270,50	464,00
Séance de surveillance (au maximum deux par semestre)			10,75	0	10,75
Contention après traitement orthodontique :					
– 1 ^{re} année			161,25	0	161,25

- 2 ^e année		107,50	0	107,50
Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée		387,00	0	387,00
Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre total ou à la division palatine :				
- forfait annuel, par année		430,00	0	430,00
- en période d'attente		129,00	0	129,00
Traitement d'orthopédie dento-faciale avec multiattaches au-delà du seizième anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires pour une période de six mois non renouvelable	FDO	193,50	187,62	381,12

ANNEXE II

MONTANTS MAXIMA PRIS EN CHARGE EN SUS DU TARIF DE RESPONSABILITÉ
ENTRE LE 1^{er} JANVIER 2018 ET LE 31 DÉCEMBRE 2018

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
	Restauration				
HBMD055	Restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay]	FDC	40,97	209,03	250,00
	Prothèses fixées				
HBLD037	Pose d'une couronne dentaire transitoire	FDC	25,00	0,00	25,00
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire métallique	FDC	112,50	137,50	250,00
HBLD036	Pose d'une couronne dentaire céramométallique ou en équivalents minéraux - Hors couronnes dentaires céramocéramiques - Couronnes dentaires céramométalliques : <i>uniquement pour incisives, canines et 1^{eres} prémolaires</i>	FDC	112,50	297,50	410,00
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire ou plurale	FDC	38,70	1,50	40,20
HBLD007	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire métallique coulée sans clavette sur une dent	FDC	90,00	39,80	129,80
HBLD261	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire métallique coulée avec clavette sur une dent	FDC	100,00	53,40	153,40
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et un élément intermédiaire métallique	FDC	279,50	637,00	916,50
	- Hors éléments céramocéramiques - Éléments céramométalliques : <i>uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires</i>				
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux	FDC	279,50	803,28	1082,78

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
	- Hors éléments céramocéramiques - Eléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires				
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et un élément intermédiaire métallique	FDC	279,50	470,73	750,23
HBLD023	Pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux	FDC	279,50	956,26	1235,76
	- Hors éléments céramocéramiques - Eléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires				
	Prothèses amovibles				
HBLD364	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents	FDA	64,50	4,22	68,72
HBLD476	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 4 dents	FDA	75,25	4,93	80,18
HBLD224	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 5 dents	FDA	86,00	5,63	91,63
HBLD371	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 6 dents	FDA	96,75	6,34	103,09
HBLD123	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents	FDA	107,50	7,04	114,54
HBLD270	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 8 dents	FDA	118,25	7,75	126,00
HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents	FDA	193,50	362,87	556,37
HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents	FDA	204,25	510,75	715,00
HBLD452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents	FDA	215,00	500,00	715,00
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents	FDA	225,75	489,25	715,00
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents	FDA	236,50	513,50	750,00
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents	FDA	247,25	502,75	750,00
HBLD101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents	FDA	129,00	350,98	479,98

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents	FDA	258,00	492,00	750,00
HBLD138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents	FDA	139,75	338,82	478,57
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents	FDA	268,75	481,25	750,00
HBLD083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents	FDA	150,50	419,50	570,00
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents	FDA	279,50	570,50	850,00
HBLD370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents	FDA	161,25	408,75	570,00
HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents	FDA	290,25	559,75	850,00
HBLD349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents	FDA	172,00	398,00	570,00
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents	FDA	301,00	549,00	850,00
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	FDA	182,75	545,30	728,05
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	FDA	365,50	1090,60	1456,10
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA	311,75	744,89	1056,64
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	FDA	623,50	1489,78	2113,28
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA	494,50	1290,19	1784,69
YYYY176	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	21,50	1,41	22,91
YYYY275	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	43,00	2,82	45,82
YYYY246	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	64,50	4,22	68,72
YYYY478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	86,00	5,63	91,63
YYYY426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	107,50	7,04	114,54

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
YYYY389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	129,00	8,45	137,45
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	32,25	2,11	34,36
YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	64,50	4,22	68,72
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	96,75	6,34	103,09
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	129,00	8,45	137,45
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	161,25	10,56	171,81
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	193,50	12,67	206,17
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	225,75	14,79	240,54
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	258,00	16,90	274,90
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	290,25	19,01	309,26
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	322,50	21,12	343,62
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	354,75	23,24	377,99
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	387,00	25,35	412,35
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	419,25	27,46	446,71
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	451,50	29,57	481,07
HBMD020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine, fêlée ou fracturée	FDR	21,50	51,16	72,66

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
HBMD017	Adjonction ou remplacement d'un élément d'une prothèse dentaire amovible	FDR	21,50	51,82	73,32
HBMD114	Adjonction ou remplacement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	32,25	76,75	109,00
HBMD322	Adjonction ou remplacement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	43,00	101,02	144,02
HBMD404	Adjonction ou remplacement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	53,75	125,29	179,04
HBMD245	Adjonction ou remplacement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	64,50	149,56	214,06
HBMD198	Adjonction ou remplacement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	75,25	175,14	250,39
HBMD373	Adjonction ou remplacement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	86,00	200,72	286,72
HBMD228	Adjonction ou remplacement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	96,75	226,31	323,06
HBMD286	Adjonction ou remplacement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	107,50	251,89	359,39
HBMD329	Adjonction ou remplacement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	118,25	277,47	395,72
HBMD226	Adjonction ou remplacement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	129,00	301,93	430,93
HBMD387	Adjonction ou remplacement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	139,75	328,63	468,38
HBMD134	Adjonction ou remplacement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	150,50	354,21	504,71
HBMD174	Adjonction ou remplacement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	161,25	379,80	541,05
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments	FDR	32,25	41,20	73,45
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'un élément	FDR	38,70	42,89	81,59
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments	FDR	45,15	44,58	89,73
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments	FDR	51,60	46,27	97,87

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	FDR	58,05	47,96	106,01
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	FDR	64,50	49,65	114,15
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	FDR	70,95	51,34	122,29
HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	FDR	77,40	53,03	130,43
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments	FDR	83,85	54,72	138,57
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	FDR	90,30	54,56	144,86
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments	FDR	96,75	46,99	143,74
HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments	FDR	103,20	48,21	151,41
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	FDR	109,65	61,48	171,13
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	FDR	116,10	51,36	167,46
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	FDR	122,55	49,83	172,38
HBMD249	Adjonction ou changement d'un élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	43,00	9,58	52,58
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	86,00	11,27	97,27
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	129,00	13,52	142,52
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	172,00	15,77	187,77
HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	215,00	16,90	231,90

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	258,00	16,90	274,90
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	301,00	19,72	320,72
HBMD444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	344,00	18,03	362,03
HBMD485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	387,00	17,74	404,74
HBMD410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	430,00	25,35	455,35
HBMD429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	473,00	24,79	497,79
HBMD281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	516,00	20,28	536,28
HBMD200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	559,00	21,97	580,97
HBMD298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	602,00	39,43	641,43
HBKD396	Remplacement d'une facette d'une prothèse dentaire amovible	FDR	17,20	4,51	21,71
HBKD431	Remplacement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	34,40	9,01	43,41
HBKD300	Remplacement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	51,60	13,52	65,12
HBKD212	Remplacement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	68,80	15,32	84,12
HBKD462	Remplacement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	86,00	19,15	105,15
HBKD213	Remplacement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	103,20	22,98	126,18
HBKD140	Remplacement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	120,40	31,54	151,94
HBKD244	Remplacement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	137,60	36,05	173,65

Orthopédie dento-faciale					
Traitement des dysmorphoses, par période de six mois, dans la limite de six périodes :					
- sans multiattaches		FDO	193,50	139,50	333,00

Traitement des dysmorphoses :				
- avec multiattaches	FDO	193,50	270,50	464,00
Séance de surveillance (au maximum deux par semestre)		10,75	0	10,75
Contention après traitement orthodontique :				
- 1 ^{re} année		161,25	0	161,25
- 2 ^e année		107,50	0	107,50
Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée		387,00	0	387,00
Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre total ou à la division palatine :				
- forfait annuel, par année		430,00	0	430,00
- en période d'attente		129,00	0	129,00
Traitement d'orthopédie dento-faciale avec multiattaches au-delà du seizième anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires pour une période de six mois non renouvelable	FDO	193,50	187,62	381,12

ANNEXE III

MONTANTS MAXIMA PRIS EN CHARGE EN SUS DU TARIF DE RESPONSABILITÉ
À PARTIR DU 1^{er} JANVIER 2019

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
	Restauration				
HBMD055	Restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay]	FDC	120,00	130,00	250,00
	Prothèses fixées				
HBLD037	Pose d'une couronne dentaire transitoire	FDC	25,00	0,00	25,00
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire métallique	FDC	120,00	130,00	250,00
HBLD036	Pose d'une couronne dentaire céramométallique ou en équivalents minéraux - Hors couronnes dentaires céramocéramiques - Couronnes dentaires céramométalliques : <i>uniquement pour incisives, canines et 1^{eres} prémolaires</i>	FDC	120,00	290,00	410,00
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire ou plurale	FDC	38,70	1,50	40,20
HBLD007	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire métallique coulée sans clavette sur une dent	FDC	90,00	39,80	129,80
HBLD261	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire métallique coulée avec clavette sur une dent	FDC	100,00	53,40	153,40
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et un élément intermédiaire métallique	FDC	279,50	637,00	916,50
	- Hors éléments céramocéramiques				

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
	- <i>Éléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires</i>				
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux	FDC	279,50	803,28	1082,78
	- <i>Hors éléments céramocéramiques</i> - <i>Éléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires</i>				
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et un élément intermédiaire métallique	FDC	279,50	470,73	750,23
HBLD023	Pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux	FDC	279,50	956,26	1235,76
	- <i>Hors éléments céramocéramiques</i> - <i>Éléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires</i>				
	Prothèses amovibles				
HBLD364	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents	FDA	64,50	4,22	68,72
HBLD476	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 4 dents	FDA	75,25	4,93	80,18
HBLD224	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 5 dents	FDA	86,00	5,63	91,63
HBLD371	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 6 dents	FDA	96,75	6,34	103,09
HBLD123	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents	FDA	107,50	7,04	114,54
HBLD270	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 8 dents	FDA	118,25	7,75	126,00
HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents	FDA	193,50	362,87	556,37
HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents	FDA	204,25	510,75	715,00
HBLD452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents	FDA	215,00	500,00	715,00
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents	FDA	225,75	489,25	715,00

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents	FDA	236,50	513,50	750,00
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents	FDA	247,25	502,75	750,00
HBLD101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents	FDA	129,00	350,98	479,98
HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents	FDA	258,00	492,00	750,00
HBLD138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents	FDA	139,75	338,82	478,57
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents	FDA	268,75	481,25	750,00
HBLD083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents	FDA	150,50	419,50	570,00
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents	FDA	279,50	570,50	850,00
HBLD370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents	FDA	161,25	408,75	570,00
HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents	FDA	290,25	559,75	850,00
HBLD349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents	FDA	172,00	398,00	570,00
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents	FDA	301,00	549,00	850,00
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	FDA	182,75	545,30	728,05
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	FDA	365,50	1090,60	1456,10
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA	311,75	744,89	1056,64
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	FDA	623,50	1489,78	2113,28
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA	494,50	1290,19	1784,69
YYYY176	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	21,50	1,41	22,91
YYYY275	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	43,00	2,82	45,82

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
YYYY246	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	64,50	4,22	68,72
YYYY478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	86,00	5,63	91,63
YYYY426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	107,50	7,04	114,54
YYYY389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	129,00	8,45	137,45
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	32,25	2,11	34,36
YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	64,50	4,22	68,72
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	96,75	6,34	103,09
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	129,00	8,45	137,45
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	161,25	10,56	171,81
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	193,50	12,67	206,17
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	225,75	14,79	240,54
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	258,00	16,90	274,90
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	290,25	19,01	309,26
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	322,50	21,12	343,62
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	354,75	23,24	377,99
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	387,00	25,35	412,35

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	419,25	27,46	446,71
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	451,50	29,57	481,07
HBMD020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine, fêlée ou fracturée	FDR	21,50	51,16	72,66
HBMD017	Adjonction ou remplacement d'un élément d'une prothèse dentaire amovible	FDR	21,50	51,82	73,32
HBMD114	Adjonction ou remplacement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	32,25	76,75	109,00
HBMD322	Adjonction ou remplacement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	43,00	101,02	144,02
HBMD404	Adjonction ou remplacement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	53,75	125,29	179,04
HBMD245	Adjonction ou remplacement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	64,50	149,56	214,06
HBMD198	Adjonction ou remplacement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	75,25	175,14	250,39
HBMD373	Adjonction ou remplacement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	86,00	200,72	286,72
HBMD228	Adjonction ou remplacement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	96,75	226,31	323,06
HBMD286	Adjonction ou remplacement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	107,50	251,89	359,39
HBMD329	Adjonction ou remplacement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	118,25	277,47	395,72
HBMD226	Adjonction ou remplacement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	129,00	301,93	430,93
HBMD387	Adjonction ou remplacement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	139,75	328,63	468,38
HBMD134	Adjonction ou remplacement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	150,50	354,21	504,71
HBMD174	Adjonction ou remplacement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	161,25	379,80	541,05
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments	FDR	32,25	41,20	73,45

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'un élément	FDR	38,70	42,89	81,59
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments	FDR	45,15	44,58	89,73
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments	FDR	51,60	46,27	97,87
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	FDR	58,05	47,96	106,01
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	FDR	64,50	49,65	114,15
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	FDR	70,95	51,34	122,29
HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	FDR	77,40	53,03	130,43
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments	FDR	83,85	54,72	138,57
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	FDR	90,30	54,56	144,86
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments	FDR	96,75	46,99	143,74
HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments	FDR	103,20	48,21	151,41
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	FDR	109,65	61,48	171,13
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	FDR	116,10	51,36	167,46
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	FDR	122,55	49,83	172,38
HBMD249	Adjonction ou changement d'un élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	43,00	9,58	52,58
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	86,00	11,27	97,27

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	129,00	13,52	142,52
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	172,00	15,77	187,77
HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	215,00	16,90	231,90
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	258,00	16,90	274,90
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	301,00	19,72	320,72
HBMD444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	344,00	18,03	362,03
HBMD485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	387,00	17,74	404,74
HBMD410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	430,00	25,35	455,35
HBMD429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	473,00	24,79	497,79
HBMD281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	516,00	20,28	536,28
HBMD200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	559,00	21,97	580,97
HBMD298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	602,00	39,43	641,43
HBKD396	Remplacement d'une facette d'une prothèse dentaire amovible	FDR	17,20	4,51	21,71
HBKD431	Remplacement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	34,40	9,01	43,41
HBKD300	Remplacement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	51,60	13,52	65,12
HBKD212	Remplacement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	68,80	15,32	84,12
HBKD462	Remplacement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	86,00	19,15	105,15
HBKD213	Remplacement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	103,20	22,98	126,18

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODIFICATION	TARIF de responsabilité (en €) (1)	MONTANT MAXIMUM pris en charge en sus du tarif de responsabilité (en €) (2)	MONTANT TOTAL pris en charge (en €) (1 + 2)
HBKD140	Remplacement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	120,40	31,54	151,94
HBKD244	Remplacement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	137,60	36,05	173,65

Orthopédie dento-faciale					
Traitement des dysmorphoses, par période de six mois, dans la limite de six périodes :					
- sans multiattaches		FDO	193,50	139,50	333,00
Traitement des dysmorphoses :					
- avec multiattaches		FDO	193,50	270,50	464,00
Séance de surveillance (au maximum deux par semestre)			10,75	0	10,75
Contention après traitement orthodontique :					
- 1 ^{re} année			161,25	0	161,25
- 2 ^e année			107,50	0	107,50
Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée			387,00	0	387,00
Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre total ou à la division palatine :					
- forfait annuel, par année			430,00	0	430,00
- en période d'attente			129,00	0	129,00
Traitement d'orthopédie dento-faciale avec multiattaches au-delà du seizième anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires pour une période de six mois non renouvelable.		FDO	193,50	187,62	381,12