

Fiche d'évolution réglementaire N°043bisv4

Dispositif Bucco-Dentaire rénové - CDC 1.40

Version4

- *Date de mise en œuvre du dispositif rénové :* **Immédiate**
01/01/07
- *Textes associés :*
Convention nationale des chirurgiens-dentistes **JO du 18/06/2006**
Avenant 15 à la convention nationale médicale **JO du 07/11/2006**
Avenant 22 à la convention nationale médicale **17/04/2007**
- www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A7FF98A5AEE775D66820AB889A129F8C.tpdila22v_3?cidTexte=JORFTEXT000033285608&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORF **Convention médicale nationale 2016**
Arrêté du 20/10/2016 paru au JO du 23/10/2016
- **Avenant 3 à la convention nationale chirurgiens-dentistes** **JO du 07/02/2020**
https://www.legifrance.gouv.fr/lo_pdf.do?id=JORFTEXT000041540528
- *Professionnels de Santé concernés :* **Prescripteurs sauf Sages-Femmes**
- *Cahier des Charges SESAM-Vitale concerné:* **1.40**
- *Référentiel TLA concerné :* **Non**

Communication aux Professionnels de Santé

- *Titre de la fiche* **« M'T dents / Nouvel examen bucco dentaire »**

Contexte de l'évolution *Application du dispositif bucco-dentaire rénové tel que défini dans la convention nationale dentaire.*

Participation des médecins spécialistes en stomatologie au dispositif de prévention bucco-dentaire.

La convention médicale nationale parue au JO du 23/10/2016 prévoit à l'article 17.2 l'ouverture des actes des soins de prévention bucco-dentaire à la spécialité Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie et à la spécialité Chirurgie orale.

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'avenant 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes, paru au JO du 07/02/2020, les actes de soins de prévention bucco-dentaire doivent être ouverts à la spécialité 36(Chirurgien-dentiste spécialiste O.D.F)

La table 2 est mise à jour.

Légende

Texte surligné en vert

Modification par rapport à la précédente version de la fiche

Texte surligné en gris

Evolution du format des tables pour le palier Addendum 7

~~Texte barré~~

Suppression

Détail de l'évolution

- **Les modifications apportées à la table 1 de l'annexe 2 du Cahier des Charges SESAM- SESAM-Vitale 1.40 sont les suivantes :**

Table 1 : table des codes prestations

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de validité ^(*)	Type de prestation ^(*)
BDC	Examen bucco-dentaire		Support
BR2	Examen bucco-dentaire plus 1 ou 2 clichés radios		Support
BR4	Examen bucco-dentaire plus 3 ou 4 clichés radios		Support

(*) Uniquement en version 1.40 – Addendum 2bis et suivantes

➤ Les modifications apportées à la table 2 de l'annexe 2 du Cahier des Charges 1.40 SESAM-Vitale sont les suivantes

Table2 : table des compatibilités entre codes prestations et spécialités de professionnels de santé

	Libellé	Code prestation		
		BDC	BR2	BR4
01	Médecine générale			
02	Anesthésie-Réanimation Anesthésiologie Réa. Chir			
03	Cardiologie Pathologie cardio vasculaire			
04	Chirurgie générale			
05	Dermatologie et Vénérologie			
06	Radiologie Radiodiagnostic et imagerie			
07	Gynécologie obstétrique			
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie			
09	Médecine interne			
10	Neuro-Chirurgie			
11	Oto-Rhino-Laryngologie			
12	Pédiatrie			
13	Pneumologie			
14	Rhumatologie			
15	Ophthalmologie			
16	Chirurgie urologique			
17	Neuro-Psychiatrie			
18	Stomatologie	X	X	X
19	Dentiste, Chirurgien Dentiste	X	X	X
20 ⁽¹⁾	Réanimation médicale			
21	Sage-femme			
22 ⁽²⁾	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme			
23 ⁽²⁾	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre			
24	Infirmier			
26	Masseur Kinésithérapeute			
27	Pédicure Podologue			
28	Orthophoniste			
29	Orthoptiste			
30	Laboratoire d'analyses médicales			
31	Rééducation Réadaptation Fonctionnelle			
32	Neurologie			
33	Psychiatrie			
34 ⁽¹⁾	Gériatrie			
35	Néphrologie			
36	Chirurgien dentiste spécialiste O.D.F.	X* X	X* X	X* X
37	Anato. Cyto. Anatomopathologie			

38	Directeur Laboratoire Médecin biologiste			
39	Laboratoire Polyvalent			
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie			
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie			
42	Endocrinologie, et Métabolisme			
43	Chirurgie infantile			
44	Chirurgie maxillo-faciale			
45	Chirurgie Maxillo-faciale, et stomatologie	X	X	X
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique			
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire			
48	Chirurgie vasculaire			
49	Chirurgie viscérale et digestive			
50	Pharmacien d'officine			
51	Pharmacien mutualiste			
53 ⁽³⁾	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.	X	X	X
54 ⁽³⁾	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.	X	X	X
60 ⁽²⁾	Prestataire de type société			
61 ⁽²⁾	Prestataire de type artisan			
62 ⁽²⁾	Prestataire de type association			
63 ⁽²⁾	Orthésistes			
64 ⁽²⁾	Opticien Optique médicale			
65 ⁽²⁾	Audioprothésistes			
66 ⁽²⁾	Epithésiste Oculariste Prothèses oculaires et faciales			
67 ⁽²⁾	Podo-orthésistes			
68 ⁽²⁾	Orthoprothésistes			
69 ⁽³⁾	Chirurgie orale	X	X	X
70	Gynécologie médicale			
71	Hématologie			
72	Médecine nucléaire			
73	Oncologie médicale			
74	Oncologie radiothérapique			
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent			
76	Radiothérapie			
77	Obstétrique			
78	Génétique médicale			
79 ⁽¹⁾	Gyn. Obstétrique et Gynécologie médicale			
80 ⁽¹⁾	Santé publique et médecine sociale			

⁽¹⁾ uniquement en version 1.40 – Addendum 3 et suivantes

⁽²⁾ uniquement en version 1.40 – Addendum 6 et suivantes

⁽³⁾ uniquement en version 1.40 – Addendum 7 et suivantes

* cf. FR 106v2

- **Les modifications apportées à la table 15.3^(*) de l'annexe 2 du Cahier des Charges SESAM-Vitale 1.40 Addendum 2bis sont les suivantes**

Table 15.3 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la nature des soins

Code Prestation		Code CCAM	Code justificatif d'exonération	Nature d'assurance
Code NGAP	Code Regroupement			
<i>Actes de dentisterie effectués par un stomatologue</i>				
BDC	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes
BR2	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes
BR4	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes
K	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes
KC	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes
Z	Sans objet	Sans objet	7	Toutes

(*) Table uniquement en version 1.40 addendum 2bis

- **Les modifications apportées aux tables 21.x de l'annexe 2 du Cahier des Charges SESAM-Vitale 1.40 Addendum 2bis sont les suivantes :**

Table 21.x : Tables des codes prestation utilisées dans les tables 8.x

Table	21.1	code situation	0400	table	8.1
	Code prestation	NGAP		CCAM	
	ACO			o	
	FTN	o			
	BDC	o			
	BR2	o			
	BR4	o			
	FTR	o			
	IK	o			
	IKM	o			
	IKS	o			
Table	21.4	code situation	0900	table	8.1
	Code prestation	NGAP		CCAM	
	BDC	o			
	BR2	o			
	BR4	o			
	ORT	o			
	TO	o			
	TOR			o	

- **Les modifications apportées à la table 8.1 de l'annexe 2 du Cahier des Charges SESAM-Vitale 1.40 Addendum 1 sont les suivantes :**

Table 8.1 : table des taux de remboursement des Prescripteurs

Valeur du code ALD (1 ^{er} caractère du code couverture)	REGLE A APPLIQUER QUELLE QUE SOIT LA VALEUR DU CODE SITUATION
1, 2, 3	Poser la question : "Les soins sont-ils en rapport avec l'ALD ?" Si la réponse est OUI : le taux à appliquer est de 100%, le code justification d'exonération est "soins relatifs aux ALD". Sauf pour le Régime des Mines : v. les codes situation 07xx ci-dessous. Sinon, se reporter au tableau des codes situation ci-dessous

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou 4 ou 5 ou 6 ou si la réponse est NON à la question "les soins sont-ils en rapport avec l'ALD ?"	Code Justificatif d'exonération
0100	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0101	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0102	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0103	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0104	80 %	FSV
0105	90 %	pas d'exonération
0106	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0107	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0108	90 %	pas d'exonération
0109	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0110	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0200	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0201	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0202	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0203	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0204	80 %	FSV
0205	90 %	pas d'exonération
0206	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0207	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0225	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf R25.2 R18)
	En rapport avec un accident : NON	90 %
0226	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf R25.2 R18)
	En rapport avec un accident : NON	100 %
0227	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf R25.2 R18)
	En rapport avec un accident : NON	100 %
0300	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0301	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0302	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0303	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0304	80%	FSV
0400	<ul style="list-style-type: none"> A,AM, ..BDC, BR2, BR4,., FTN, FTR, IK, IKM, IKS, TO, ORT, ACO, TOR : 100% Autres 75% 	pas d'exonération
0401	<ul style="list-style-type: none"> pour les spécialités : 07, 18, 19, 36, 70, 77 (Gynécologues, Stomatologues et chirurgiens-dentistes) : 100% pour les autres spécialités : K, KC, KCC, Z, KE, ZN, ADC, ADE, ADI, ATM et indemnités ou majorations s'y rapportant: 100% autres prestations : taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base figurant dans la table 4) 	pas d'exonération
0402	<ul style="list-style-type: none"> pour les spécialités 18, 19, 36 (Stomatologues et chirurgiens-dentistes) : Prothèses (PRO, SPR, PDA, PFE, PFM, ADP) : 75% - Autres : 100% pour les spécialités différentes de 18, 19, 36 : 100 % 	pas d'exonération
0403	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base figurant dans la table 4).	pas d'exonération
0404	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0405	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou 4 ou 5 ou 6 ou si la réponse est NON à la question "les soins sont-ils en rapport avec l'ALD ?"	Code Justificatif d'exonération
0406	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0407	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00106 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0408	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00105 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0409	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0410	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0411	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00105 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0412	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0413	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00107 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0414	100 %	pas d'exonération
0415	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0500	gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base du Régime Général figurant en table 4	pas d'exonération
0501	gestion identique au code couverture 00101 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0502	gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0503	gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général (80 %)	FSV
0700	Soins en rapport avec ALD : 100 % Soins non en rapport avec ALD : 100%	aux ALD exonération régimes spéciaux
0701	Soins en rapport avec ALD : 100 % Soins non en rapport avec ALD : Saisie manuelle du taux (cf. T10 & T11)	soins relatifs aux ALD pas d'exonération
0702	Soins en rapport avec ALD : 100 % Soins non en rapport avec ALD Taux du régime général (gestion identique au code couverture 00100 du régime général par application du taux figurant dans la table 8.1)	soins relatifs aux ALD pas d'exonération
0703	Soins en rapport avec ALD : 100 % Soins non en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 18, 19, 36, 45 : 100% les spécialités 18, 19, 36, 45 : 100%, 90% pour les prothèses (SPR, PRO, PDA, PFE, PFM, ADP)	soins relatifs aux ALD pas d'exonération
0704	Soins en rapport avec ALD : 100 % Soins non en rapport avec ALD : 100%	soins relatifs aux ALD pas d'exonération
0705	Soins en rapport avec ALD : 100 % Soins non en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 19, 36 : 95% sauf IK – IKM – IKS pour lesquels le taux est à 100 % les spécialités 19, 36 : 100%	soins relatifs aux ALD pas d'exonération
0706	Soins en rapport avec ALD : 100 % Soins non en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 19, 36 : 100% les spécialités 19, 36 : 80% sauf IK – IKM – IKS pour lesquels le taux est à 100 %	soins relatifs aux ALD pas d'exonération
0707	Soins en rapport avec ALD : 100 % Soins non en rapport avec ALD : 80% sauf A – AM – FTN – FTR – SES – IK – IKM – IKS pour lesquels le taux est à 100 %	soins relatifs aux ALD pas d'exonération
0708	Soins en rapport avec ALD : 100 % Soins non en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 19, 36 : 100% les spécialités 19, 36 : Taux du régime général (gestion identique au code couverture 00100 du régime général par application du taux figurant dans la table 8.1)	soins relatifs aux ALD pas d'exonération
0709	Soins en rapport avec ALD : 100 % Soins non en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 19, 36 : 100% les spécialités 19, 36 : 80% sauf IK – IKM – IKS pour lesquels le taux est à 100 %	soins relatifs aux ALD pas d'exonération
0710	Soins en rapport avec ALD : 100 % Soins non en rapport avec ALD : 100%	soins relatifs aux ALD pas d'exonération
0711	Soins en rapport avec ALD : 100 % Soins non en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 01, 19, 36 : 100% les spécialités 01, 19, 36 : 90% sauf A – AM – FTN – FTR – SES – IK – IKM – IKS pour lesquels le taux est à 100 %	soins relatifs aux ALD pas d'exonération
0712	Soins en rapport avec ALD : 100 % Soins non en rapport avec ALD : 100%	soins relatifs aux ALD pas d'exonération
0713	Soins en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 01, 19, 36 : Si le bénéficiaire justifie d'un accord administratif de prise en	soins relatifs aux ALD

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou 4 ou 5 ou 6 ou si la réponse est NON à la question "les soins sont-ils en rapport avec l'ALD ?"	Code Justificatif d'exonération
	charge pour la prestation : 100 % . Sinon NR sans élaboration de FSE (cf R18) Les spécialités 19, 36 : 100 % La spécialité 01 : NR sans élaboration de FSE (Cf R18)	
	Soins non en rapport avec ALD • Tous prescripteurs sauf 01, 19, 36 : Si le bénéficiaire justifie d'un accord administratif de prise en charge pour la prestation : 100% sinon NR sans élaboration de FSE (cf R18) les spécialités 19, 36 : 100% et 90% pour les prothèses (SPR et PRO, PDA, PFE, PFM, ADP) la spécialité 01 : NR sans élaboration de FSE (cf R18)	pas d'exonération
0714	Soins en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 01, 19, 36 : Si le bénéficiaire justifie d'un accord administratif de prise en charge pour la prestation : 100 % . Sinon NR sans élaboration de FSE (cf R18) Les spécialités 19, 36 : 100 % La spécialité 01 : NR sans élaboration de FSE (Cf R18)	soins relatifs aux ALD
	Soins non en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 01, 18, 19, 36, 45 • Si le bénéficiaire justifie d'un accord administratif de prise en charge pour la prestation : 100% sinon NR sans élaboration de FSE (cf R18) les spécialités 18, 19, 36, 45 : 100% et 90% pour les prothèses (SPR et PRO, PDA, PFE, PFM, ADP) la spécialité 01 : NR sans élaboration de FSE (cf R18)	pas d'exonération
0715	Soins en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 01, 19, 36 : Si le bénéficiaire justifie d'un accord administratif de prise en charge pour la prestation : 100% sinon NR sans élaboration de FSE (cf R18) la spécialité 01, 19, 36 : NR sans élaboration de FSE (cf R18)	soins relatifs aux ALD
	Soins non en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 01, 19, 36 : Si le bénéficiaire justifie d'un accord administratif de prise en charge pour la prestation : 100% sinon NR sans élaboration de FSE (cf R18) les spécialités 01, 19, 36 : NR sans élaboration de FSE (cf R18)	pas d'exonération
0716	Soins en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 01, 19, 36 : Si le bénéficiaire justifie d'un accord administratif de prise en charge pour la prestation : 100% sinon NR sans élaboration de FSE (cf R18) la spécialité 01, 19, 36 : 100 %	soins relatifs aux ALD
	Soins non en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 01, 19, 36 : Si le bénéficiaire justifie d'un accord administratif de prise en charge pour la prestation : 100% sinon NR sans élaboration de FSE (cf R18) les spécialités 19, 36 : Taux du régime général (gestion identique au code couverture 00100 du régime général par application du taux figurant dans la table 8.1) la spécialité 01 : 100%	pas d'exonération
0717	Soins en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 01, 19, 36 Si le bénéficiaire justifie d'un accord administratif de prise en charge pour la prestation : 100% sinon NR sans élaboration de FSE (cf R18) la spécialité 01, 19, 36 : 100 %	soins relatifs aux ALD
	Soins non en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 01, 19, 36 Si le bénéficiaire justifie d'un accord administratif de prise en charge pour la prestation : 100% sinon NR sans élaboration de FSE (cf R18) les spécialités 19, 36 : NR sans élaboration de FSE (cf R18) la spécialité 01 : 100%	pas d'exonération
0718	Soins en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 01, 19, 36 : Si le bénéficiaire justifie d'un accord administratif de prise en charge pour la prestation : 100 % . Sinon NR sans élaboration de FSE (cf R18) Les spécialités 19, 36, 01 : NR sans élaboration de FSE (Cf R18)	soins relatifs aux ALD
	Soins non en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 01, 18, 19, 36, 45 : 100 % les spécialités 18, 19, 36, 45 : 100%, et 70% pour les prothèses (SPR, PRO, PDA, PFE, PFM, ADP) la spécialité 01 : NR sans élaboration de FSE (cf R18)	pas d'exonération
0719	Soins en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 01, 19, 36 Si le bénéficiaire justifie d'un accord administratif de prise en charge pour la prestation : 100% sinon NR sans élaboration de FSE (cf R18) la spécialité 01, 19, 36 : 100 %	soins relatifs aux ALD
	Soins non en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 18, 19, 36, 45 : 100% les spécialités 18, 19, 36, 45 : 100%, et 70% pour les prothèses (SPR, PRO, PDA, PFE, PFM, ADP)	pas d'exonération
0720	Soins en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 01, 19, 36 : Si le bénéficiaire justifie d'un accord administratif de prise en charge pour la prestation : 100 % . Sinon NR sans élaboration de FSE (cf R18) Les spécialités 01, 19, 36 : 100 %	soins relatifs aux ALD
	Soins non en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 01, 18, 19, 36, 45 : Si le bénéficiaire justifie d'un accord administratif de prise en charge pour la prestation : 100% sinon NR sans élaboration de FSE (cf R18) les spécialités 18, 19, 36, 45 : 100%, et 70% pour les prothèses (SPR, PRO, PDA, PFE, PFM, ADP)	pas d'exonération

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou 4 ou 5 ou 6 ou si la réponse est NON à la question "les soins sont-ils en rapport avec l'ALD ?"	Code Justificatif d'exonération
	la spécialité 01 : 100 %	
0721	Soins en rapport avec ALD Tous prescripteurs sauf 01, 19, 36 : Si le bénéficiaire justifie d'un accord administratif de prise en charge pour la prestation : 100 %- Sinon NR sans élaboration de FSE (cf R18) Les spécialités 01, 19, 36 : NR sans élaboration de FSE (Cf R18)	soins relatifs aux ALD
	Tous prescripteurs sauf 01, 19, 36 Si le bénéficiaire justifie d'un accord administratif de prise en charge pour la prestation : 100% sinon NR sans élaboration de FSE les spécialités 01, 19, 36 : NR sans élaboration de FSE (cf R18)	pas d'exonération
0900	Prescripteurs sauf sage-femme, chirurgien-dentiste, chirurgien-dentiste ODF, chirurgie maxillo-faciale, stomatologue • IK, IKM, IKS, A, AM, FTN, FTR, PH1, SES : 100 % • HN : non remboursé (0 %) • Autres : 75 % Sage-femme • IK, IKM, IKS, A, AM : 100 % • C, V, SF : 75 % • HN : non remboursé (0 %) Autres : 65 % Chirurgien-dentiste, Chirurgien-dentiste spécialiste ODF, Chirurgie maxillo-faciale, stomatologue (Spécialités 18 - 19 - 36 - 41- 44 - 45) • ..BDC, BR2, BR4.. , ORT, TO, TOR, IK, IKM, IKS, SES : 100 % • HN : non remboursé (0 %) • Autres : 75 %	pas d'exonération
0901	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0902	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0903	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0904	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1000	ni une exonération, ni une modulation	pas d'exonération
1001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1004	85 %	FSV
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1601	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1602	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1603	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
9001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9004	80 %	FSV
9020	non remboursé (cf R18)	pas d'exonération
9021	non remboursé (cf R18)	pas d'exonération
9022	non remboursé (cf R18)	pas d'exonération
9023	non remboursé (cf R18)	pas d'exonération
9024	non remboursé (cf R18)	pas d'exonération

- Les modifications apportées à la table 50.3 de l'annexe 2 du Cahier des Charges SESAM-Vitale 1.40 sont les suivantes :

Table 50.3 : Table des taux de remboursement pour tous les Professionnels de Santé et pour la Banque de France

libellé	Spécialité de Professionnels de santé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
100 % si liés ALD XXXXXX sinon 100 % sauf vig. Bleues	Tous PS	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
	Tous PS	NON	100 % sauf PH4 = 65 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % sauf vig. Bleues	Tous PS		100 % sauf PH4 = 65 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % toutes prestations	Tous PS		100 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
Non exonéré	Prescripteurs sauf spécialités ..18.. - 19 -21 - 36 - 41- 44 et 45		IK,IKM,IKS, FTN,FTR,PH1, SES = 100 % Autres = 75 % HN = non remboursé	Pas d'exonération
	spécialité 21		IK,IKM,IKS = 100 % ; SF, C, V = 75 % Autres = 65 % HN = non remboursé	Pas d'exonération
	Spécialités ..18.. - 19 -36 - 41- 44 et 45		..BDC, BR2, BR4., ORT, TO ou TOR = 100 % IK,IKM,IKS,SES = 100 % .. Autres = 75 % ; HN = non remboursé	Pas d'exonération
	Spécialité 26 - 27 - 28 et 29		IK, IKM, IKS = 100 % Autres = 75 % ; HN = non remboursé	Pas d'exonération
	Spécialité 24		IK, IKM, IKS = 100 % Autres = 65 % ; HN = non remboursé	Pas d'exonération
	Spécialités 50 - 51		SNG, PHA, PH1, CPH, UPH, ORC, ORP, VEH, MPI = 100 % PH2 = 15 % PH7, PH4 = 65 % PHN = non remboursé B = 70 % ; Autres = 75 %	Pas d'exonération
	Laboratoires d'analyses de biologie médicale		PB, TB, KB = 65 % IK, IKM, IKS = 100 % HN = non remboursé B = 70 % ; Autres = 75 %	Pas d'exonération

100 % si liés ALD XXXXXXX		OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sinon Autres cas non exonérés	Prescripteurs sauf spécialités 18 - 19 - 21 - 36 - 44 et 45	NON	IK,IKM,IKS, FTN,FTR,PH1, SES = 100 % Autres = 75 % HN = non remboursé	Pas d'exonération
	spécialité 21	NON	IK,IKM,IKS = 100 % SF, C,V = 75 % Autres = 65 % HN = non remboursé	Pas d'exonération
	spécialités 18 - 19 - 36 - 44 et 45	NON	BDC, BR2, BR4, ORT, TO ou TOR = 100 % IK,IKM,IKS,SES = 100 % Autres = 75 % HN = non remboursé	Pas d'exonération
	Spécialité 26 – 27 – 28 et 29	NON	IK, IKM, IKS = 100 % Autres = 75 % HN = non remboursé	Pas d'exonération
	Spécialité 24	NON	IK, IKM, IKS = 100 % Autres = 65 % HN = non remboursé	Pas d'exonération
	Spécialités 50 - 51	NON	B = 70 % SNG, PHA, PH1, CPH, UPH, ORC, ORP, VEH, MPI = 100 % PH2 = 15 % PH7, PH4 = 65 % PHN = non remboursé Autres = 75 %	Pas d'exonération
	Laboratoires d'analyses de biologie médicale			B = 70 % PB, TB, KB = 65 % IK, IKM, IKS = 100 % HN = non remboursé Autres = 75 %

CDC 1.40

FR 043bis^{v4}

Cas de facturation - Médecins - Dispositif Bucco-Dentaire rénové – CDC 1.40

Test n°1	FSE en TP AMO									
FR 043bis ^{v4} Dispositif Bucco-Dentaire rénové – CDC 1.40	→AMO - Facturation du code acte BR4 (Examen bucco-dentaire plus 3 ou 4 clichés radios) dans le cadre de la prévention Bucco-dentaire. AMO→					→AMC - AMC→				
CPS 18 DEDANS	Situation au regard du parcours de soins : Actes non soumis au parcours de soins.									
CV 0120 ALAIN	Code prestation et descriptif de l'acte	Codage	Date de facture	Date des soins	Montant facturé	Base de remb.	Justificatif d'exo.	Part AMO	MTM	Part AMC
Assurance maladie	BR4 (PU 54,00)		02/01/2019	02/01/2019	54,00	54,00	100% code 7	54,00	0,00	0,00
Catégories et cartes PS concernés : 18 18B 45 69										

CDC 1.40

FR 043bis^{v4}

Cas de facturation - Médecins - Dispositif Bucco-Dentaire rénové – CDC 1.40

Test n°2	FSE en TP AMO									
FR 043bis ^{v4} Dispositif Bucco-Dentaire rénové – CDC 1.40	→AMO - Facturation du code acte BR2 (Examen bucco-dentaire plus 1 ou 2 clichés radios) dans le cadre de la prévention Bucco-dentaire. AMO→					→AMC - AMC→				
CPS 18 DEDANS	Situation au regard du parcours de soins : Actes non soumis au parcours de soins.									
CV 0120 ALAIN	Code prestation et descriptif de l'acte	Codage	Date de facture	Date des soins	Montant facturé	Base de remb.	Justificatif d'exo.	Part AMO	MTM	Part AMC
Assurance maladie	BR2 (PU 42,00)		02/01/2019	02/01/2019	42,00	42,00	100% code 7	42,00	0,00	0,00
Catégories et cartes PS concernés : 18 18B 45 69										

CDC 1.40

FR 043bisv4

Cas de facturation - Médecins - Dispositif Bucco-Dentaire rénové – CDC 1.40

Test n°3	FSE en TP AMO									
FR 043bisv4 Dispositif Bucco-Dentaire rénové – CDC 1.40	→AMO - Facturation du code acte BDC (Examen bucco-dentaire) dans le cadre de la prévention Bucco-dentaire. AMO→					→AMC - AMC→				
CPS 18 DEDANS	Situation au regard du parcours de soins : Actes non soumis au parcours de soins.									
CV 0120 ALAIN	Code prestation et descriptif de l'acte	Codage	Date de facture	Date des soins	Montant facturé	Base de remb.	Justificatif d'exo.	Part AMO	MTM	Part AMC
Assurance maladie	BDC (PU 30,00)		02/01/2019	02/01/2019	30,00	30,00	100% code 7	30,00	0,00	0,00
Catégories et cartes PS concernés : 18 18B 45 69										

CDC 1.40

FR 043bisv4

Cas de facturation - Chirurgiens-Dentistes - Dispositif Bucco-Dentaire rénové – CDC 1.40

Test n°4	FSE en TP AMO									
FR 043bisv4 Dispositif Bucco-Dentaire rénové – CDC 1.40	→AMO - Facturation du code acte BR4 (Examen bucco-dentaire plus 3 ou 4 clichés radios) dans le cadre de la prévention Bucco-dentaire. AMO→					→AMC - AMC→				
CPS 36 MOLLAIRE	Situation au regard du parcours de soins : Actes non soumis au parcours de soins.									
CV 0120 ALAIN	Code prestation et descriptif de l'acte	Codage	Date de facture	Date des soins	Montant facturé	Base de remb.	Justificatif d'exo.	Part AMO	MTM	Part AMC
Assurance maladie	BR4 (PU 54,00)		07/02/2020	07/02/2020	54,00	54,00	100% code 7	54,00	0,00	0,00
Catégories et cartes PS concernés : 19 36 53 54										

CDC 1.40

FR 043bisv4

Cas de facturation - Chirurgiens-Dentistes - Dispositif Bucco-Dentaire rénové – CDC 1.40

Test n°5	FSE en TP AMO										
FR 043bisv4 Dispositif Bucco-Dentaire rénové – CDC 1.40	→AMO - Facturation du code acte BR2 (Examen bucco-dentaire plus 1 ou 2 clichés radios) dans le cadre de la prévention Bucco-dentaire. AMO→					→AMC - AMC→					
CPS 36 MOLLAIRE	Situation au regard du parcours de soins : Actes non soumis au parcours de soins.										
CV 0120 ALAIN	Code prestation et descriptif de l'acte	Codage	Date de facture	Date des soins	Montant facturé	Base de remb.	Justificatif d'exo.	Part AMO	MTM	Part AMC	
Assurance maladie	BR2 (PU 42,00)		07/02/2020	07/02/2020	42,00	42,00	100% code7	42,00	0,00	0,00	
					42,00	42,00			42,00	0,00	0,00
Catégories et cartes PS concernés :											
19 36 53 54											

CDC 1.40

FR 043bis^{v4}

Cas de facturation - Chirurgiens-Dentistes - Dispositif Bucco-Dentaire rénové – CDC 1.40

Test n°6	FSE en TP AMO									
FR 043bis ^{v4} Dispositif Bucco-Dentaire rénové – CDC 1.40	→AMO - Facturation du code acte BDC (Examen bucco-dentaire) dans le cadre de la prévention Bucco-dentaire. AMO→					→AMC - AMC→				
CPS 36 MOLAIRE	Situation au regard du parcours de soins : Actes non soumis au parcours de soins.									
CV 0120 ALAIN	Code prestation et descriptif de l'acte	Codage	Date de facture	Date des soins	Montant facturé	Base de remb.	Justificatif d'exo.	Part AMO	MTM	Part AMC
Assurance maladie	BDC (PU 30,00)		07/02/2020	07/02/2020	30,00	30,00	100% code 7	30,00	0,00	0,00
Catégories et cartes PS concernés : 19 36 53 54										

C.N.D.A

*Demande d'agrément
ou d'homologation
pour l'intégration d'une
fiche réglementaire*



ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

(Remplir 1 engagement par logiciel)

Je soussigné(e),, agissant en qualité de
pour la société....., atteste sur l'honneur que le logiciel
référéncé dans sa version n°¹, pour système (OS).....
intègre correctement :

. L'évolution liée à la fiche réglementaire n° _____

Version du cahier des charges de référence (CDC) :

Ou

Version du référentiel d'homologation (rayer la mention inutile) : DI version / TLA version ...

Identification des factures transmises sur le frontal du CNDA :

Tableau récapitulatif à compléter :

Carte CPS utilisée	Date de transmission des cas de facturation :				Nom des Fichiers <small>(Groupe de données 12 champ 2 ou Type 000 pos 50-55)</small>
	n° de facturation du PS	N° Cas de tests	N° LOT	N° FACTURE	

Je joins à cette attestation la(es) copie(s) d'écran correspondant aux cas de tests non passants relatifs à la fiche réglementaire prise en compte².

Fait leà

Signature du représentant et cachet de la société

¹ évolution **obligatoire** du n° de version **sur les 4 premiers caractères** par rapport à la dernière version agréée.

² si prévus dans les cas de tests de la fiche réglementaire prise en compte.