

Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

22/05/98

Origine :

DGR

ENSM

ACCG

Mmes et MM. les Directeurs

Mmes et MM. les Agents Comptables

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Mmes et MM. les Médecins Conseils Régionaux

Monsieur le Médecin Chef de la Réunion

Mmes et MM. les Médecins Chefs de Service
des Échelons Locaux

Pour attribution

Réf. :

DGR n° 53/98 - ENSM n° 25/98

ACCG n° 11/98

Plan de classement :

45

Objet :

CAMPAGNE NATIONALE DE PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE.

ARTICLE 31 ET ANNEXE V DE LA CONVENTION NATIONALE.

ANNEXE II (imprimé CERFA) non intégrée dans la base
ANNEXE V (requête SIAM) non intégrée dans la base

Pièces jointes :

0 5

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DGR/DMA - Mmes OSSELIN et KERMARC / ENSM - Dr. VIALA et GIORDANELLA / DDR - Mme SADOUL - AC Mme JOUIN

Téléphone :

01.42.79.32.08 / 01.42.79.32.89 01.42.79.34.42 / 01.42.79.34.50 01.42.79.33.92 01.42.79.32.47

@

**Direction de la Gestion du Risque
Echelon National du Service Médical
Agence Comptable / contrôle de gestion**

22/05/98

Origine :
DGR
ENSM
ACCG

Mmes et MM. les Directeurs
Mmes et MM. les Agents Comptables

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Mmes et MM. les Médecins Conseils Régionaux

Monsieur le Médecin Chef de la Réunion

Mmes et MM. les Médecins Chefs de Service
des Échelons Locaux

Pour attribution

N/Réf. : DGR N° 53/98 - ENSM N° 25/98 - ACCG N° 11/98

Objet : Campagne nationale de prévention bucco-dentaire
Article 31 et Annexe V de la convention nationale des chirurgiens-
dentistes.

La convention dentaire de juin 1997 marque une étape importante dans les relations entre les caisses d'Assurance Maladie et la profession des chirurgiens-dentistes, notamment en ce qu'elle organise, pour la première fois, une campagne de prévention bucco-dentaire d'envergure nationale.

Les dispositions conventionnelles, complétées par un protocole d'accord (annexe I), poursuivent un double objectif:

▪favoriser l'accès aux soins dentaires des adolescents, en particulier, ceux non suivis aujourd'hui, en intégrant une démarche de prévention.

Ainsi, tout adolescent atteignant l'âge de quinze ans pourra bénéficier, s'il le souhaite, pendant toute la durée d'application de la convention, d'un examen annuel de prévention et des soins conservateurs et chirurgicaux consécutifs nécessaires, pris en charge à 100 % par les organismes d'Assurance Maladie.

Les modalités pratiques d'un tel dispositif ont été étudiées à la CNAMTS par divers groupes de travail associant étroitement les syndicats dentaires signataires, les autres régimes d'Assurance Maladie, les échelons locaux du service médical et les caisses primaires.

Cette circulaire a pour objet de vous présenter les premiers éléments nécessaires au démarrage de l'opération.

Des instructions ultérieures viendront la compléter sur des points spécifiques et notamment le plan de communication, l'évaluation et la gestion informatique. Elles tiendront compte également de toutes les observations écrites que vous voudrez bien faire remonter à la DRPS, qui les centralisera.

La circulaire étudiée successivement :

Pages

Chapitre I	Les parties concernées par le dispositif.	2
Chapitre II	Le contenu de la campagne prévention et les conditions de prise en charge.	5
Chapitre III	La gestion informatique et statistique.....	12
Chapitre IV	Le plan de communication.	15
Chapitre V	L'évaluation du dispositif.....	17
Chapitre VI	Le suivi conventionnel du dispositif.....	19

- CHAPITRE I - LES PARTIES CONCERNÉES PAR LE DISPOSITIF

Le dispositif de prévention s'adresse d'une part aux chirurgiens-dentistes ayant adhéré à la convention nationale dentaire de juin 1997, et d'autre part, aux adolescents qui atteignent ou ont atteint l'âge de 15 ans à compter du 1er janvier 1998.

A. LES CHIRURGIENS-DENTISTES CONVENTIONNÉS

1. Un préalable : pas d'adhésion spécifique au dispositif

En adhérant à la convention dentaire durant l'été 1997, les professionnels ont admis le principe d'une participation au dispositif de prévention bucco-dentaire tel que défini par l'article 31 et l'annexe V du texte.

Les caisses n'ont donc pas, préalablement à la mise en oeuvre du dispositif, à solliciter l'adhésion des professionnels conventionnés. Ceux-ci sont automatiquement associés à la démarche.

2. Les professionnels concernés

Il convient cependant de noter que le dispositif ne portant actuellement que sur les soins dentaires conservateurs et les actes chirurgicaux, les parties signataires du protocole ont choisi de réserver l'entrée dans le dispositif aux seuls chirurgiens-dentistes libéraux et chirurgiens-dentistes salariés exerçant en cabinet libéral sous champ conventionnel.

Ne sont donc pas concernés par le dispositif actuel :

- . Les spécialistes en ODF qui pratiquent exclusivement des traitements orthodontiques, à l'exclusion des soins conservatoires et soins chirurgicaux.
- . Les médecins stomatologistes qui adhèrent à la convention nationale des médecins spécialistes.
- . Les chirurgiens-dentistes exerçant en établissements de soins ou en centres de santé, qui ne relèvent pas de la convention dentaire.
- . Les chirurgiens-dentistes ayant choisi d'exercer hors du champ conventionnel et leurs chirurgiens-dentistes salariés.

B. LES BÉNÉFICIAIRES

1. Population concernée

a) La première année : 1998

- Tout adolescent qui atteint l'âge de 15 ans à compter du 1er janvier 1998 inclus peut bénéficier, s'il le souhaite, de cette action de prévention, dès lors que les droits de l'assuré social dont il est ayant-droit sont ouverts à la date de l'anniversaire de 15 ans et à défaut, dans les 12 mois qui suivent son anniversaire, dès lors que l'assuré social s'ouvre de nouveaux droits.
- La convention avait prévu le démarrage du dispositif à l'issue du second semestre 1997. Les délais incompressibles de mise en oeuvre technique et les dernières signatures du protocole d'application n'ayant été acquises qu'en avril 1998, il n'a pas été possible de respecter la date précitée.
- Afin de ne pas pénaliser les adolescents ayant atteint l'âge de 15 ans au cours du deuxième semestre 1997, il a été décidé de leur permettre d'accéder au dispositif à compter de leur 16ème anniversaire soit à partir du 1er juin 1998.

La population concernée la première année est donc double :

- les 15 ans de toute l'année civile,
- les 16 ans, à compter du 1er juin 1998

b) Les années suivantes

- Tous les ans à partir de 1999 jusqu'au 2 juin 2001, date limite de validité de l'actuelle convention, les adolescents seront également invités par leur caisse, à la date de l'anniversaire de leur 15 ans, à bénéficier du dispositif, sous réserve de la vérification des droits précitée.
- Sous réserve également de la vérification des droits, seront également relancés à la même période, tous les adolescents ciblés la ou les année(s) précédente(s), que ceux-ci aient ou non profité de la ou des première(s) invitations(s).

Sont donc concernés, pour toute la durée de la campagne :

En 1998 : Les jeunes atteignant l'âge de 15 ans durant toute l'année civile et ceux atteignant l'âge de 16 ans, à compter du 1er juin 1998.

En 1999 : Les jeunes de 15 et 16 ans et ceux atteignant l'âge de 17 ans à compter du 1er juin 1999.

En 2000 : Les jeunes de 15, 16 et 17 ans et ceux atteignant 18 ans à compter du 1er juin 2000.

Jusqu'au 2 juin 2001 : Les jeunes âgés de 15, 16, 17 et 18 ans

ARCHIVE

- CHAPITRE II -
LE CONTENU DE LA CAMPAGNE DE PRÉVENTION
ET LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

La campagne de prévention bucco-dentaire comprend, tous les ans, deux parties :

- l'examen de prévention (A)
- les soins consécutifs (B)

A. L'EXAMEN DE PRÉVENTION

1. Contenu de l'examen

a) Le bilan et le dialogue praticien/adolescent

L'examen de prévention, qui est rémunéré de manière spécifique, se distingue de la simple consultation que le chirurgien-dentiste a l'habitude de réaliser.

Le praticien doit, à l'occasion de cet examen, plus long qu'une simple consultation, non seulement dresser un bilan de la santé bucco-dentaire de son patient et, le cas échéant, un plan de soins, mais aussi prodiguer tous les conseils d'hygiène bucco-dentaire nécessaires à une bonne santé.

Engager au cours de cet examen un dialogue responsabilisant et établir une relation de confiance durable représentent une priorité que le chirurgien-dentiste doit rechercher au même titre que le traitement le plus adéquat pour l'adolescent.

b) Les actes

Par ailleurs, pour dresser le bilan bucco-dentaire de l'adolescent, le praticien pourra réaliser des clichés radiographiques.

Ces clichés seront pris en charge de manière forfaitaire par les organismes d'Assurance Maladie dans les conditions précisées au paragraphe 3c.

2. Conditions de réalisation

a) Information préalable de l'assuré et du bénéficiaire

L'assuré, si le bénéficiaire est ayant-droit, ou le bénéficiaire, si à 16 ans ou plus tard, il est devenu lui-même assuré, reçoit de la part de sa caisse et dans le mois qui précède l'anniversaire visé, une lettre d'invitation à se rendre chez un chirurgien-dentiste conventionné de son choix pour bénéficier de l'examen de prévention.

Cette lettre est adressée automatiquement, à l'en-tête de la caisse, par le CTI de BOBIGNY, qui centralise tous les fichiers des bénéficiaires transmis par l'ensemble des CTI dans les conditions fixées au chapitre III - "Gestions informatique et statistique".

Il s'agit d'une lettre-type (modèle joint en annexe III) qui comprend deux parties :

- le haut de la lettre résume la philosophie du dispositif.
- le bas de la lettre comporte cinq étiquettes autocollantes : quatre reprenant l'identité du bénéficiaire et la cinquième l'adresse du centre de rattachement du bénéficiaire.

Cette lettre sera présentée par le bénéficiaire au chirurgien-dentiste conventionné de son choix lors de l'examen de prévention. Les étiquettes précitées permettront aux caisses d'honorer l'examen de prévention dans les conditions fixées aux paragraphes suivants.

b) Date de réalisation de l'examen

principe

Une fois le dispositif mis en place (1er juin 1998), l'examen de prévention doit être réalisé dans un délai de 3 mois suivant la date anniversaire du bénéficiaire.

Exception liée au démarrage effectif du dispositif

Les adolescents ayant atteint l'âge de 15 ans entre le 31 décembre 1997 et le 1er juin 1998, pourront bénéficier de l'examen de prévention jusqu'au 31 octobre 1998.

Importance du délai

Le respect du délai de trois mois fixé dans la règle initiale, ou de la date du 31 octobre 1998, prévue dans l'exception, conditionne la prise en charge à 100% de l'examen. Cette conséquence a été introduite pour inciter les adolescents à se rendre dans un délai raisonnable chez leur chirurgien-dentiste.

Toutefois, dans la mesure où le dispositif a pour objectif de favoriser l'accès aux soins, les caisses apprécieront avec souplesse les motifs des éventuels retards apportés dans la réalisation de cet examen au delà des délais précités (maladie de l'adolescent, déménagement...).

3. Conditions de prise en charge

a) Utilisation d'un imprimé spécifique

L'examen annuel de prévention et les radiographies sont facturés sur un imprimé, spécifiquement créé à cet effet, et dont un modèle est joint en annexe II.

Ce formulaire, d'une couleur rouge, est composé d'une liasse de quatre volets autocopiants (21 x 29,7 cm) et d'une notice explicative. Il sera mis à la disposition des chirurgiens-dentistes conventionnés par les organismes d'assurance maladie :

- Le premier volet est d'un format 21 x 14,8 cm
- Le deuxième est préencollé et prédécoupé pour être clos, afin de préserver le secret médical.

Ces deux premiers volets, sur chacun desquels le chirurgien-dentiste apposera une des étiquettes apportées par le patient, seront adressés sous enveloppe par le praticien (sur laquelle sera collée la cinquième étiquette pré-imprimée à l'adresse de la caisse d'affiliation du bénéficiaire) au service administratif de la caisse.

Le service administratif conservera le premier volet et adressera dans les meilleurs délais, le deuxième volet, non ouvert, au service médical.

- Le troisième volet, sur lequel sera collée la troisième étiquette, reste la propriété du patient. Ce document, qui atteste la date de l'examen de prévention, devra être conservé durant toute la durée des soins consécutifs. Il sera présenté par le patient au chirurgien-dentiste qui réalisera les soins (professionnel ayant pratiqué l'examen de prévention ou tout autre répondant aux conditions d'entrée dans le dispositif).
- Le quatrième volet, qui comportera la quatrième étiquette, et au verso duquel figurent quelques conseils de remplissage, reste en possession du praticien pour son dossier de suivi dentaire.
Cet imprimé a été homologué par les Pouvoirs publics. Il porte le numéro CERFA S 3149.

b) Modalités d'envoi de l'imprimé par les caisses

L'UCANSS est chargée de la fabrication de ce formulaire. Les caisses devront donc s'approvisionner auprès de cet organisme dont les coordonnées sont les suivantes :

- Service “ Marchés Imprimés ”
BP 45
33 avenue du Maine
75755 PARIS CEDEX 15

Les Caisses qui désireraient faire fabriquer localement ces imprimés pourront se procurer les films auprès de :

- la Société GRAPHILABEL
6 boulevard Victor Lambert
B.P. 2767
51067 REIMS CEDEX

Les caisses doivent adresser aux chirurgiens-dentistes installés et exerçant sous convention un stock de cet imprimé, dès le démarrage de l'opération. Dans un premier temps, l'envoi de dix exemplaires à chaque praticien paraît suffisant.

Les chirurgiens-dentistes veilleront à disposer en permanence d'un nombre suffisant de documents et ce afin de pouvoir répondre à toute nouvelle demande d'entrée dans le dispositif.

c) Coût de l'examen

Conformément à l'annexe V de la convention dentaire, la rémunération de cet examen est fixée forfaitairement à 150 F. à laquelle peut s'ajouter, le cas échéant, un forfait radiographique.

Ce forfait, quelle que soit la technique utilisée, est de :

- 70 F. pour la réalisation de deux clichés.
- 140 F. pour quatre clichés argentiques ou à radio numérisée.
- En cas d'examen par radiographie à image numérisée, le montant est limité à 140 F.

d) Modalités de prise en charge

Dans un délai de quinze jours après réception du premier volet de l'imprimé spécifique, dûment rempli, les caisses honoreront directement et à 100 % le praticien de l'examen de prévention et éventuellement des clichés radiographiques.

L'attention des caisses est attirée sur le fait qu'à l'occasion de cet examen, le chirurgien-dentiste ne doit facturer aucun acte technique, sauf si des soins ont été dispensés dans le cadre d'une urgence justifiée par l'état du bénéficiaire, ou lorsque l'ensemble des soins peut être réalisé en une seule fois.

Par ailleurs, il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

Dans la mesure où le dispositif s'adresse particulièrement aux adolescents n'ayant pas accès aux soins, les chirurgiens-dentistes titulaires du droit permanent à dépassement s'interdisent, dans ce cadre, d'en faire usage. Il en va de même de l'utilisation du DE pour exigence particulière du patient.

Dans la mesure où les caisses constateraient l'utilisation du droit permanent à dépassement ou du DE, elles honoreraient les praticiens dans la limite du forfait, en indiquant sur l'imprimé "non conforme aux dispositions du protocole national".

Le délai de règlement (quinze jours à réception du support de facturation dûment complété) exige des caisses qu'elles mettent en place les moyens de repérer ces formulaires. Les procédures devront être définies localement.

e) Imputation comptable

L'examen de prévention et les clichés radiographiques sont financés par une dotation du Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaires. Des dotations seront versées à titre prévisionnel par la CNAMTS et révisées en fonction des besoins réellement estimés par les caisses. Sa dépense est imputée dans les caisses au compte PM 65776 -examen bucco-dentaire-.

En attendant la création d'une gestion prévention maladie (PM) dans les chaînes de liquidation, permettant l'imputation comptable automatique des prestations PM et afin d'éviter le traitement manuel par les Agences Comptables, ces prestations bucco-dentaires seront liquidées en Assurance Maladie.

L'application de Regroupement Comptable (ARC), recevra, via Paiement - Mandatement le compte 65776 qui est associé à un code gestion maladie et qui sera transformé en code gestion PM.

4 Le contrôle

Il appartient à l'échelon local du service médical au travers de l'analyse du deuxième volet de l'imprimé spécifique (Cf. paragraphe 3a) et dans le cadre de ses missions, de vérifier que les examens de prévention réalisés se sont bien attachés à développer cette double approche de traitement et de sensibilisation aux actions de santé publique.

B. LES SOINS CONSÉCUTIFS

Les soins consécutifs constituent la deuxième partie du dispositif annuel.

Ils se distinguent des autres soins parce qu'ils sont liés à l'examen annuel de prévention et parce qu'ils sont remboursés à 100 %.

1. Les actes concernés

Seuls les actes conservateurs (SC), chirurgicaux (DC) et radiographiques (Z) entrent dans le champ des soins consécutifs à l'examen de prévention.

Les traitements orthodontiques et prothétiques sont donc exclus du dispositif.

2. Conditions de réalisation

Les soins doivent, en principe, avoir été prévus dans le plan de soins destiné à l'échelon local du service médical (volet 2 de l'imprimé de prévention) qui s'attachera, dans le cadre du suivi médical du dispositif, à observer l'adéquation des soins par rapport à la prévision.

Ils doivent être aussi réalisés dans les six mois suivant la date de l'examen de prévention.

Toutefois, des soins engagés durant la période et qui prendraient fin au-delà des six mois indiqués, pourront donner lieu à la prise en charge intégrale. En effet, entre six et neuf mois, le règlement sera accepté avec signalement aux services administratifs.

Cette information sera utile dans le cadre de l'évaluation administrative du dispositif.

Elle permettra notamment de vérifier le temps moyen écoulé entre la date de l'examen de prévention et celle de la réalisation des soins.

Les caisses examineront avec bienveillance ces situations dès lors qu'elles ne sont pas systématiques de la part d'un assuré ou d'un professionnel ou dès lors que des motifs justifient le non respect intégral des délais (déménagement de l'assuré, changement de chirurgien-dentiste, suspension d'activité du professionnel pour des raisons de santé, etc.).

3. Le support de facturation : l'imprimé habituel S3153

Les soins effectués par le chirurgien-dentiste sont facturés sur l'imprimé S3153 relatif aux traitements bucco-dentaires.

Le professionnel fera précéder chaque code (SC, DC, Z) sur la feuille de soins de la mention EXP (Examen de Prévention), afin d'identifier les actes propres au dispositif de prévention et de permettre leur remboursement à 100 %.

4. Le remboursement des soins consécutifs

- Comme pour l'examen de prévention, le professionnel qui en est titulaire, s'interdit d'appliquer son droit permanent à dépassement sur les soins consécutifs.

Il peut, en revanche, s'il le souhaite, appliquer avec tact et mesure le DE en le signalant au patient.

- L'assuré social règle directement au chirurgien-dentiste ses honoraires sauf s'il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais telle que prévue à l'article 8-b de la convention dentaire.
- Pour bénéficier du remboursement à 100 % l'assuré adresse à sa caisse d'affiliation la feuille de soins habituelle dûment complétée.
- Les caisses remboursent les soins à 100 % sur la base des tarifs opposables.
- Au-delà du délai de six mois et sauf circonstances particulières décrites dans le paragraphe 2, les soins consécutifs ou supplémentaires sont remboursés dans les conditions habituelles (70 % du tarif de base). Le ticket modérateur n'est donc plus pris en charge.

5. Imputation comptable

Le financement des soins consécutifs est imputé à la fois sur le risque maladie pour la part obligatoire (70 %) et sur le budget du FNASS pour la part restante correspondant au ticket modérateur (30 %).

Des dotations spécifiques seront notifiées aux caisses dans le cadre de l'approbation de leur budget d'action sanitaire et sociale sur la base d'un montant prévisionnel calculé en fonction du nombre d'adolescents concernés (réponses des caisses communiquées à la suite du Fax n°86 du 18 septembre 1997), et seront, le cas échéant, révisées en cours d'exercice en fonction des dépenses réellement exposées par les CPAM.

Les caisses imputeront la recette de dotation sur le compte SM 75711683 -Dotation ASS. Prévention bucco-dentaire-.

La dépense est imputée au compte SM 657213 -Soins bucco-dentaires-.

- CHAPITRE III -

LA GESTION INFORMATIQUE ET STATISTIQUE

Afin de mettre en application dans les chaînes de liquidation et d'information les mesures liées au dispositif (constitution d'un fichier de bénéficiaires, prise en charge de l'examen de prévention et des soins consécutifs,...), les services techniques ont prévu une mise en oeuvre en deux étapes :

- Une solution transitoire
- Une solution définitive ou cible prévoyant la création au niveau de la saisie, d'un code correspondant à la prévention maladie.

Dans l'attente de l'adaptation définitive des systèmes informatiques, la présente circulaire n'aborde que les applications spécifiques de la solution transitoire qui vont permettre, dès le démarrage de l'opération, d'assurer le suivi régulier de la montée en charge du dispositif. Une circulaire complémentaire sera adressée ultérieurement sur les applications et modes opératoires de la solution définitive.

A. LA SÉLECTION DES BÉNÉFICIAIRES CIBLES ET L'ÉMISSION DES PRISES EN CHARGE

Le dispositif s'applique aux bénéficiaires, ayants-droit d'un assuré dont les droits sont ouverts, à la date de leur quinzième anniversaire.

La vérification de l'ouverture des droits s'effectuera annuellement par recherche automatique au moment de l'envoi de la prise en charge aux parents du bénéficiaire ou au bénéficiaire s'il est assuré lui-même. Ils ne seront donc pas vérifiés lors du règlement de l'examen de prévention.

Toutefois, dans l'hypothèse d'une extinction des droits au cours des soins, les caisses pourront procéder au remboursement avec un signalement aux services administratifs, chargés à cette occasion de vérifier la situation de l'assuré à l'origine de l'extinction des droits.

La sélection des bénéficiaires se fait mensuellement et la prise en charge se matérialise un mois avant la date anniversaire du bénéficiaire potentiel par l'envoi de la lettre-type citée au chapitre II, paragraphe A-2a, à l'adresse de l'ouvreur de droit.

En cas de droits non ouverts à la date anniversaire, ceux-ci seront recherchés automatiquement lors de la sélection des mois suivants.

L'envoi de la lettre et des étiquettes conditionne donc la prise en charge de l'ensemble des mesures liées au dispositif. Le bénéficiaire qui souhaite participer à l'action remettra à son chirurgien-dentiste le jeu des étiquettes qui seront, à la suite de la réalisation de l'examen de prévention, collées sur les quatre volets de l'imprimé d'examen de prévention. Le chirurgien-dentiste, pour être honoré de ses actes adressera les deux premiers volets de l'imprimé à la caisse de rattachement dont les coordonnées figurent sur la cinquième étiquette.

Ainsi que cela a été précisé au chapitre II, paragraphe A-2a, pour des raisons de simplification technique, le CTI de BOBIGNY a été retenu pour l'édition et la diffusion des prises en charge sur tout le territoire national. Pour sa réalisation, il a fait appel à un imprimeur capable de fournir un document identique à l'ensemble des Centres de Traitement Informatique.

Un fichier d'édition est transmis via le Centre National Maladie (CNM) au site de BOBIGNY.

Les logiciels, en cours de diffusion, permettront la sélection des adolescents ayant quinze ans au cours de l'année 1998 et ceux qui auront seize ans à partir du 1er juin 1998.

B. LE RÈGLEMENT DE L'EXAMEN ANNUEL DE PRÉVENTION

Cet examen est pris en charge sur le FNPEIS.

Les quatre codes prestations (BDC, BR2, BR4, RIN.), créés à cet effet seront saisis soit sur Laser Local, soit sur PROGRES PPNA2, qui vous sera livré prochainement, en nature d'Assurance Maladie au taux de 100 %.

Dans cette phase transitoire, ces codes ne pourront pas faire l'objet d'une saisie en gestion PM (Prévention Maladie) mais seulement en AS.

Par ailleurs, des informations vous seront adressées concernant la prise en charge par le Régime Général des examens annuels de prévention effectués en faveur des bénéficiaires rattachés aux Sections Locales Mutualistes.

La solution cible (définitive) disponible à la fin de l'année 1998, prendra en compte la nature d'assurance prévention maladie.

C. LE RÈGLEMENT DES SOINS CONSÉCUTIFS À L'EXAMEN DE PREVENTION

Dans le cadre des soins bucco-dentaires, les codes SC, DC, Z sont identifiés sur la feuille de soins par la mention " EXP ".

Avec la solution " transitoire ", ces actes sont à liquider uniquement en LASER et doivent faire l'objet d'une saisie particulière, afin d'éviter que les mutuelles ne remboursent également le Ticket Modérateur.

Le prix unitaire saisi doit représenter 70% du prix unitaire des lettres-clés SC, DC,Z. Le taux de remboursement doit être obligatoirement à 100%.

Le ticket modérateur est pris en charge par saisie du code TMD (Ticket Modérateur Dentaire) sur la ligne suivant le code acte. Son coefficient doit être identique à celui du code acte. Son prix unitaire doit représenter les 30% restant de la valeur de la lettre-clé . Son taux doit être obligatoirement saisi à 100%.

Ce code TMD sera ventilé en assurance " ASS ".

Aussi le code qualificatif de la dépense doit être renseigné à la valeur " S " (honoraires globalisés suite).

D. LE SUIVI DES DÉPENSES

1. SNIR Professions de Santé

Les quatre nouveaux codes (BDC, BR2, BR4, RIN.) correspondant à l'examen de prévention et les soins consécutifs à ces examens, pourront être intégrés automatiquement dans le SNIR à partir de la version de l'interface Clientèle mise en place au 1er juin 1998 dans les CTI, dès que les versions de production seront elles-mêmes opérationnelles.

Ces informations alimenteront les produits statistiques inter-régimes dès l'exploitations SNIR du deuxième trimestre 1998.

2. Application TANDEM

L'examen de prévention sera ventilé en assurance "PREVENTION" dans l'infoservice en séries agrégées et affinées, sous les codes PS5.

- 9421 : BDC :Consultation bucco-dentaire
- 9422 : BR2 :Consultation, deux radios bucco-dentaires
- 9423 : BR4 :Consultation, quatre radios bucco-dentaires
- 9424 : RIN :Consultation, radio par imagerie bucco-dentaire

Le complément du ticket modérateur sera ventilé en assurance "ASS".

- 9211 : TMD.....Ticket modérateur pour les soins consécutifs
.....à la prévention bucco-dentaire, *en version provisoire*.
- 9211.....Calculé par le système de production : ticket modérateur
pour soins consécutifs à la prévention bucco-dentaire,
en version définitive.

Les soins consécutifs à l'examen de prévention cotés SC, DC ou Z seront identifiables associés au motif d'exonération PBD *en version définitive*.

- CHAPITRE IV - LE PLAN DE COMMUNICATION

A. INFORMATION PRÉALABLE

Les assurés sociaux ayant des bénéficiaires, ou bénéficiaires eux-mêmes s'ils sont assurés, susceptibles de constituer la cible en 1998 et les chirurgiens-dentistes concernés, seront informés préalablement à l'entrée en vigueur du dispositif du démarrage de l'opération.

- Les caisses adresseront, dès réception des supports aux chirurgiens-dentistes concernés, dont le cabinet est implanté dans leurs circonscriptions, un courrier d'information spécifique accompagné d'un dépliant reprenant les modalités pratiques du dispositif. Ce document validé par l'ensemble des Parties Signataires et qui ne suppose pas d'aménagement, sera adressé par le Département Communication à toutes les caisses en quantité (modèle en annexe IV).
- Les assurés sociaux seront informés quelques jours plus tard au moyen de la lettre-type adressée directement par le CTI de BOBIGNY. A noter que celle-ci fera un premier envoi de masse pour tous les bénéficiaires ayant atteint l'âge de quinze ans entre le 1er janvier et la date de démarrage effectif du dispositif, puis adressera mois par mois, au fil des dates anniversaires, ce courrier aux autres bénéficiaires.

B. LA CAMPAGNE DE COMMUNICATION

Afin d'accompagner le lancement du dispositif de prévention, la CNAMTS a confié le soin à une agence spécialisée d'organiser et coordonner la campagne de communication.

Celle-ci devrait démarrer dans le courant du mois de mai, soutenant ainsi le dispositif juste mis en place.

La campagne présente le dispositif sous le nom de BBD (Bilan Bucco-Dentaire) et comprend deux volets :

- Une campagne nationale visant à mobiliser autant les jeunes que leurs parents autour de l'idée que l'examen de prévention bucco-dentaire est un examen que l'on réussit à 100 %. Cette campagne sera concrétisée par des spots radio et des partenariats médias. Son coup d'envoi fera l'objet d'une conférence de presse spécifique. Des contacts seront pris avec les grandes institutions pouvant relayer cette action. La campagne sera relancée à l'automne.
- Une campagne de proximité afin de toucher la cible difficile des adolescents de quinze ans, et en particulier ceux qui n'accèdent pas aux soins dentaires.

Ces actions nécessitant une bonne connaissance du terrain seront mises en oeuvre par les caisses d'assurance maladie auprès des mairies, des centres sportifs, des associations, des éducateurs. Des conseils et des argumentaires seront proposés aux caisses pour les aider dans ces contacts.

Des supports (affichettes, dépliants) seront fournis par la CNAMTS afin d'accompagner les actions engagées (fin du mois de mai), notamment auprès des relais cités plus haut.

Des partenariats avec les radios locales pourront également être développés.

L'ensemble de ce dispositif fera l'objet d'instructions particulières.

- CHAPITRE V - ÉVALUATION DU DISPOSITIF

L'intérêt du dispositif et son ampleur à un niveau national justifient qu'un véritable programme d'évaluation soit mis en oeuvre dès son démarrage. Le plan, qui fera lui aussi l'objet d'instructions complémentaires, devrait comprendre quatre axes principaux.

A. L'ÉTAT DES LIEUX EN 1997 (document en annexe V)

A l'aide d'une requête SIAM, réalisée par les services informatiques de la CNAMTS et diffusée dans tous les CTI, portant sur les douze mois de l'année 1997, sera repérée la consommation des soins bucco-dentaires des jeunes de quatorze et quinze ans qui constituent la cible des bénéficiaires du dispositif en 1998.

Deux catégories seront ainsi déterminées :

- Les consommateurs et les non consommateurs, distingués selon l'âge, le sexe et la circonscription géographique et pour les consommateurs, selon les soins dentaires consommés.

Cet état des lieux, qui fera l'objet d'une consolidation au niveau national, permettra de mesurer notamment l'impact du dispositif de 1998 sur les non consommateurs de 1997.

B. ÉVALUATIONS ADMINISTRATIVE ET FINANCIÈRE

L'aménagement des chaînes informatiques de production et d'information permettra de mesurer, dès 1998, précisément le nombre de bénéficiaires et de chirurgiens-dentistes engagés dans la démarche, ainsi que le coût du dispositif (prévention, ASS, risque).

C. ÉVALUATION MÉDICALE

L'évaluation médicale effectuée par les échelons locaux du service médical portera notamment sur l'analyse des besoins en soins bucco-dentaires relevés au cours de l'examen de prévention et sur l'analyse des soins dispensés après cet examen.

Ces analyses se feront à partir d'une cohorte de 12 000 enfants ayant participé au dispositif et qui sera suivie pendant toute la durée du dispositif.

Afin de constituer cette cohorte, chaque échelon local du service médical conservera pendant l'année 1998 toutes les fiches d'examen (volet 2 de l'imprimé spécifique) que les praticiens traitants auront adressées à la CPAM, et retransmises par les services administratifs selon des procédures à définir localement.

Chaque échelon local déterminera l'échantillon qui constituera la cohorte locale en fonction d'une part, du nombre d'adolescents recensés dans la circonscription et d'autre part, du nombre d'adolescents ayant bénéficié de la consultation de prévention.

Une fois la cohorte constituée (douze mois après le démarrage du dispositif), l'ELSM communiquera aux services administratifs les données d'identification des sujets retenus dans l'échantillon afin de permettre le repérage dans le fichier des assurés de la cible rentrant dans l'évaluation. Cette cohorte sera suivie durant les quatre années du dispositif. A partir de 1999, les services administratifs adresseront à l'ELSM toutes les feuilles de soins induites par l'examen de prévention présentées au remboursement et correspondant à l'échantillon ainsi retenu.

D. ÉVALUATION SOCIOLOGIQUE

L'évaluation "sociologique" est confiée au CREDES. Elle permettra de mesurer l'efficacité du dispositif tant du côté des bénéficiaires que de celui des chirurgiens-dentistes.

Il s'agit d'étudier par le biais d'enquêtes auprès des bénéficiaires le comportement de deux cohortes, celle entrée dans le dispositif et une autre n'y ayant pas accédé.

Cette étude sera également menée auprès des professionnels afin d'évaluer leur perception du dispositif, selon leur âge, leur sexe et le lieu d'implantation du cabinet.

Des précisions seront également apportées sur ce point ultérieurement.

- CHAPITRE VI -
SUIVI CONVENTIONNEL DU DISPOSITIF

A. LE RÔLE DES INSTANCES PARITAIRES

Le suivi du dispositif au plan national est confié à un comité paritaire désigné par le SPPS.

Au niveau local, le suivi est confié aux commissions paritaires départementales. Ce suivi permettra d'effectuer à intervalles réguliers un point de situation sur la montée en charge du dispositif. Ce point portera notamment sur le nombre de bénéficiaires et de professionnels rentrant dans le dispositif.

Les difficultés, autres que techniques, nées de l'application du dispositif feront l'objet d'un examen par les instances locales et de propositions avant toute remontée au niveau national.

B. NON RESPECT DES ENGAGEMENTS PAR LES PROFESSIONNELS

Le dispositif de prévention bucco-dentaire s'inscrivant dans une démarche conventionnelle, il conviendra d'appliquer en cas d'un éventuel non respect des engagements par les professionnels les règles en vigueur figurant dans le titre et l'annexe V de la Convention.

Je vous remercie de me faire part des difficultés éventuelles que vous rencontrerez dans l'application de ce dispositif.

**Le Directeur de la
Gestion du Risque**

Denis PIVETEAU

l'Agent Comptable

Alain BOUREZ

**Le Médecin Conseil
National**

Pr Hubert ALLEMAND

ANNEXE I: Protocole National relatif au dispositif de prévention bucco-dentaire:

**PROTOCOLE NATIONAL
RELATIF AU
DISPOSITIF DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE**

EN APPLICATION DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 31 DE LA CONVENTION ENTREE EN VIGUEUR LE 2 JUIN 1997, ORGANISANT LES RELATIONS ENTRE LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE ET LA PROFESSION DENTAIRE, LES PARTENAIRES CONVENTIONNELS, SOUCIEUX DE DEVELOPPER UNE ACTION DE SANTE PUBLIQUE QU'ILS JUGENT PRIORITAIRE, ONT DECIDE DE METTRE EN OEUVRE UN DISPOSITIF DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE DESTINE A AMELIORER LES CONDITIONS D'ACCES AUX SOINS ET A DEVELOPPER LE SUIVI REGULIER ET LA CONTINUITE DES SOINS DES ADOLESCENTS DE 15 ANS.

CE DISPOSITIF DOIT SE METTRE EN OEUVRE DANS LES CONDITIONS FIXEES PAR LE PRESENT PROTOCOLE.

ARTICLE 1ER : RAPPEL DES PRINCIPES

LE PRESENT PROTOCOLE DEFINIT LES CONDITIONS D'APPLICATION DU DISPOSITIF DE PREVENTION POUR LA DUREE DE LA CONVENTION NATIONALE ENTREE EN VIGUEUR LE 2 JUIN 1997, ORGANISANT LES RELATIONS ENTRE LES CHIRURGIENS-DENTISTES ET LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE ET DEFINI A L'ARTICLE 31 DE CELLE-CI.

CE DISPOSITIF S'ADRESSE AUX CHIRURGIENS-DENTISTES CONVENTIONNES ET AUX ADOLESCENTS DE 15 ANS.

DES LA PREMIERE ANNEE L'ADOLESCENT BENEFICIERA, S'IL LE SOUHAITE, D'UN EXAMEN DE PREVENTION SUIVI DES SOINS NECESSAIRES.

CET EXAMEN S'INSCRIT DANS UNE DEMARCHE PEDAGOGIQUE DE MOTIVATION DE L'ADOLESCENT PAR LE CHIRURGIEN-DENTISTE. DANS CET ESPRIT, LES ADOLESCENTS SERONT SOLLICITES POUR BENEFICIER D'UN NOUVEL EXAMEN CHACUNE DES ANNEES SUIVANTES, DANS LA LIMITE DE LA DUREE D'APPLICATION DU PROTOCOLE.

AFIN DE MESURER L'IMPACT ET L'INTERET DE CETTE ACTION DE SANTE PUBLIQUE TANT AUPRES DES BENEFICIAIRES QUE DES PROFESSIONNELS

EUX-MEMES, ET SON NIVEAU DE REPONSE PAR RAPPORT AUX BESOINS SANITAIRES, UNE EVALUATION DU DISPOSITIF EST MISE EN PLACE PAR LES PARTENAIRES CONVENTIONNELS CONCOMITAMMENT.

ARTICLE 2 : CONDITIONS D'ACCES AU DISPOSITIF

A/ PARTIES CONCERNEES

1°) LES BENEFICIAIRES

LE DISPOSITIF DE PREVENTION S'ADRESSE AUX ADOLESCENTS ATTEIGNANT L'AGE DE 15 ANS, AYANTS DROIT D'ASSURES SOCIAUX ET REMPLISSANT LES CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS AUX PRESTATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE.

2°) LES CHIRURGIENS-DENTISTES

LES CHIRURGIENS-DENTISTES LIBERAUX ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES SALARIES RELEVANT DES DISPOSITIONS DE LA CONVENTION NATIONALE PARTICIPENT A L'ACTION DE PREVENTION.

TOUTEFOIS, LES SPECIALISTES QUALIFIES EN ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE CONVENTIONNES, QUI N'EXECUTENT PAS DE SOINS BUCCO-DENTAIRES EN RAISON DE LEUR SPECIALITE, NE SONT PAS TENUS DE PARTICIPER A CETTE ACTION NATIONALE DE PREVENTION.

B/ DUREE D'APPLICATION DU DISPOSITIF

S'AGISSANT D'UN DISPOSITIF CONVENTIONNEL, SA DUREE D'APPLICATION EST CONDITIONNEE PAR LA DUREE LIMITE D'APPLICATION DE LA CONVENTION ELLE-MEME: SOIT LE 2 JUIN 2001, SAUF SITUATIONS DE CADUCITE ANTICIPEE POUR QUELQUE MOTIF QUE CE SOIT.

LE PREMIER EXAMEN ANNUEL DE DEPISTAGE OUVRE L'ACCES A UN NOUVEL EXAMEN CHACUNE DES ANNEES SUIVANTES DURANT LA PERIODE CONSIDEREE.

AFIN DE PRESERVER LE LIBRE ACCES AU DISPOSITIF ET D'EN RENFORCER L'IMPACT, LES JEUNES DE 15 ANS, N'AYANT PAS RECOURU A L'EXAMEN DE PREVENTION DES LA PREMIERE ANNEE DE MISE EN OEUVRE DU DISPOSITIF, PEUVENT Y ACCEDER CHAQUE ANNEE SUIVANTE, DURANT LA PERIODE DE TROIS MOIS SUIVANT LEUR DATE D'ANNIVERSAIRE, JUSQU'A LA DATE LIMITE PRECITEE.

C/DISPOSITION PARTICULIERE

LES ADOLESCENTS AYANT ATTEINT L'AGE DE 15 ANS ENTRE LE 02/06/97 ET 31/12/97 PEUVENT BENEFICIER DE L'EXAMEN DE PREVENTION A COMPTER DE LEUR 16EME ANNIVERSAIRE.

ARTICLE 3 : LE CHAMP DE LA PREVENTION

1/ LE CONTENU DE L'EXAMEN DE PREVENTION

L'EXAMEN DE PREVENTION QUI PERMET DE DRESSER UN BILAN DE L'ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE DU PATIENT DOIT ETRE REALISE DANS LES 3 MOIS SUIVANT LA DATE ANNIVERSAIRE DU BENEFICIAIRE :

L'EXAMEN COMPREND:

OBLIGATOIREMENT

- UNE ANAMNESE,
- UN EXAMEN BUCCO-DENTAIRE,
- DES CONSEILS D'HYGIENE ET DE MOTIVATION.
- LE REMPLISSAGE D'UNE FICHE D'EXAMEN DONT LE MODELE EST JOINT EN ANNEXE

EVENTUELLEMENT

- DES RADIOGRAPHIES INTRABUCCALES AU NOMBRE DE DEUX OU QUATRE MAXIMUM ET LEUR INTERPRETATION,
- NOMBRE INDICATIF DE DENTS A TRAITER.

COMPTE TENU DU CARACTERE SPECIFIQUE DE L'EXAMEN DE PREVENTION, AUCUN SOIN NE PEUT ETRE DISPENSE AU COURS DE CET EXAMEN SAUF EN CAS D'URGENCE JUSTIFIEE PAR L'ETAT BUCCO-DENTAIRE DU BENEFICIAIRE OU EN RAISON D'UN MOTIF PARTICULIER.

2/ LES SOINS PRECONISES LORS DE L'EXAMEN DE PREVENTION

LES SOINS EVENTUELS DOIVENT S'ACHEVER DANS LES SIX MOIS SUIVANT LA DATE DE L'EXAMEN DE PREVENTION.

ENTRENT DANS LE CHAMP DU DISPOSITIF, LES SEULS ACTES CORRESPONDANT A DES SOINS CONSERVATEURS, CHIRURGICAUX ET RADIOGRAPHIQUES COTES RESPECTIVEMENT PAR LES LETTRES-CLES SC, DC, Z.

LES TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES ET PROTHETIQUES SONT DONC EXCLUS DE CE DISPOSITIF.

ARTICLE 4 : ENGAGEMENTS DES PARTIES

1/ ENGAGEMENTS DU CHIRURGIEN-DENTISTE

EN ADHERANT A LA CONVENTION NATIONALE, LE CHIRURGIEN-DENTISTE ACCEPTE, DANS UN SOUCI DE SANTE PUBLIQUE ET SELON LES DONNEES ACQUISES DE LA SCIENCE, DE PARTICIPER A LA CAMPAGNE DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE ET DE PERMETTRE A SES PATIENTS D'ACCEDER A L'ENSEMBLE DES AVANTAGES PREVUS DANS LE DISPOSITIF.

DANS CE CADRE, IL S'ENGAGE A :

RESPECTER LES CLAUSES DU PRESENT PROTOCOLE ET A FAIRE BENEFICIER SES PATIENTS DES TARIFS CONVENTIONNELS COMME PREVU A L'ARTICLE 20 DE LA CONVENTION NATIONALE EN S'INTERDISANT L'USAGE DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES VISES A L'ARTICLE 21 PARAGRAPHE C DE LA CONVENTION ;

INFORMER SON PATIENT ET SON REPRESENTANT LEGAL, S'IL EST PRESENT, DE L'ETAT BUCCO-DENTAIRE CONSTATE ET, LE CAS ECHEANT, DU NOMBRE DE DENTS A TRAITER ET DE LA NATURE DES SOINS A ENGAGER, TOUT EN PRECISANT LES PRIORITES ;

ACCOMPAGNER SA DEMARCHE DE CONSEILS D'HYGIENE ET DE PREVENTION EN SOULIGNANT L'INTERET D'UN TRAITEMENT PRECOCE, D'UN SUIVI REGULIER ET DE LA CONTINUITE DES SOINS ;

PARTICIPER A L'EVALUATION DU DISPOSITIF EN REPONANT, A TOUTE ENQUETE OU RECUEIL D'INFORMATIONS REALISES SELON LES MODALITES DEFINIES ENTRE LES PARTIES SIGNATAIRES ET CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS PREVUES A L'ARTICLE 6 DU PRESENT PROTOCOLE ;

2/ ENGAGEMENTS DES ORGANISMES

LES ORGANISMES S'ENGAGENT A :

PRENDRE EN CHARGE A 100% LES ACTES LIES AU DISPOSITIF DE PREVENTION;

FAIRE BENEFICIER LES PATIENTS CONCERNES PAR LE DISPOSITIF DE LA PROCEDURE DE DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS POUR L'EXAMEN DE PREVENTION ANNUEL ET SON COMPLEMENT RADIOLOGIQUE TELS QUE DEFINIS A L'ARTICLE 5-1/A DU PRESENT PROTOCOLE;

FAIRE BENEFICIER LESDITS PATIENTS DE LA PRISE EN CHARGE DU TICKET MODERATEUR POUR L'EXAMEN ET LES SOINS CONSECUTIFS EVENTUELS;

ACCOMPAGNER, EN PARTENARIAT, LA MISE EN OEUVRE DU DISPOSITIF DE PREVENTION DE CAMPAGNES D'INFORMATION DESTINEES AUX ASSURES, AUX BENEFICIAIRES POTENTIELS ET AUX CHIRURGIENS-DENTISTES ;

RESTITUER AUX CHIRURGIENS-DENTISTES DANS LE CADRE DES COMMISSIONS PARITAIRES LES INFORMATIONS ET ANALYSES PERTINENTES RESULTANT DES EVALUATIONS ;

METTRE EN OEUVRE EN PARTENARIAT AVEC LES SYNDICATS SIGNATAIRES DE LA CONVENTION LES PROCEDURES D'EVALUATION DU DISPOSITIF.

ARTICLE 5 : PRISE EN CHARGE

1/ CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

LES FRAIS (EXAMEN DE PREVENTION, RADIOS, SOINS CONSECUTIFS) SONT PRIS EN CHARGE PAR LE REGIME DANS LEQUEL LES DROITS DE L'ASSURE SONT OUVERTS AU JOUR DE L'EXAMEN ANNUEL DE PREVENTION. SI LE BENEFICIAIRE N'EST PAS L'ASSURE SOCIAL LUI MEME, SA SITUATION SUIVRA CELLE DE L'ASSURE DONT IL EST AYANT DROIT.

DANS L'HYPOTHESE OU L'ASSURE SOCIAL CHANGE AU COURS DU DISPOSITIF DE REGIME DE PROTECTION SOCIALE, C'EST L'ORGANISME PRENANT QUI ASSURE LA CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE DES ACTES LIES AU DISPOSITIF DE PREVENTION.

A/ EXAMEN DE PREVENTION

LES ORGANISMES HONORENT DIRECTEMENT L'EXAMEN ANNUEL DE PREVENTION ET LE FORFAIT LIE AUX EVENTUELLES RADIOGRAPHIES PRATIQUEES A L'OCCASION DE CET EXAMEN AUX CHIRURGIENS-DENTISTES. L'ASSURE EST DONC DISPENSE DE L'AVANCE DES FRAIS.

L'EXAMEN FACTURE 150,00 FRS ET, LE CAS ECHEANT, LE FORFAIT RADIOGRAPHIE DE 70,00 FRS POUR DEUX CLICHES OU DE 140,00 FRS POUR QUATRE CLICHES SONT PRIS EN CHARGE A 100 %. EN CAS D'EXAMEN PAR RADIOGRAPHIE A IMAGE NUMERISEE, LES FORFAITS SONT EGALEMENT PRIS EN CHARGE DANS LA LIMITE DE 140 FRANCS.

LES ORGANISMES S'ENGAGENT A EMETTRE L'ORDRE DE VIREMENT DE LA FACTURATION DANS UN DELAI MAXIMUM DE 15 JOURS A COMPTER DE LA RECEPTION DU SUPPORT DE FACTURATION DUMENT COMPLETE.

SI LE PATIENT EST EN COURS DE TRAITEMENT LORSQU'IL ATTEINT L'AGE DE 15 ANS, IL PEUT EGALEMENT BENEFICIER D'UN EXAMEN DE PREVENTION SI LE PRATICIEN LE JUGE UTILE, PRIS EN CHARGE DANS LES CONDITIONS PRECITEES A L'EXCEPTION DU FORFAIT RADIOGRAPHIE QUI NE PEUT FAIRE L'OBJET D'UNE FACTURATION.

IL NE PEUT Y AVOIR AU COURS D'UNE MEME SEANCE FACTURATION D'UNE CONSULTATION ET D'UN EXAMEN DE PREVENTION.

B/ SOINS CONSECUTIFS

LES SOINS CONSECUTIFS SONT HONORES DIRECTEMENT PAR L'ASSURE OU LE BENEFICIAIRE SAUF DANS LE CAS OU CELUI-CI BENEFICIE DE LA PROCEDURE DE DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS TELLE QUE DEFINIE A L'ARTICLE 8 - PARAGRAPHE 2B DE LA CONVENTION.

CES SOINS SONT REMBOURSES A 100 % PAR L'ASSURANCE MALADIE DANS LA LIMITE DES TARIFS CONVENTIONNELS OPPOSABLES.

SONT PRIS EN CHARGE DANS LES CONDITIONS HABITUELLES DE REMBOURSEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE LES SOINS NON EXECUTES DANS LES SIX MOIS APRES LA DATE DE L'EXAMEN DE PREVENTION.

CES SOINS DOIVENT FIGURER SUR UNE FEUILLE DE SOINS DISTINCTE.

2/ MODALITES DE PRISE EN CHARGE

A/ L'EXAMEN DE PREVENTION

LE PRATICIEN LORS DE LA FACTURATION DE L'EXAMEN ANNUEL UTILISE UN IMPRIME SPECIFIQUE DONT LE MODELE EST JOINT EN ANNEXE, INTITULE "FICHE D'EXAMEN DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE" ET CE, DANS L'ATTENTE DE LA MISE EN PLACE DE LA FEUILLE DE SOINS ELECTRONIQUE.

CE DOCUMENT EST COMPOSE DE QUATRE VOLETS DESTINES AU PRATICIEN, A L'ASSURE, AUX SERVICES ADMINISTRATIFS ET MEDICAUX DES CAISSES. IL COMPORTE DES INFORMATIONS SE DECOMPOSANT DE LA FAÇON SUIVANTE :

- PARTIE ADMINISTRATIVE : INFORMATIONS PERMETTANT LA FACTURATION DE L'EXAMEN

- . RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'IDENTIFICATION DE L'ASSURE, DU OU DES AYANTS DROIT (NIR, ADRESSE, ORGANISME D'AFFILIATION),
- . RENSEIGNEMENTS IDENTIFIANT LE PRATICIEN TRAITANT,
- . NATURE DES ACTES REALISES (EXAMENS, RADIOGRAPHIES).
- . RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES.

- PARTIE MEDICALE A USAGE DU SERVICE MEDICAL DES CAISSES ET DU PRATICIEN TRAITANT

- . RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE,
- . ETAT BUCCO-DENTAIRE,
- . SOINS A EFFECTUER, LE CAS ECHEANT,
- . SUIVI.

B/ LES SOINS CONSECUTIFS

LE PRATICIEN UTILISE LES FEUILLES DE SOINS HABITUELLES ET LES REMPLIT SELON LES REGLES COMMUNES.

DANS LA COLONNE "DESIGNATION DES ACTES", IL FAIT SUIVRE LA MENTION EXP POUR PERMETTRE A L'ASSURE DE BENEFICIER DE L'EXONERATION DU TICKET MODERATEUR.

3/ CIRCUIT DES INFORMATIONS

A/ EXAMEN DE PREVENTION

- CHAQUE ORGANISME D’AFFILIATION ADRESSE A SES RESSORTISSANTS SUSCEPTIBLES D’ENTRER DANS LA CAMPAGNE DE PREVENTION LE MOIS QUI PRECEDE LA DATE ANNIVERSAIRE DES 15 ANS, DES ETIQUETTES AUTOCOLLANTES ACCOMPAGNEES D’UNE NOTICE D’UTILISATION ET D’UN COURRIER D’INFORMATION GENERALE SUR LE DISPOSITIF.
- POUR LES ADOLESCENTS AYANT EU 15 ANS ENTRE LE 2/06/97 ET 31/12/97, CET ENVOI EST EFFECTUE DANS LE MOIS QUI PRECEDE LA DATE ANNIVERSAIRE DE LEUR 16 ANS.
- LA CAISSE PRIMAIRE FAIT PARVENIR AUX CHIRURGIENS-DENTISTES LIBERAUX CONVENTIONNES EXERÇANT DANS SA CIRCONSCRIPTION UN STOCK DE FICHES D’EXAMEN DE PREVENTION. LE CHIRURGIEN-DENTISTE, AYANT REALISE L’EXAMEN, COMPLETE ET ADRESSE LES DEUX PREMIERS VOLETS AUX SERVICES ADMINISTRATIFS DE LA CAISSE D’AFFILIATION DU BENEFICIAIRE CHARGES DE TRANSMETTRE LE VOLET MEDICAL CACHETE ET CONFIDENTIEL AU SERVICE MEDICAL ET REMET LE TROISIEME VOLET AU BENEFICIAIRE .

B/ SOINS CONSECUTIFS

LA FEUILLE DE SOINS BUCCO-DENTAIRE HABITUELLE ACQUITTEE EST ADRESSEE PAR LE BENEFICIAIRE OU L’ASSURE DONT IL DEPEND DIRECTEMENT A L’ORGANISME D’AFFILIATION EN VUE DU REMBOURSEMENT.

4/ CAS PARTICULIER DE CHANGEMENTS DURANT LES 6 MOIS DE SOINS CONSECUTIFS

A/ CHANGEMENT DE PRATICIEN EXERÇANT DANS LA MEME CIRCONSCRIPTION QUE LE PRECEDENT

CHAQUE BENEFICIAIRE CONSERVE LE LIBRE CHOIX DE SON PRATICIEN. IL PEUT DONC EN CHANGER EN COURS DE TRAITEMENT.

POUR BENEFICIER D’UNE PRISE EN CHARGE A 100 % DES SOINS CONSECUTIFS A UN EXAMEN DE PREVENTION, LE BENEFICIAIRE OU L’ASSURE DONT IL DEPEND DOIT OPTER, S’IL SOUHAITE CHANGER DE PRATICIEN, POUR UN CHIRURGIEN-DENTISTE EXERÇANT SOUS CHAMP CONVENTIONNEL. DANS CE CAS IL DEVRA PRESENTER AU NOUVEAU PRATICIEN POUR INFORMATION LE VOLET 3 QU’IL A EN SA POSSESSION. LE DOCUMENT PRECISE LA DATE DE REALISATION DE L’EXAMEN ANNUEL DE PREVENTION ET DONNE UNE INFORMATION SUR LA DATE LIMITE DE REALISATION DES SOINS CONSECUTIFS.

LES DEUX PRATICIENS CONCERNES DOIVENT PROCEDER A UN ECHANGE D’INFORMATIONS CONFORMEMENT A LEURS OBLIGATIONS DEONTOLOGIQUES.

LA CAISSE D’AFFILIATION DE L’ASSURE AURA CONNAISSANCE DE L’IDENTITE DU SECOND PRATICIEN A L’AIDE DE SA FEUILLE DE SOINS BUCCO-DENTAIRE HABITUELLE.

AUCUN NOUVEL EXAMEN DE PREVENTION NE POURRA ETRE PRIS EN CHARGE PAR L’ASSURANCE MALADIE S’IL EST REALISE AVANT LA DATE ANNIVERSAIRE DU 1ER EXAMEN DE PREVENTION.

B/ CHANGEMENT DE PRATICIEN EXERÇANT DANS UNE CIRCONSCRIPTION DIFFERENTE DE CELLE DU 1ER PRATICIEN ET CHANGEMENT DE PRATICIEN AVEC CHANGEMENT DE CAISSE OU DE REGIME D’ASSURANCE MALADIE DU BENEFICIAIRE

- LES MODALITES SONT IDENTIQUES A CELLES PREVUES DANS LE §A. L’ORGANISME PRENANT ASSURE LA CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE DES ACTES LIES AU DISPOSITIF DE PREVENTION ET RECUEILLE AUPRES DE L’ORGANISME CEDANT LES INFORMATIONS NECESSAIRES A LA CONTINUITE DES SOINS.

ARTICLE 6 : EVALUATION DU DISPOSITIF

A/ DISPOSITIONS GENERALES

S’AGISSANT D’UN DISPOSITIF INNOVANT, LES PARTIES SIGNATAIRES CONSIDERENT QUE CETTE CAMPAGNE DE PREVENTION DOIT FAIRE L’OBJET D’UNE PROCEDURE D’EVALUATION RIGOUREUSE DANS TROIS DOMAINES : MEDICAL, ECONOMIQUE ET SOCIAL.

L’ENSEMBLE DES ACTEURS SERA AMENE A PARTICIPER A CETTE EVALUATION DANS SES TROIS COMPOSANTES.

LES PRATICIENS S’ENGAGENT EN CONSEQUENCE A REpondre LE PLUS EFFICACEMENT POSSIBLE A TOUTE SOLlicitATION DES CAISSES OU DES TIERS HABILITES AFIN DE FACILITER CETTE DEMARCHE.

LES METHODES D’EVALUATION SERONT ETUDIEES PAR LES PARTENAIRES CONVENTIONNELS DANS LE CADRE D’UN GROUPE DE TRAVAIL SPECIFIQUE.

IL SERA PROCEDE A L’EVALUATION EN PLUSIEURS ETAPES.

UNE PREMIERE EVALUATION SERA REALISEE A L’ISSUE D’UNE ANNEE D’APPLICATION DU DISPOSITIF A PARTIR DES INFORMATIONS DETENUES PAR LES CAISSES ET DE CELLES RECUEILLIES AU COURS D’UNE ENQUETE SPECIFIQUE AUPRES D’UN PANEL DE BENEFICIAIRES DU DISPOSITIF ET DE PRATICIENS.

OUTRE LA PREMIERE MESURE DE L’IMPACT DU DISPOSITIF, CETTE EVALUATION DEVRAIT PERMETTRE DE CIBLER LES DIFFICULTES RENCONTREES ET METTRE EN EVIDENCE LES AMENAGEMENTS NECESSAIRES ET LEUR ORDRE DE PRIORITE.

A L’ISSUE DE LA PERIODE D’APPLICATION, UN BILAN COMPLET SERA DRESSE. LES PARTIES SIGNATAIRES DECIDERONT DE LA NECESSITE DE REALISER UN BILAN INTERMEDIAIRE A L’ISSUE DE LA PREMIERE ANNEE.

LES INFORMATIONS ET ANALYSES ISSUES DU TRAITEMENT DES DONNEES CENTRALISEES PAR LE SECRETARIAT PERMANENT DES PARTIES SIGNATAIRES FERONT L'OBJET D'UNE COMMUNICATION AUPRES DES COMMISSIONS PARITAIRES DEPARTEMENTALES ET DES PARTIES SIGNATAIRES.

B/ CONTENU DES VOLETS DE L'EVALUATION

A PRIORI ET SOUS RESERVE DE L'ANALYSE DE FAISABILITE CONDUITE PAR LE GROUPE DE TRAVAIL PRECITE DEVRAIENT ETRE RECUEILLIS LES ELEMENTS PRINCIPAUX PERMETTANT DE REPONDRE AUX OBJECTIFS SUIVANTS:

DOMAINE MEDICAL

- ANALYSE DES BESOINS EN SOINS BUCCO-DENTAIRES RELEVES AU COURS DE L'EXAMEN DE PREVENTION.
- ANALYSE DES SOINS DISPENSES APRES CET EXAMEN

DOMAINE ECONOMIQUE

- IMPACT QUANTITATIF ET FINANCIER DU DISPOSITIF
- ANALYSE DE LA CONSOMMATION DES SOINS BUCCO-DENTAIRES AVANT, PENDANT, ET APRES LA MISE EN OEUVRE DU DISPOSITIF.

DOMAINE SOCIAL

- IMPACT DE LA MISE EN OEUVRE DU DISPOSITIF SUR L'ACTIVITE DES CHIRURGIENS-DENTISTES,
- IMPACT DE LA MISE EN OEUVRE DU DISPOSITIF SUR LE COMPORTEMENT DES BENEFICIAIRES, RECOURS AUX SOINS PAR EXEMPLE.
- ENQUETE DE SATISFACTION AUPRES DES CHIRURGIENS-DENTISTES,
- ENQUETE DE SATISFACTION AUPRES DES BENEFICIAIRES ET DES ASSURES,

C/ FORMALISATION DE L'EVALUATION

LA METHODE UTILISEE ET LES CRITERES RETENUS POUR L'EVALUATION DANS SES 3 COMPOSANTES FERONT L'OBJET D'UNE ANNEXE AU PRESENT PROTOCOLE.

ARTICLE 7 : MODALITES DE SUIVI PAR LES LES INSTANCES

LES PARTENAIRES CONVIENNENT D'ETUDIER L'APPLICATION ET LE SUIVI DU DISPOSITIF DANS LE CADRE DES INSTANCES NATIONALES ET LOCALES.

A/ SUIVI PAR LE SECRETARIAT PERMANENT DES PARTIES SIGNATAIRES

LE SECRETARIAT PERMANENT DES PARTIES SIGNATAIRES CONFIE A UN COMITE PARITAIRE DE SUIVI QU'IL DESIGNE, LE SOIN DE SUIVRE L'APPLICATION DU DISPOSITIF, D'EN ANALYSER LES EFFETS ET DE PROPOSER D'EVENUELS AMENAGEMENTS.

CELUI-CI COORDONNE ET ORIENTE L'APPLICATION DU DISPOSITIF AU NIVEAU LOCAL.

B/ COMMISSIONS PARITAIRES

LES COMMISSIONS PARITAIRES DEPARTEMENTALES EXAMINENT LES CONDITIONS D'APPLICATION DU DISPOSITIF DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE.

ELLES CONFIENT, EN TANT QUE DE BESOIN, AUX COMITES DENTAIRE DEPARTEMENTAUX, LE SOIN DE DILIGENTER TOUTE ETUDE OU INVESTIGATION AFIN DE MESURER L'IMPACT DU DISPOSITIF SUR L'ACTIVITE DES CHIRURGIENS-DENTISTES ET SUR LA CONSOMMATION DE SOINS BUCCO-DENTAIRE DANS CE CADRE.

LES COMMISSIONS DRESSENT CHAQUE ANNEE UN BILAN D'APPLICATION DU DISPOSITIF QU'ELLES ADRESSENT AU SECRETARIAT PERMANENT DES PARTIES SIGNATAIRES.

C/ MESURES ENCOURUES

LORSQU'UN CHIRURGIEN-DENTISTE NE RESPECTE PAS, DANS SA PRATIQUE, LES DISPOSITIONS DU PRESENT PROTOCOLE IL PEUT, APRES MISE EN OEUVRE DES PROCEDURES DECRITES DANS L'ARTICLE 24 DU TEXTE CONVENTIONNEL ENCOURIR UNE OU PLUSIEURS MESURES PREVUES A L'ARTICLE 25.

EN CAS DE DECONVENTIONNEMENT LE PRATICIEN CONCERNE DOIT INFORMER SA CLIENTELE DES CONSEQUENCES DE LA MESURE QUI LUI EST INFLIGEE ET DOIT L'INVITER LE CAS ECHEANT, A CONSULTER UN AUTRE DE SES CONFRERES POUR LA POURSUITE DU DISPOSITIF.

ARTICLE 8 : DUREE DU PROTOCOLE

LA DUREE D'APPLICATION DU PROTOCOLE EST CONDITIONNEE PAR LA DUREE D'APPLICATION DE LA CONVENTION.

TOUTEFOIS IL PEUT ETRE RESILIE SOIT PAR DECISION CONJOINTE D'AU MOINS DEUX CAISSES NATIONALES DONT LA CNAMTS, SOIT PAR DECISION CONJOINTE DES ORGANISATIONS SYNDICALES DE CHIRURGIENS-DENTISTES SIGNATAIRES DE LA CONVENTION DANS LES CAS SUIVANTS :

- VIOLATION GRAVE DES ENGAGEMENTS DU FAIT DE L'UNE DES PARTIES,**
- MODIFICATION LEGISLATIVE OU REGLEMENTAIRE AFFECTANT SUBSTANTIELLEMENT LES RAPPORTS ENTRE LES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES,**
- MODIFICATION DES CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF RESULTANT D'UNE MODIFICATION SUBSTANTIELLE DE LA CONVENTION.**

LA RESILIATION S'EFFECTUE PAR LETTRE RECOMMANDEE AVEC AVIS DE RECEPTION A TOUS LES SIGNATAIRES DE LA CONVENTION.

ELLE PREND EFFET A L'ECHEANCE DE DEUX MOIS APRES LA DATE DE RECEPTION DE L'AVIS.

CEPENDANT, AFIN DE NE PAS PENALISER LES ASSURES AYANT BENEFICIE D'UN EXAMEN DE PREVENTION, LES SOINS CONSECUTIFS SERONT ASSURES PAR LES CHIRURGIENS-DENTISTES ET PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE DANS LES CONDITIONS FIXEES A L'ARTICLE 5 DU PRESENT PROTOCOLE ET CE DURANT LES 6 MOIS SUIVANT LA DATE DE L'EXAMEN, DES LORS QUE CETTE PERIODE DE 6 MOIS N'EXCEDE PAS LA DATE LIMITE D'APPLICATION DU PROTOCOLE.

LES ORGANISATIONS SYNDICALES REPRESENTATIVES DES CHIRURGIENS DENTISTES.:

**La Fédération Nationale des Syndicats
Dentaires**

Monsieur REIGNAULT

**l'Union des Jeunes des
Chirurgiens-Dentistes Union Dentaire**

Monsieur DENIAUD

LES CAISSES NATIONALES D'ASSURANCE MALADIE :

**La Caisse Nationale de l'Assurance
Maladie des Professions Indépendantes**

Monsieur RAVOUX

**La Caisse Centrale de Mutualité
Sociale Agricole**

Madame GROS

**La Caisse Nationale de l'Assurance
Maladie des Travailleurs Salariés**

Monsieur SPAETH

**ANNEXE II:Imprimé de prise en charge de l'examen annuel de
prévention bucco-dentaire:document ne pouvant être intégré dans la
BDBM.**

(Imprimé CERFA non intégré dans la base)

ANNEXE III: courrier de prise en charge à l'attention des assurés sociaux

Chère Madame, cher Monsieur

Votre fils ou fille a eu ou va bientôt avoir 15 ans ou 16 ans. Dès son anniversaire, il pourra bénéficier **d'un examen de prévention chez le chirurgien-dentiste** conventionné de son choix(1). Vous n'aurez pas à payer cet examen qui sera directement réglé à votre chirurgien-dentiste. Au cours de cet examen, le chirurgien-dentiste vérifiera son état bucco-dentaire, pourra éventuellement lui faire des radiographies afin de dresser un bilan et surtout lui donnera des conseils en matière d'hygiène dentaire.

Encouragez votre enfant à faire cet examen et rappelez-lui qu'il doit se présenter chez son chirurgien-dentiste avec le jeu d'étiquettes à son nom ci-jointes au plus tard **dans les trois mois** qui suivent la date de son anniversaire. Par la suite, si votre enfant souhaite faire les soins conseillés par le chirurgien-dentiste, sachez qu'ils vous seront **intégralement remboursés par votre caisse d'assurance maladie**, à l'exception des traitements prothétiques et d'orthodontie, s'ils sont réalisés dans les 6 mois qui suivent la 1ère visite. Tous les ans, jusqu'à son 18ème anniversaire, votre enfant aura droit à cet examen annuel, suivi, si nécessaire, de soins complémentaires pris en charge à 100% par l'assurance maladie.

Avoir de bonnes dents, un beau sourire, c'est important. Vous connaissez comme moi le proverbe " mieux vaut prévenir que guérir ". N'attendez pas que votre enfant ait mal aux dents. En soignant dès à présent une carie, il s'épargnera plus tard un traitement plus délicat, plus long, et plus coûteux.

Afin de permettre à nos jeunes de mieux se soigner et de préparer l'avenir, votre caisse d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes mettent en place, pour la première fois, cette importante opération de prévention, pour une durée de 4 ans. Parlez-en à votre enfant.

Bien cordialement

Le Directeur de votre Caisse

(1) Demandez à votre dentiste s'il est conventionné avec l'Assurance Maladie ou à votre caisse la liste des dentistes auxquels vous pouvez vous adresser.

ANNEXE III: (SUITE)

courrier de prise en charge à l'attention des assurés sociaux .

POURQUOI DES ETIQUETTES?

Pour obtenir la consultation gratuite et le remboursement intégral des soins donnés à votre enfant qui a accepté de rentrer dans le dispositif de prévention (cf lettre ci-dessus).

RECOMMANDATION IMPORTANTE:

Ne jetez pas ces étiquettes et emportez les lors de la 1ère consultation. Elles conditionnent le remboursement à 100%.

COMMENT LES UTILISER?

Il convient de remettre toutes vos étiquettes au chirurgien-dentiste que vous avez choisi. Il les collera sur les imprimés spéciaux destinés à la caisse d'Assurance Maladie. Il vous remettra un exemplaire de l'imprimé à conserver obligatoirement.

00000000000000	01/01/98	00000000000000	01/01/98
Mr DUVAL MAURICE		Mr DUVAL MAURICE	
00000000000000	01/01/98	00000000000000	01/01/98
Mr DUVAL MAURICE		Mr DUVAL MAURICE	
CPAM de Seine St Denis 195 av P Vaillant Courturier 93014 BOBIGNY CEDEX			

Date de validité:

ANNEXE IV: courrier d'information et dépliant aux chirurgiens-dentistes conventionnés

Paris le

Docteur
Cher Confrère

Pour la première fois, l'ensemble des caisses et des chirurgiens-dentistes libéraux participent dans le cadre de la convention à une campagne nationale de prévention bucco-dentaire jusqu'en juin 2001.
Les pouvoirs publics ont validé cette initiative.

Cette campagne, qui vient de démarrer, s'adresse aux adolescents âgés de 15 ans et aux chirurgiens-dentistes conventionnés.

Elle permet à tout adolescent de 15 ans de bénéficier chaque année jusqu'à ses 18 ans d'un examen de prévention et des soins consécutifs éventuellement nécessaires, les frais étant pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

Les modalités pratiques du dispositif vous sont précisées dans le document ci-joint.

N'hésitez pas à appeler l'échelon local du service médical le plus proche de votre lieu d'exercice- un chirurgien-dentiste pourra vous fournir les renseignements complémentaires ou à contacter le responsable local d'une des organisations signataires de la convention qui vous donnera toutes informations nécessaires.

La réussite de ce dispositif, dont vous mesurez l'importance pour votre profession, repose en grande partie sur votre participation. Il s'agit, d'un enjeu de santé publique majeur pour les années à venir.

Vos patients sont sensibles à votre jugement. Nous comptons sur vous pour leur apporter les explications nécessaires dès la première année et pour les inciter à suivre le programme de prévention les années suivantes.

Par ailleurs, afin d'évaluer l'impact du dispositif au fur et à mesure de sa montée en charge, nous vous invitons à formuler vos remarques et suggestions auprès des personnes qui seront habilitées par les partenaires conventionnels à les recueillir.

Nous vous remercions par avance de votre collaboration et nous vous prions, d'accepter Docteur, Cher Confrère, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

**Les Directeurs des Caisses
d'Assurance Maladie**

**Le Président
de la CNSD**

**Le Président de
l'UJCD
Union Dentaire**

LE DISPOSITIF DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE ET VOUS

Qui sont les bénéficiaires?

Un dispositif de prévention bucco-dentaire est prévu par la convention nationale avec les chirurgiens-dentistes signée par les caisses nationales d'assurance maladie et deux syndicats représentatifs de la profession, la CNSD, et l'UJCD-Union Dentaire.

Cette action, qui s'inscrit dans le prolongement des expériences pilotes de dépistage et de prévention déjà menées pour des enfants scolarisés âgés de 6 à 12 ans, s'adresse aux adolescents atteignant l'âge de 15 ans durant toute l'année 1998. Les adolescents ayant atteint l'âge de 15 ans entre le 01/06/97 et 31/12/97 peuvent, aussi, bénéficier du dispositif à compter de leur 16ème anniversaire. Ces adolescents seront ensuite suivis tous les ans jusqu'à la fin de validité de la convention.

Les jeunes des milieux défavorisés sont particulièrement concernés par ce programme.

Votre rôle: une mission avant tout pédagogique

En tant que chirurgien-dentiste conventionné, vous vous trouvez au coeur du dispositif. De vous et de la qualité de l'entretien que vous aurez avec votre patient dépendra l'efficacité du dispositif. Ce sera à vous de valoriser les bénéfices d'une bonne hygiène dentaire pour sa santé bucco-dentaire en général, de le convaincre de la nécessité de suivre dans sa totalité l'action de prévention et de réaliser les soins s'il en a besoin. Enfin, vous serez également amené à insister sur la prise en charge à 100% de cette opération par l'assurance maladie. Vos conseils réguliers pourront peu à peu faire évoluer le comportement des adolescents, vos patients de demain, face aux soins dentaires.

Pourquoi l'examen de prévention n'est pas une consultation habituelle?

L'examen de prévention est différent de la consultation que vous avez l'habitude de réaliser.

Il va vous permettre de dresser un bilan de l'état de santé bucco-dentaire de votre patient.

Première étape du dispositif de prévention, il doit être effectué selon une procédure spécifique.

Au cours de cet examen, vous réaliserez:

- une anamnèse,
 - un examen bucco-dentaire,
 - le remplissage d'une fiche d'examen,
- et vous prodiguerez:

-des conseils d'hygiène et de motivation,

Vous pourrez éventuellement être amené à effectuer des radiographies intrabuccales dans la limite de 4 clichés. En revanche, vous n'effectuerez pas de soins lors de cet examen sauf en cas d'urgence justifiée par l'état bucco-dentaire du bénéficiaire ou lorsque le peu de soins nécessaires justifie qu'ils soient réalisés au cours de cette seule séance.

L'examen de prévention sera renouvelable chaque année.

Un imprimé spécifique

A la fin de cet examen, vous remplirez un imprimé spécifique fourni par les organismes d'assurance maladie qui vous permettra de constituer votre dossier et d'engager la prise en charge.

Vous collerez sur l'imprimé les 4 étiquettes fournies par votre patient (sur lesquelles figurent le numéro de sécurité sociale de l'assuré et de son ayant droit, son organisme d'affiliation). Il vous suffira de renvoyer les deux premiers volets à la caisse de sécurité sociale du bénéficiaire à l'aide de l'étiquette qui fait mention des coordonnées et de remettre à votre patient le 3ème volet. Vous conserverez le 4ème volet pour votre dossier.

Il est important de bien accomplir cette formalité car elle conditionne la prise en charge à 100% de l'examen de prévention et des radiographies et permet à l'organisme de base de procéder au versement de l'honoraire qui vous est dû.

Quels soins pouvez-vous réaliser?

Deuxième étape du dispositif, les soins nécessaires devront être effectués dans les 6 mois qui suivent l'examen de prévention.

Ces soins ne peuvent être que chirurgicaux (DC) ou conservateurs (SC). Les actes relatifs aux soins orthodontiques et prothétiques n'entrent donc pas dans le champ d'application du dispositif.

Vous pourrez bien entendu réaliser des clichés radiographiques (Z).

Ces actes seront notés sur vos feuilles de soins bucco-dentaires habituelles en faisant précéder la cotation des actes de la mention EXP.

Une prise en charge à 100%

Les organismes d'assurance maladie prennent intégralement en charge le dispositif de prévention. Il est, donc, totalement gratuit pour les bénéficiaires.

L'examen de prévention vous sera honoré directement par la caisse après réception de l'imprimé, adressé par vos soins dans le mois qui suit sa date de réalisation.

Les soins consécutifs effectués dans les 6 mois qui suivent la date de l'examen de prévention seront remboursés à 100% à l'assuré. Après ce délai, l'assurance maladie ne pourra les rembourser qu'au taux de droit commun. L'assuré vous réglera ces soins selon la procédure habituelle.

ARCHIVE

ANNEXE V: requête SIAM (non intégrée dans la base)

ARCHIVE