

En rouge : les modifications parues au JO et donc effectives

En vert : les modifications signées à paraître au JO

ARRETE

Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes

TIERS PAYANT – **DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS**

Sous-titre 3 Développer la **dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux**

Pour les assurés dont les revenus sont les plus modestes ou pour ceux qui sont confrontés, du fait de leur état de santé, à des dépenses de soins importantes, éviter de faire l'avance des frais de santé, même pour un délai qui a été fortement réduit grâce au déploiement de la carte d'assurance maladie dite carte vitale, favorise l'accès aux soins.

C'est pourquoi les parties conventionnelles entendent promouvoir à cet effet le tiers payant social pour les assurés qui en ont le plus besoin, pour les soins les plus coûteux et pour les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins.

La présente convention conforte donc cette possibilité, au-delà des cas particuliers pour lesquels le législateur a rendu obligatoire le régime du tiers payant (couverture médicale universelle complémentaire, accidents du travail, etc.).

Le tiers payant est de droit pour les bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C). Le montant restant à charge du fait de la modulation du ticket modérateur en raison du non-respect du parcours de soins ne peut être retenu sur les honoraires du professionnel qui respecte les tarifs opposables.

Au-delà des cas particuliers définis ci-après, et notamment du tiers payant social au profit des bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), les parties conventionnelles conviennent de permettre ponctuellement, pour les patients qui le nécessiteraient, la **dispense d'avance de frais** selon l'appréciation du médecin traitant.

Article 5 Le tiers payant social pour les bénéficiaires de l'ACS

Les personnes et leurs ayants droit exonérés ou non du ticket modérateur

pouvant prétendre au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'[article L. 863-1 du code de la sécurité sociale](#) sont dispensés de l'avance des frais pour les soins réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant, le ou les médecins correspondants et les médecins en accès spécifique.

Cette procédure dite de « tiers payant social » contribue à l'amélioration de l'accès aux soins et à la lutte contre les inégalités en permettant aux assurés qui rencontrent des difficultés financières de bénéficier de la **dispense d'avance de frais**.

Les assurés bénéficiaires de ce dispositif d'aide se voient remettre par l'organisme d'assurance maladie dont ils dépendent une attestation de tiers payant social.

La **dispense d'avance des frais** est donc accordée systématiquement par le médecin, dans le cadre du parcours de soins, aux bénéficiaires de l'ACS soit sur présentation de l'attestation de tiers payant social, soit sur la base de l'information mise à disposition via les téléservices de l'assurance maladie.

Cette **dispense d'avance de frais** est réalisée sur la part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Les partenaires conventionnels constatent qu'actuellement dans 74 % des cas, les assurés bénéficiaires de l'ACS se voient offrir la **dispense d'avance des frais** par leur médecin traitant. L'assurance maladie s'engage à informer l'ensemble des médecins, et tout particulièrement les médecins traitants, des droits à la **dispense d'avance des frais** pour les bénéficiaires de l'ACS.

Les commissions paritaires locales sont tenues régulièrement informées de la progression du taux de tiers payant.

Article 6 Le tiers payant pour certains actes et coefficients visés

Les médecins amenés à facturer les actes suivants particulièrement coûteux pratiquent la **dispense d'avance des frais** au profit des assurés sociaux.

La **dispense d'avance des frais** s'applique aux actes de spécialités dont le coefficient ou le tarif est égal ou supérieur à celui visé à l'[article R. 322-8 du code de la sécurité sociale](#).

Cette exigence de seuil est supprimée pour les malades exonérés du ticket modérateur ou assimilés.

Les médecins amenés à pratiquer l'acte de lecture différée de photographie du fond d'œil évoqué à l'article 18-2 et à l'annexe XXVII de la présente convention pratiquent également la **dispense d'avance des frais** au profit des assurés sociaux sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.¹

Article 7 Le tiers payant dans le cadre de la permanence des soins

¹ Ajouté par l'Avenant 11 signé le 23 octobre 2013 et paru au JO du 30 novembre 2013

Dans le cadre d'une intervention du médecin d'astreinte suite à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, le patient bénéficie de plein droit d'une **dispense d'avance de frais**.

Cette **dispense d'avance de frais** est réalisée sur la part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Article 8 La **dispense d'avance des frais pour les patients ayant choisi le médecin référent comme médecin traitant**

Les assurés qui avaient choisi leur médecin référent comme médecin traitant et leurs ayants droit, continuent de bénéficier de la **dispense d'avance des frais**.

Article 9 Accords locaux spécifiques sur la **dispense d'avance des frais**

Des accords locaux peuvent être conclus entre les caisses et les organisations syndicales signataires de la convention pour ouvrir la procédure de **dispense d'avance des frais** à des cas non inscrits dans la convention et pour lesquels la mise en place d'une telle mesure pourrait être un facteur d'amélioration significative de l'accès aux soins.

Les projets d'accords sont examinés en commission paritaire locale et sont ensuite soumis pour avis conforme à la commission paritaire nationale.

Article 10 Expérimentations

La procédure de **dispense d'avance des frais** et le respect des tarifs définis dans la présente convention s'appliquent au bénéfice des assurés sociaux qui entrent dans le cadre des expérimentations agréées définies à l'[article L. 162-31 du code de la sécurité sociale](#), lorsque celles-ci le prévoient et dans les conditions qu'elles déterminent.

Article 11 La **dispense d'avance des frais pour la délivrance des médicaments et certains dispositifs médicaux effectuée par les médecins pharmaciens**

Afin de pallier l'absence d'officine dans certaines communes, l'[article L. 4211-3 du code de la santé publique](#) précise que les médecins qualifiés de pharmaciens peuvent être autorisés par l'agence régionale de santé à délivrer aux personnes auxquelles ils donnent leurs soins, les médicaments et certains dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par arrêté, nécessaires à la poursuite du traitement qu'ils ont prescrit.

Les médecins ainsi habilités et régis par la présente convention peuvent adhérer à des conventions locales leur permettant de pratiquer la **dispense d'avance des frais** au profit des assurés sociaux pour la seule part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoire signataires.

Ces conventions locales sont conformes à une convention type approuvée en

conseil d'administration de la CNAMTS le 28 novembre 2000.

...

Article 13.2 La valorisation du rôle de médecin correspondant

...

Lorsqu'à l'occasion d'une consultation auprès d'un bénéficiaire de la CMU complémentaire ou d'un patient disposant d'une attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)², le médecin correspondant, indépendamment de son secteur d'exercice, a facturé une majoration de coordination et qu'il est constaté que l'assuré n'a pas déclaré de médecin traitant, cette majoration est versée par l'organisme d'assurance maladie au praticien dans le cadre de la **dispense d'avance des frais**.

...

Article 48 Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques

...

Délai de transmission des FSE :

Le médecin s'engage à adresser à la caisse d'affiliation de l'assuré les feuilles de soins par voie électronique dans les délais réglementairement fixés que le paiement s'effectue en paiement direct ou en **dispense d'avance des frais**.

Paiement en cas de **dispense d'avance des frais** :

Les caisses liquident les FSE et émettent l'ordre de virement du montant dû dans un délai maximal de cinq jours ouvrés, à compter du jour de la réception de l'accusé de réception logique (ARL).

Article 49 Garantie de paiement pour la procédure de **dispense d'avance des frais**

Garantie de paiement :

Afin de préserver l'accès aux soins, et notamment le bénéfice de la **dispense d'avance des frais**, et de développer la qualité de la prise en charge, les parties signataires affirment leur volonté de veiller à la conformité des informations transmises par le médecin, via sa facturation au regard des droits à prestation de l'assuré.

Sauf opposition de la carte, les organismes d'assurance maladie s'engagent, en procédure de **dispense d'avance des frais**, à effectuer le paiement de la part obligatoire des actes facturés par la FSE, sur la base des informations relatives à la couverture maladie contenues dans la carte d'assurance maladie à la date des soins.

Les parties signataires s'accordent également pour faire évoluer les systèmes d'information de manière à mettre en place un accès en ligne aux droits à

² Ajouté par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

prestations des assurés sociaux pour les médecins au moment de la facturation. Dans ce cadre, des expérimentations sont mises en place. A l'issue des expérimentations de ce service, les parties signataires conviennent de négocier les conditions de généralisation du dispositif et de la mise en application de la garantie de paiement dans ce cadre.

Tiers payant légal :

La gestion du tiers payant légal (notamment AME, AT, CMU) et du tiers payant social pour les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé par l'assurance maladie obligatoire suit les mêmes modalités que celles de la délégation de la **dispense d'avance des frais**.

Lorsque la caisse assume la responsabilité du règlement de la part relevant du régime complémentaire, elle supporte également, sur cette part, les obligations résultant de la garantie de paiement.

Article 50 Traitement des incidents

Article 50.1 Informations réciproques

Les parties signataires s'engagent à s'informer réciproquement de tout dysfonctionnement du système et à collaborer pour y apporter une réponse appropriée dans les meilleurs délais.

Article 50.2 Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique

En cas d'échec d'émission d'une FSE, le médecin fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus.

En cas de nouvel échec de la télétransmission de la FSE et selon les conditions décrites par le [code de la sécurité sociale](#), le médecin établit un duplicata sous forme papier de la FSE. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance et les références de la feuille de soins électronique non transmise (numéros de FSE et de lot).

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie sans **dispense d'avance des frais** à l'assuré, le médecin signe le duplicata et le remet à l'assuré, ou l'adresse lui-même à la caisse d'affiliation de l'assuré en indiquant que l'assuré n'a pas pu signer la feuille de soins.

En cas de duplicata avec dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, le médecin adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré le duplicata de la feuille de soins signé par lui-même et, si possible, par l'assuré ; à défaut, il indique que l'assuré n'a pas pu signer.

Dans les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique, le médecin remplit une feuille de soins papier.

Article 51 Retours d'information

Les retours tiers sont les informations transmises par l'assurance maladie sous la

norme NOEMIE PS concernant l'état de la liquidation des prestations servies par le médecin. Ces retours ne sont transmis au médecin que dans le cadre d'une procédure de **dispense d'avance des frais**.

Les caisses nationales ont déployé la norme NOEMIE afin de permettre aux professionnels de santé de disposer de toutes les informations essentielles permettant l'identification et le traitement de la facturation ou de tout autre paiement ou régularisation comptable.

Les principaux éléments du retour sont les suivants :

- le retour correspond au virement bancaire effectué sur la base du total du remboursement issu des traitements effectués par la caisse pour une journée comptable donnée, il ne peut pas être partiel ;
- le cumul, la régularisation ou la récupération d'indus sont signalés de façon claire ;
- tout mouvement financier ou paiement conventionnellement prévu est indiqué distinctement des factures honorées dans le retour NOEMIE ;
- le rejet est accompagné des informations permettant d'identifier la facture transmise et l'anomalie détectée ; il implique la modification et le renvoi de la facture par le médecin.

Les caisses nationales se sont engagées à améliorer la lisibilité des retours NOEMIE, et prévoient les évolutions suivantes :

- envoi dans un fichier unique des informations de paiement et de rejet ;
- réponse de niveau facture, le lot devient identifiant secondaire ;
- réponse distincte (dans deux entités différentes) des parts obligatoires et des parts complémentaires sur chaque facture ;
- allègement en volume par suppression du détail des actes payés ;
- identification des actes rejetés ;
- le niveau de rejet : facture, ligne ou acte ;
- la ligne de prestation concernée ;
- la part concernée (AMO/AMC) ;
- le rang du code affiné concerné dans la ligne ;
- identification de la référence du virement bancaire ;
- distinction des différentes natures de retour : remboursements de prestations, paiements ponctuels, rappels, retenues suite à indus ;
- indication de la nature du flux aller : FSE, flux sécurisé ou non, facture papier
- restitution de l'intégralité des informations prévues dans le retour en cas de paiement différé (recyclage ou re-saisie).

Article 52 La procédure exceptionnelle : la facturation via la feuille de soins sur support papier

En cas d'impossibilité de produire des feuilles de soins électroniques, du fait de l'absence ou de la non-présentation de la carte d'assurance maladie, la facturation via la feuille de soins sur support papier est possible.

En cas de dispense d'avance des frais, le médecin facture directement la part obligatoire des actes et prestations à la caisse d'affiliation de l'assuré.

Il se charge de l'envoi à cette même caisse des documents nécessaires à la prise en charge dans les délais qui lui sont impartis par la réglementation.

En cas de paiement direct, l'envoi des feuilles de soins papier est effectué sous la responsabilité de l'assuré. En cas de **dispense d'avance des frais**, la caisse règle directement au médecin les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie. Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

...

Article 54 Facturation des honoraires

Lorsque le médecin réalise des actes ou prestations non remboursables par l'assurance maladie, ce dernier n'établit pas de feuille de soins ni d'autre support en tenant lieu, conformément à l'[Article L. 162-4 du code de la sécurité sociale](#).

Dans les situations où le médecin réalise des actes ou prestations remboursables et non remboursables au cours de la même séance, il porte les premiers sur la feuille de soins et les seconds sur un support différent.

Lorsque les soins sont dispensés à titre gracieux, le médecin porte sur la feuille de soins la mention « acte gratuit ».

Il ne donne l'acquit par sa signature que pour les actes qu'il a accomplis personnellement et pour lesquels il a perçu des honoraires, réserve faite dans ce dernier cas des dispositions relatives à la **dispense d'avance des frais**.

...

Sous-titre 4 Les modalités de paiement des honoraires

Article 58 Le principe du paiement direct et les cas de **dispense d'avance des frais**

Les parties signataires rappellent que le paiement direct reste le principe de facturation.

Cependant, elles observent que la possibilité de proposer aux assurés sociaux d'être dispensés de l'avance des frais favorise l'accès aux soins.

La présente convention ouvre donc cette possibilité, au-delà des cas particuliers pour lesquels le législateur a rendu obligatoire le régime du tiers payant (couverture maladie universelle, accidents du travail...) et ce dans les conditions définies aux articles 5 et suivants.

Article 59 Modalités particulières à l'exercice dans un établissement de santé

Actes réalisés dans un établissement de santé visé au [d de l'Article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale](#)

Pour les actes médicaux effectués en établissement de santé visé au [d de l'Article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale](#) dans le cadre d'une hospitalisation avec ou sans hébergement, l'ensemble des actes dispensés ainsi que le montant correspondant des honoraires sont inscrits sur un support dit « bordereau de facturation ».

Lorsque le médecin opte pour la **dispense d'avance des frais**, la part garantie par la caisse peut être versée selon son choix :

- soit globalement à un médecin désigné par ses confrères ou à une société de médecins ou à un groupement de médecins exerçant dans l'établissement ;
- soit individuellement à chaque praticien (par défaut).

Actes réalisés par un praticien hospitalier temps plein dans le cadre de son activité privée.

L'ensemble des actes dispensés par un praticien hospitalier temps plein, dans le cadre de son activité privée, sont facturés au malade individuellement.

Le médecin temps plein hospitalier qui exerce une activité libérale dans les conditions prévues par la réglementation, a le choix de percevoir ses honoraires directement ou, par dérogation aux [dispositions de l'Article L. 162-2 du code de la sécurité sociale](#), par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital, en application de l'[Article L. 6154-3 du code de la santé publique](#).

...

Article 70.3 Rôle de la commission paritaire nationale

...

La CPN réunie en formation exécutive est notamment chargée des missions suivantes :

- elle veille au respect des dispositions conventionnelles par les médecins et les caisses au niveau local ;
- elle détermine, le nombre de commissions paritaires locales et leur répartition territoriale dans les départements comportant plusieurs caisses primaires ;
- elle prend toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances régionales et locales ;
- elle prépare les avenants et annexes de la convention ;
- elle prépare les contrats types visés à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique visant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins ;
- elle définit annuellement les objectifs de maîtrise médicalisée dans le cadre des dispositions définies à l'Article 20 de la présente convention ;
- elle est informée des programmes d'accompagnements mis en place par l'assurance-maladie intéressant les médecins ;
- elle est informée, par les Commissions Paritaires Régionales (CPR) et par les Commissions Paritaires Locales (CPL), des travaux en cours dans les régions et dans

les départements, notamment en ce qui concerne les résultats de la maîtrise médicalisée ;

- elle examine les projets et accords locaux sur la **dispense d'avance des frais**.

- elle délibère sur les activités médicales à soumettre à la Haute Autorité de Santé en vue de l'établissement de références médicales telles que définies aux articles L. 162-5 et L. 162-12-15 du code de la sécurité sociale ainsi que les indicateurs des programmes de paiement à la performance élaborés par l'assurance maladie dans le cadre de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale ;

- elle assure le suivi de la bascule entre le dispositif de permanence des soins conventionnel défini à l'Article 4 et le nouveau dispositif issu de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

- elle assure le suivi de la Formation Professionnelle Conventionnelle dans les conditions définies au Titre 3.Sous-Titre 1 dans l'attente de la mise en place du Développement Professionnel Continu (DPC) issu de l'article 59 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

- elle assure l'installation et le suivi des travaux du comité du fonds des actions conventionnelles et du comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives ;

- elle émet un avis sur le recours consultatif formé auprès d'elle par le médecin à l'encontre duquel une sanction a été décidée par les caisses dans les conditions définies à l'Article 75;

- elle émet un avis dans les conditions définies à l'article 3 de l'annexe XXII de la convention nationale³

- elle assure le suivi et examine le bilan des commissions des pénalités sur la base d'un bilan d'activité annuel communiqué par la caisse ;

- elle assure le suivi des expérimentations de nouveaux modes de rémunérations qui ont lieu au niveau régional en application de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2008.⁴

...

Article 72.3 Missions du CTPPN

Le comité est chargé notamment :

- de mettre en œuvre le programme de simplifications administratives visant à aider le médecin dans son travail au quotidien en décidant des actions à mener afin d'en assurer la réussite ;

- d'accompagner la mise en place de ce programme au niveau local ;

- d'assurer le suivi des remontées des travaux des commissions paritaires locales ;

- d'examiner et d'émettre un avis sur tous les projets de modification des documents servant de base aux échanges entre l'assurance maladie et les médecins exerçant à titre libéral (formulaire, etc.) ;

³ Ajouté par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

⁴ Modifié par l'Avenant 6 au JO du 22 mars 2012

- d'analyser tout dysfonctionnement du système SESAM-Vitale et d'examiner les réponses appropriées dans les meilleurs délais afin de garantir la continuité et l'adaptabilité du service de la télétransmission des feuilles de soins électroniques
- de formuler des observations sur le cahier des charges SESAM-Vitale et des propositions tendant à l'amélioration du système ;
- de suivre les procédures informatiques de gestion de la **dispense d'avance de frais** ou de tout autre dispositif issu de la réglementation ;
- de suivre les échanges de données dématérialisées entre l'assurance maladie et les médecins adhérant à la présente convention ;
- de définir les modalités de mise en ligne par les médecins d'informations notamment sur le portail de l'assurance maladie ;
- d'informer régulièrement la CPN de ses travaux et de lui établir un bilan annuel.

Les modalités de fonctionnement du CTPPN sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'annexe XXI de la présente convention.

...

Sous-titre 4 Le non-respect des engagements conventionnels

Article 75 De l'examen des cas de manquements

En cas de non-respect par le médecin des dispositions conventionnelles organisant ses rapports avec l'assurance maladie, une procédure conventionnelle d'examen des manquements est engagée par les parties conventionnelles sur initiative d'une caisse.

Le non-respect des dispositions conventionnelles peut notamment porter sur :

- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables ;
- l'utilisation abusive du DE ;
- **une pratique tarifaire excessive des médecins exerçant en secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent⁵;**
- la non-inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens de la présente convention et de la réglementation ;
- le non-respect, de façon répétée, de la liste visée à l'[article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale](#) ;
- le non-respect du droit à la **dispense d'avance des frais** au profit des bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS.
- **le non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique à l'assurance maladie, posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations⁶**

⁵ Ajouté par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

⁶ Modifié Avenant 2 JO du 15 mars 2012

L'appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire s'effectue au regard de tout ou partie des critères suivants :

- le rapport entre la somme des honoraires facturés aux assurés sociaux au-delà du tarif opposable et la somme des tarifs opposables des soins délivrés par le médecin (taux de dépassement),
- le taux de croissance annuel du rapport ci-dessus,
- la fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués,
- le dépassement moyen annuel par patient.

L'appréciation tient compte de la fréquence des actes par patient, du volume global de l'activité du professionnel de santé ainsi que du lieu d'implantation du cabinet et de la spécialité. Elle tient également compte des niveaux d'expertise et de compétence.⁷

La procédure conventionnelle applicable en cas de manquement imputable à un médecin est décrite à l'annexe XXII de la présente convention.

...

⁷ Ajouté par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

CONVENTION 2011

ANNEXES

A N N E X E I

TARIFS DES HONORAIRES, RÉMUNÉRATIONS ET FRAIS ACCESSOIRES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES

...

Article 3 Tarifs des forfaits techniques

Les modalités pratiques de facturation et de règlement du forfait technique dans le cadre de la procédure de **dispense d'avance des frais** et les modalités d'application des conditions d'exonération du ticket modérateur sont fixées par une convention conclue au niveau local.

Le forfait technique rémunère les frais d'amortissement et de fonctionnement de l'appareil (locaux, équipement principal et annexe, maintenance, personnel non médical, consommables hors produit de contraste, frais de gestion, assurance et taxe professionnelle). La durée de l'amortissement des appareils est calculée sur sept ans. Pour les matériels considérés comme amortis, soit installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée, le montant du forfait technique ne prend plus en compte le coût de l'amortissement du matériel.

Pour chaque appareil, un registre chronologique doit être tenu, par année civile. Ce registre doit comporter la date d'installation et le numéro de l'appareil et mentionner, pour chaque forfait technique pris en charge par l'assurance maladie :

- son numéro d'ordre (quand un acte autorise la facturation de deux forfaits techniques, deux numéros d'ordre consécutifs doivent être inscrits) ;
- la date de réalisation ;
- les nom et qualité du médecin l'ayant effectué ;
- les nom et prénom du patient ;
- le numéro d'immatriculation de l'assuré ou, à défaut, la couverture sociale dont il bénéficie.

...

A N N E X E X

PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

...

Article 4 **Dispense d'avance de frais pour les patients ayant recours au médecin de permanence**

Dans le cadre d'une intervention du médecin d'astreinte suite à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, le patient bénéficie de plein droit d'une **dispense d'avance de frais**.

Cette **dispense d'avance de frais** est réalisée sur la part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoire.

...

A N N E X E X V

DISPOSITIF DE PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE

...

Article 3 Modalités pratiques

Dans le mois qui précède la date d'anniversaire de l'assuré ou de l'ayant droit, la caisse d'assurance maladie dont il relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge préidentifié accompagné d'un courrier d'invitation à l'examen de prévention, personnalisé en fonction de l'âge.

Le courrier d'invitation peut être adressé en son nom propre si l'adolescent est lui-même l'assuré ou à ses parents si l'adolescent est à leur charge.

Les soins de prévention bucco-dentaire peuvent être réalisés en accès spécifique. Pour bénéficier des avantages du dispositif, l'enfant ou l'adolescent consulte le médecin stomatologiste de son choix, ou du choix de ses parents, dans les six mois qui suivent la date d'anniversaire. Il présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge, pré-identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

Après la réalisation de cet examen, le médecin stomatologiste complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à l'organisme d'affiliation de l'assuré pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure « renseignements médicaux » est à conserver par le médecin stomatologiste dans le dossier du patient. Pour ce qui concerne les enfants de 6 et 12 ans, ces renseignements sont également portés par le médecin stomatologiste dans le carnet de santé.

Pour bénéficier d'une prise en charge à 100 %, le programme de soins établi, le cas échéant, lors de l'examen, doit être commencé dans les trois mois qui suivent cet examen et s'achever dans les six mois suivant la date de début des soins.

La procédure de **dispense d'avance des frais** s'applique à l'examen de prévention pour toutes les tranches d'âge ainsi qu'aux soins consécutifs pour les 6 et 12 ans ([article L. 2132-2-1 du code de la santé publique](#)).

Article 4 Engagements des parties

Article 4.1 Les engagements du médecin stomatologiste

Le médecin stomatologiste s'engage à :

- respecter les clauses du présent texte et à faire bénéficier ses patients des tarifs conventionnels comme prévu à la présente convention en s'interdisant l'usage des dépassements d'honoraires visés par la convention ;
- permettre au patient d'accéder à l'ensemble des avantages prévus dans le dispositif ;
- informer son patient et son représentant légal, s'il est présent, de l'état bucco-dentaire constaté et, le cas échéant, du nombre de dents à traiter et de la nature des soins à engager, tout en précisant les priorités ;
- accompagner sa démarche de conseils d'hygiène et de prévention en soulignant l'intérêt d'un traitement précoce, d'un suivi régulier et de la continuité des soins ;
- participer à l'évaluation du dispositif en :

- conservant dans le dossier médical du patient les « renseignements médicaux » relatifs à l'examen de prévention et au programme de soins éventuels ;
- transmettant ces renseignements au service médical à sa demande ;
- répondant à toute enquête ou recueil d'informations réalisés sur la base des modalités définies dans le cadre de la convention dentaire ;
- répondant aux modalités de suivi indiquées ci-après ;
- participer à la campagne de prévention bucco-dentaire.

Article 4.2 Les engagements de l'UNCAM

L'UNCAM s'engage à :

- faire bénéficier les patients concernés par le dispositif de la procédure de **dispense d'avance des frais** pour l'examen de prévention annuel et son complément radiologique éventuel ;
- honorer directement l'examen annuel de prévention et son complément radiologique éventuel aux médecins stomatologistes ;
- mettre en place une gestion active des bénéficiaires du dispositif de manière à les suivre au plus près et à les inciter à y participer ;
- accompagner la mise en œuvre du dispositif de prévention de campagnes d'information destinées aux assurés, aux bénéficiaires potentiels et aux médecins stomatologistes ;
- restituer aux médecins stomatologistes dans le cadre des commissions paritaires locales les informations et analyses pertinentes résultant des évaluations ;
- émettre l'ordre de virement de la facturation dans un délai maximum de quinze jours à compter de la réception du support de facturation dûment complété ;
- en cas de support électronique, ce délai est ramené à cinq jours.

...

Article 5.3 La formalisation de l'évaluation

La méthode utilisée et les critères retenus pour l'évaluation dans ses trois composantes seront déterminés, en conformité avec le dispositif prévu pour les chirurgiens-dentistes.

Prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes⁸

...

Article 2

Contenu du dispositif

Les femmes enceintes bénéficient d'un examen de prévention pris en charge à 100 % avec **dispense d'avance de frais**, à compter du quatrième mois de grossesse, jusqu'à douze jours après l'accouchement.

...

⁸ Ajouté par l'Avenant 11 signé le 23 octobre 2013 et paru au JO du 30 novembre 2013

Article 2.1 A la fin de l'article 6 de la convention nationale sont ajoutées les dispositions suivantes :

Dans le cadre de la mise en place de la prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes à partir du quatrième mois de grossesse, les partenaires conventionnels s'entendent pour promouvoir la **dispense d'avance des frais** pour cette catégorie de population dont l'état de santé bucco-dentaire est rendu particulièrement fragile durant cette période. Ainsi, les femmes enceintes bénéficient de la **dispense d'avance des frais** pour la réalisation de l'examen de prévention bucco-dentaire tel que prévu à l'article 14.2 et à l'annexe XV de la présente convention.