

## Annexe 1 : Charte d'engagement du centre de santé médical ou polyvalent

Le centre de santé regroupe des professionnels de santé des professions suivantes :

.....

Cet exercice regroupé nous permet de vous apporter une qualité de service répondant à vos besoins de santé. Notre engagement s'articule autour de 3 axes.

### **Vous offrir un accès aux soins pendant une large plage horaire**

Notre centre de santé s'organise avec ses professionnels de santé pour vous garantir un accueil couvrant de larges amplitudes horaires.

Nous vous accueillons de ... heures à ... heures du lundi au vendredi, et le samedi matin de ... heures à ... heures<sup>1</sup>, et notre secrétariat est joignable selon les modalités suivantes

.....

En dehors de ces horaires d'ouverture, le centre de santé ..... est joignable au numéro suivant ..... Des informations vous sont communiquées pour vous orienter immédiatement vers les solutions les plus adaptées au regard de votre état de santé.

### **Vous permettre d'être reçu sans rendez-vous en cas de nécessité**

Nous sommes organisés pour répondre rapidement à vos demandes de soins et pouvoir, si votre état de santé le nécessite, vous recevoir dans la journée.

### **Vous accueillir et vous accompagner dans votre prise en charge**

L'organisation en centre de santé nous permet de vous assurer un accueil par du personnel dédié les jours suivants : ..... de ..... à .....

Cet accueil organisé permet, au-delà de la prise de rendez-vous auprès des professionnels intervenant dans la structure, de :

- coordonner les informations vous concernant entre les différents professionnels du centre de santé amenés à assurer votre suivi médical ;
- vous orienter vers les professionnels de santé ou services internes ou extérieurs au centre de santé ..... dont vous avez besoin ;
- organiser les échanges nécessaires avec les établissements de santé ou établissements et services médico-sociaux lorsque votre état de santé le nécessite et notamment avant et après toute hospitalisation.

---

1 Mention à supprimer le cas échéant

## Annexe 2 : Charte d'engagement du centre de santé infirmier

Le centre de santé regroupe des professionnels de santé des professions suivantes :  
.....

Cet exercice regroupé nous permet de vous apporter une qualité de service répondant à vos besoins de santé.

Notre engagement s'articule autour de 3 axes.

### **Vous offrir un accès aux soins pendant une large plage horaire**

Notre centre de santé s'organise avec ses professionnels de santé pour vous garantir des soins prescrits 24h/24 et 365 jours sur 365.

- L'accueil au centre est organisé du..... (indiquer le jour de la semaine) au..... (indiquer le jour de la semaine) de..... (indiquer l'heure) à..... (indiquer l'heure)

Avec des soins assurés au centre :

- le..... (indiquer le jour de la semaine) de ...H... à...H ..., (indiquer l'heure)
  - le..... (indiquer le jour de la semaine) de ...H... à...H ..., (indiquer l'heure)
  - le..... (indiquer le jour de la semaine) de ...H... à...H ..., (indiquer l'heure)
  - le..... (indiquer le jour de la semaine) de ...H... à...H ..., (indiquer l'heure)
  - le..... (indiquer le jour de la semaine) de ...H... à...H ..., (indiquer l'heure)
  - le..... (indiquer le jour de la semaine) de ...H... à...H ..., (indiquer l'heure)
- Les soins sont dispensés 7 jours sur 7 à domicile
  - L'accueil téléphonique est assuré du..... (indiquer le jour de la semaine) au..... (indiquer le jour de la semaine) de...H ...à...H ...(indiquer l'heure)

Des informations vous sont communiquées pour vous orienter immédiatement vers les solutions les plus adaptées au regard de votre état de santé.

### **Vous permettre d'être reçu sans rendez-vous en cas de nécessité**

Nous sommes organisés pour répondre rapidement à vos demandes de soins prescrits et pouvoir, si votre état de santé le nécessite, assurer les soins dans la journée.

### **Vous accueillir et vous accompagner dans votre prise en charge**

L'organisation en centre de santé nous permet de vous assurer un accueil par du personnel dédié selon les jours et heures d'ouverture du centre mentionné ci-dessus

Cet accueil organisé permet, au-delà de la prise de rendez-vous auprès des professionnels intervenant dans la structure, de :

- coordonner les informations vous concernant entre les différents professionnels du centre de santé amenés à assurer votre suivi médical ;
- vous orienter vers les professionnels de santé ou services internes ou extérieurs au centre de santé ..... dont vous avez besoin ;
- organiser les échanges nécessaires avec les établissements de santé ou établissements et services médico-sociaux lorsque votre état de santé le nécessite et notamment avant et après toute hospitalisation.

### Annexe 3 : Charte d'engagement du centre de santé dentaire

Le centre de santé regroupe des professionnels de santé des professions suivantes :  
.....

Cet exercice regroupé nous permet de vous apporter une qualité de service répondant à vos besoins de santé.

Notre engagement s'articule autour de 3 axes.

#### **Vous offrir un accès aux soins pendant une large plage horaire**

Notre centre de santé s'organise avec ses professionnels de santé pour vous garantir un accueil couvrant de larges amplitudes horaires.

Nous vous accueillons de ... heures à ... heures du lundi au vendredi, et le samedi matin de ... heures à ... heures<sup>1</sup>, et notre secrétariat est joignable selon les modalités suivantes  
.....

En dehors de ces horaires d'ouverture, le centre de santé ..... est joignable au numéro suivant ..... Des informations vous sont communiquées pour vous orienter immédiatement vers les solutions les plus adaptées au regard de votre état de santé.

#### **Vous permettre d'être reçu sans rendez-vous en cas de nécessité**

Nous sommes organisés pour répondre rapidement à vos demandes de soins et pouvoir, si votre état de santé le nécessite, vous recevoir dans la journée.

#### **Vous accueillir et vous accompagner dans votre prise en charge**

L'organisation en centre de santé nous permet de vous assurer un accueil par du personnel dédié tous les jours de ..... à .....

Cet accueil organisé permet, au-delà de la prise de rendez-vous auprès des professionnels intervenant dans la structure, de :

- coordonner les informations vous concernant entre les différents professionnels du centre de santé amenés à assurer votre suivi médical ;
- vous orienter vers les professionnels de santé ou services internes ou extérieurs au centre de santé ..... dont vous avez besoin ;
- organiser les échanges nécessaires avec les établissements de santé ou établissements et services médico-sociaux lorsque votre état de santé le nécessite et notamment avant et après toute hospitalisation.

---

1 Mention à supprimer le cas échéant

## Annexe 4 : Missions de santé publique définies en fonction des objectifs du projet régional de santé

Dans le cadre de l'article 18 du présent accord, des missions de santé publique définies dans la liste figurant dans la présente annexe ou s'inscrivant en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS) peuvent permettre aux centres de santé de bénéficier d'une valorisation complémentaire (dans les conditions définies à l'article 18.1.3) pour participer aux actions suivantes concernant la prévention, la promotion et l'éducation à la santé.

### - Actions en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale

Des inégalités de couverture vaccinale sont régulièrement constatées selon les tranches d'âge de la population, les vaccins considérés et/ou les territoires<sup>1</sup>. L'insuffisance de couverture vaccinale s'accroît avec l'âge et reste plus marquée pour certains vaccins<sup>2</sup>.

### - Surpoids et obésité chez l'enfant

Chez l'enfant et l'adolescent, la prévalence du surpoids augmente depuis les années 1980 et les dernières données, de 2015, estiment à 17 % les enfants de 6 à 17 ans en surpoids dont 3,9 % en situation d'obésité<sup>3</sup>. Parmi les enfants en surcharge pondérale ou obèses à l'âge de 6 ans, près d'un enfant sur deux le reste en troisième<sup>4</sup>. **Les populations défavorisées sont davantage touchées par l'obésité.** On parle ainsi de gradient social de l'obésité : la prévalence de l'obésité est d'autant plus élevée que le statut socio-économique des personnes est faible. **Lorsqu'ils grandissent, deux fois plus d'enfants d'ouvriers que d'enfants de cadres se retrouvent en surpoids en grande section maternelle.** En 2017, 18 % des enfants en classe de troisième étaient en surpoids et **5 % obèses dont 3 % chez les enfants de cadre et 8 % chez les enfants d'ouvriers**<sup>5</sup>.

Les études épidémiologiques s'accordent pour conclure que l'obésité dans l'enfance est associée à une augmentation du risque de mortalité prématurée à l'âge adulte<sup>6</sup>, en raison notamment de l'accroissement de la mortalité d'origine cardiovasculaire.

Il existe une grande disparité en fonction du niveau socio-économique ou de la zone géographique, les prévalences du surpoids et de l'obésité étant supérieures dans les populations défavorisées.

### - Conduites addictives chez les jeunes de 12 à 25 ans

Les conduites addictives liées aux substances psychoactives demeurent un problème majeur de société et de santé publique, en raison principalement des dommages sanitaires et sociaux qu'elles induisent et de leur coût pour les finances publiques.

Les conduites addictives liées aux substances psychoactives sont les premières causes de mortalité évitable en France : la consommation de tabac est responsable de 75 000 décès par an (dont 45 000 décès par cancer) et l'alcool de 41 000 décès par an (dont 15 000 par cancer).

Les niveaux de consommations de ces substances restent parmi les plus élevés recensés dans les pays occidentaux et dans le monde pour certaines tranches d'âge.

Ainsi, en 2023, en France hexagonale, plus de trois personnes de 18-75 ans sur dix déclaraient fumer (31,1 %). Moins d'un quart des 18-75 ans déclaraient fumer quotidiennement (23,1 % contre 25,3 % en 2021), avec un niveau plus élevé parmi les hommes (25,4 %) que parmi les femmes (20,9 %). Les

<sup>1</sup>Source INVS <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale>

<sup>2</sup>Hépatite B, méningocoque C, HPV des jeunes filles, absence de rattrapage pour la vaccination ROR.

<sup>3</sup>Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. Bull. Epidémiol. Hebd. 2017;(13):234-41

<sup>4</sup>De Peretti et Castetbon, 2004. Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième. DREES

<sup>5</sup>DRESS 2022 : L'état de santé de la population en France > Les dossiers de la DREES n° 102.

<sup>6</sup>Excès de mortalité estimé entre 50 % et 80 % selon les études.

inégalités sociales en matière de tabagisme restent très marquées, avec 12 points d'écart de prévalence du tabagisme quotidien entre les plus bas et les plus hauts revenus (28,9 % versus 17,3 %), écart observé également selon le niveau de diplôme ou selon la situation professionnelle.

Le nombre de consommateurs quotidiens d'alcool est estimé à environ 3,6 millions (8% des adultes de 18 à 75 ans), tandis que les usagers quotidiens de cannabis sont estimés à 900 000.

Concernant la cocaïne, le nombre de consommateurs ayant expérimenté ce produit a été multiplié par quatre ces 20 dernières années : 1,4% des jeunes de 17 ans et 9,4% des adultes avaient déjà expérimenté la cocaïne en 2023.

#### - **Souffrance psychique chez les adolescents et les jeunes de 12 à 25 ans**

La dépression clinique de l'adolescent touche 2 à 8 % de la population de cette tranche d'âge. L'évaluation de la dépression chez les adolescents peut être rendue difficile par ses différents modes d'expression<sup>7</sup>; une souffrance psychique mal repérée, mal accompagnée peut faire basculer l'individu dans une maladie somatique ou multiplier les difficultés et entraver son inclusion sociale.

#### - **Prévention du suicide**

Avec 16,2 suicides pour 100 000 habitants, la France se situe dans le groupe des pays européens à taux élevés de suicide.

La baisse de mortalité par suicide observée ces dix dernières années a été plus importante pour les plus âgés et pour les plus jeunes mais le taux de décès par suicide a augmenté pour les hommes de 45-54 ans. D'importantes disparités régionales ont été constatées, les régions de l'Ouest et du Nord étant très nettement au-dessus de la moyenne nationale. La prévalence des idées suicidaires a considérablement augmenté chez les 18-24 ans entre 2010 et 2021, en particuliers chez les femmes.

#### - **Prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie) pour les régions non incluses dans les expérimentations PAERPA.**

Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie (niveau de preuve élevé), de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans ou plus<sup>8</sup>, dans un délai de 1 à 3 ans. L'intervention des acteurs des soins primaires<sup>9,10</sup> peut réduire le risque d'hospitalisation des sujets âgés fragiles. L'obtention d'un bénéfice sur les risques de dépendance, de déclin fonctionnel et d'institutionnalisation est possible.

#### - **Prévention périnatale et suivi des femmes en situation de précarité**

Les inégalités socio-économiques se traduisent par des inégalités de santé observées dès la naissance, avec des taux régionaux de mortalité périnatale et infantile supérieurs à la moyenne nationale dans certaines régions ou territoires infrarégionaux. Les conditions de vie des femmes jouent un rôle important dans la prématurité, principale cause de décès chez les nouveau-nés et responsable de séquelles neurologiques sévères. En France et dans de nombreux pays développés, le taux de naissances prématurées est en hausse ces dernières années. La prématurité est passée de 5,9% des naissances en 1995 à 7,4% en 2010. Entre 50 000 et 60 000 enfants naissent prématurément chaque année. Parmi eux, 85% sont des prématurés moyens (32-37 SA), 10% sont des grands prématurés (28-32 SA) et 5% sont des très grands prématurés, nés à moins de 28 SA<sup>11</sup>.

<sup>7</sup> Troubles du comportement, conduites toxicomaniaques ou délictueuses, passages à l'acte ; agressivité...

<sup>8</sup> HAS " Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? " juin 2013.

<sup>9</sup> Repérage réalisé par le médecin traitant ou par un autre soignant de premier recours : infirmier, pharmacien, masseur-kinésithérapeute, aide-soignant...

<sup>10</sup> Les centres de santé infirmiers qui ne sont pas intégrés aux expérimentations PAERPA peuvent mettre en œuvre une action de prévention sur ce thème

<sup>11</sup> Cf. INSERM Prématurité <http://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/la-prematurite-un-monde-a-explorer>

Au-delà de la prévention périnatale, le suivi des femmes en âge de procréer en situation de précarité constitue un enjeu majeur de santé publique qui peut se traduire par la mise en place d'actions de prévention des grossesses non désirées, des infections sexuellement transmissibles et des pathologies de la grossesse (prématurité, diabète gestationnel...), et par un soutien à la parentalité.

Si le phénomène des maternités précoces reste limité en France<sup>12</sup>, le risque de précarité associé à ce phénomène justifie néanmoins une attention particulière en termes de prévention et d'accompagnement social des jeunes mères présentant des critères de vulnérabilité psychosociale (moins de 26 ans, grossesses non désirées, primipares, niveau d'éducation inférieur au baccalauréat, isolement affectif et faiblesse des revenus).

#### - **Education thérapeutique (ETP) et éducation à la santé**

L'éducation thérapeutique, réalisée dans un cadre pluri-professionnel, aide les personnes atteintes de maladie chronique à comprendre la maladie et le traitement et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Les besoins sont importants<sup>13</sup>; l'éducation thérapeutique doit s'exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients. La participation de l'assurance maladie aux programmes d'ETP inscrits dans le PRS des ARS portera prioritairement sur les pathologies pour lesquelles la HAS a conclu à une efficacité de l'ETP : diabète type 1 et 2, asthme et BPCO, insuffisance cardiaque et/ ou HTA.

#### - **Dépistage organisés des cancers**

Un meilleur dépistage des cancers est un objectif prioritaire de santé publique, la contribution des CDS est essentielle : promotion de la participation aux campagnes nationales, information des assurés, etc.

#### - **Prévention des affections bucco-dentaires**

La santé bucco-dentaire a un impact important sur la santé en général. Tout commence dès la maternité et chez le jeune enfant. Une prise en charge précoce et adaptée par un chirurgien-dentiste peut prévenir de complications majeures.

Afin de réduire la prévalence encore élevée des affections bucco-dentaires chez les jeunes<sup>14</sup>, et favoriser l'émergence de nouvelles « générations sans carie », il est ainsi nécessaire de sensibiliser dès le plus jeune âge les enfants et leurs familles aux « bons gestes » en matière de santé bucco-dentaire. Ceux-ci s'acquièrent notamment grâce au renforcement des examens de prévention bucco-dentaire, qui sont annuels depuis le 1<sup>er</sup> avril 2025, de 3 à 24 ans inclus (dispositif M'T dents tous les ans !). Des actions d'aller vers doivent être également menées pour renforcer la prévention et le dépistage bucco-dentaire des populations à risque.

L'examen bucco-dentaire auprès de la femme enceinte est également un enjeu de santé publique. La grossesse, période de bouleversements physiologiques et hormonaux, entraîne des répercussions directes sur la santé bucco-dentaire<sup>15</sup>. L'examen bucco-dentaire est proposé dès le 4<sup>e</sup> mois de maternité et jusqu'à 6 mois après l'accouchement.

<sup>12</sup> Cf. étude de l'INED publiée en juin 2012 : 11 naissances par an pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans

<sup>13</sup> Environ 15 millions de personnes actuellement.

<sup>14</sup> chez les adolescents de 15 ans : 63% n'ont pas de carie en 2016 contre 49% en 2007 et 67% des enfants de 9 ans ne présentent pas de caries en 2016 contre 59% en 2007 \*

<sup>15</sup> L'augmentation des niveaux d'œstrogènes et de progestérone, favorise l'inflammation gingivale et augmente le risque de gingivite gravidique, qui touche environ 50 à 70 % des femmes enceintes. Si elle n'est pas traitée, cette pathologie peut évoluer vers une parodontite, condition associée à des complications obstétricales telles que les accouchements prématurés et les enfants à faible poids de naissance. De plus, les nausées et vomissements, fréquents au cours du premier trimestre de grossesse, augmentent l'exposition des dents aux acides gastriques. Ces derniers favorisent l'érosion dentaire. Les habitudes alimentaires modifiées (grignotage, envies de sucre) et une hygiène bucco-dentaire moins assidue aggravent ce risque.

- **La prévention des risques en santé sexuelle**

La prévention des risques liés à la santé sexuelle en France demeure un enjeu majeur de santé publique, illustré par des chiffres préoccupants. En 2023, environ 55 500 cas de chlamydia ont été diagnostiqués, avec un taux particulièrement élevé chez les jeunes femmes de 15 à 25 ans (271 pour 100 000 habitants)<sup>16</sup>. La gonococcie, autre infection sexuellement transmissible, a touché près de 23 000 personnes, avec une hausse notable de 59 % chez les hommes et 46 % chez les femmes depuis 2014<sup>17</sup>. Concernant le VIH, environ 5 500 nouvelles découvertes de séropositivité ont été enregistrées en 2023, un chiffre stable mais toujours préoccupant<sup>18</sup>.

Par ailleurs, l'utilisation du préservatif reste insuffisante : seulement 49,4 % des femmes et 52,6 % des hommes déclarent en avoir recours lors d'un rapport avec un partenaire récent<sup>19</sup>. Cette situation souligne l'importance de renforcer les actions de prévention, notamment à travers l'éducation sexuelle, le dépistage régulier et l'accès aux moyens de protection, afin de lutter efficacement contre la propagation des IST et du VIH.

---

<sup>16</sup> Bulletin. [Surveillance du VIH et des IST bactériennes en France en 2023](#). Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 35 p., 11 octobre 2024

<sup>17</sup> Bulletin. [Surveillance du VIH et des IST bactériennes en France en 2023](#). Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 35 p., 11 octobre 2024

<sup>18</sup> Santé publique France - Bulletin de santé publique - Novembre 2023

<sup>19</sup> Contexte des sexualités en France, [Premiers résultats de l'enquête CSF-2023 Inserm-ANRS-MIE, 2024](#)

L.V. LE  JPB  HC TF YU

## **Annexe 5 : Dispositif de SCannérisation des ORdonnances « SCOR »**

### **Article 1 - Principe de la télétransmission des feuilles de soins électroniques**

La facturation à l'assurance maladie s'effectue, par principe, en FSE, dans les conditions des textes réglementaires et des dispositions de la présente convention de preuve ainsi que du cahier des charges des spécifications externes des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM VITALE.

### **Article 2 - Numérisation et télétransmission des pièces justificatives**

#### **2.1 - Principe de numérisation et de télétransmission des pièces justificatives**

Les parties signataires reconnaissent l'intérêt de simplifier les modalités de transmission des pièces justificatives de la facturation et notamment des ordonnances, de faciliter leur réception et leur archivage par la caisse et par voie de conséquence de parvenir à leur numérisation et à la dématérialisation de leur transfert, dans l'attente de la prescription électronique.

A cette fin, les parties signataires conviennent d'organiser un dispositif comprenant la numérisation des pièces justificatives de la facturation, quel que soit le destinataire du règlement, notamment des ordonnances originales exécutées, et leur transfert vers les organismes locaux d'assurance maladie.

Les parties signataires conviennent que la transmission des pièces justificatives numérisées s'effectue, par principe, en télétransmission vers le serveur informatique dédié dans le respect des dispositions de la présente annexe et du cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

En vue de la télétransmission des pièces justificatives numérisées, le centre de santé s'engage à s'équiper d'un logiciel agréé par le CNDA (Centre National de Dépôt et d'Agrément) lorsque ceux-ci seront disponibles. Il s'engage à télétransmettre les pièces justificatives numérisées vers le serveur dédié, dès lors que les moyens techniques mis à sa disposition le lui permettent.

En cas d'absence de transmission dématérialisée en raison de l'échec de la transmission électronique de la pièce justificative numérisée ou d'absence d'équipement adapté, la transmission des pièces justificatives de la facturation par le centre de santé et ce, quel que soit le destinataire de règlement se fait sur support papier.

Le centre de santé s'engage à transmettre la pièce justificative selon un seul et même mode de transmission, hormis les cas de dysfonctionnement de la numérisation. Il s'interdit ainsi, pour une même pièce justificative, de la transmettre simultanément selon plusieurs modes de transmission.

#### **2.2 - De la pièce numérique**

Les parties conviennent que la pièce justificative correspondant à la copie de l'ordonnance originale sur support papier et portant les mentions obligatoires fixées réglementairement et par la dernière version du cahier des charges SESAM Vitale est remplacée par une copie numérique fidèle et durable de l'ordonnance originale.

L'ordonnance ainsi numérisée et transmise à l'organisme de prise en charge est désignée ci-après « la pièce numérique ».

L.V. LE  JP B  G HC TF YU

La pièce numérique est considérée comme la « pièce justificative » ouvrant droit au remboursement et à la prise en charge conformément à la réglementation en vigueur.

Dès lors que le processus d'envoi et de réception de la pièce numérique est réalisé selon les principes définis à l'article 2.1 de la présente annexe, le centre de santé se trouve dispensé d'adresser à l'organisme de prise en charge la copie de l'ordonnance originale sur support papier.

Le centre de santé est responsable de l'établissement de la pièce numérique, de sa fidélité à la pièce justificative papier.

La modification du mode de transmission de la pièce justificative est sans effet sur les responsabilités respectives du centre de santé et de l'assurance maladie concernant les pièces justificatives, telles qu'elles résultent des textes en vigueur.

Le centre de santé s'engage à transmettre une pièce justificative conforme, c'est-à-dire d'une qualité de numérisation permettant l'atteinte d'un taux d'exploitabilité des pièces numériques de 99%. La liste des anomalies rendant inexploitable les pièces numériques est fixée à l'article 2.6.3 de la présente annexe.

La résolution de l'image constituant la pièce numérique doit être a minima de 200 DPI pour assurer une qualité d'image suffisante.

Le format de l'image constituant la pièce numérique de type pdf doit être a minima A5 et doit être visualisable sur un écran de taille référence 800X600 ou une résolution supérieure après accord des parties.

### **2.3 - De la numérisation des pièces justificatives**

Le centre de santé s'engage à numériser les pièces justificatives par ses propres moyens techniques, lesquels garantissent la fidélité de la pièce numérique à la pièce justificative sur support papier et ce, dans le respect des conditions techniques figurant au cahier des charges publiés par le GIE SESAM-Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

Le centre de santé s'engage à effectuer l'opération de numérisation de la pièce justificative lors de la prise de contact avec son patient pour une transmission de ces pièces tant lors de la transmission d'une éventuelle demande d'accord préalable que lors de la facturation (par le biais d'une feuille de soins électronique).

Dans les situations où la pièce justificative aurait déjà été transmise lors d'une précédente facturation par voie électronique pour la même série d'actes, le centre de santé transmet alors les informations nécessaires à l'identification de la pièce justificative, l'ordonnance initiale en l'espèce, selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM VITALE ainsi que ses annexes fonctionnelles.

Dans le cadre d'une demande d'accord préalable antérieure, dans une première phase, le centre de santé transmet une nouvelle fois l'ordonnance numérisée. Dans une seconde phase dont le calendrier est précisé entre les parties, il ne transmet que les informations nécessaires à l'identification de l'ordonnance initiale.

L.V. LE  JPB  HC TF YU

## 2.4 - Du délai de transmission des pièces justificatives

Le centre de santé s'engage à procéder à la télétransmission des pièces justificatives numérisées après transmission du lot de facturation, que la facturation ait eu lieu en mode sécurisé ou en mode SESAM dégradé. Cette opération est effectuée automatiquement par son logiciel.

## 2.5 - De la facturation des actes en série

Les parties signataires conviennent qu'en cas de transmission d'une feuille de soins électronique correspondant à la facturation d'un acte en série, la transmission de la pièce justificative numérisée, soit l'ordonnance, ou des informations nécessaires à l'identification de la pièce justificative initiale, soit l'ordonnance initiale, est requise selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM VITALE ainsi que ses annexes fonctionnelles.

## 2.6 - Des cas d'échec de la transmission des pièces justificatives numérisées

### 2.6.1 - Des cas de dysfonctionnement

En cas d'impossibilité technique de numériser la pièce justificative de facturation, ou d'impossibilité technique de télétransmission ou d'absence de réception de l'accusé réception, lié à un échec de la télétransmission de la pièce justificative, le centre de santé met tout en œuvre pour y parvenir dans un délai de 5 jours à compter de la première tentative de numérisation. En cas de nouvel échec à l'issue du délai imparti, le centre de santé transmet la pièce justificative sous format papier (duplicata ou copie papier), sauf si l'ordonnance a déjà été transmise à la caisse de l'assuré à l'appui d'une demande d'accord préalable. Dans ce cas, aucune copie n'est exigée.

### 2.6.2 - De la non réception des pièces numérisées

A défaut de réception des pièces numérisées, l'organisme de prise en charge prend contact avec le centre de santé par tout moyen, afin de déterminer la cause de cette absence de réception.

Le centre de santé transmet à nouveau les pièces numériques qu'il a conservées, dans les conditions définies à l'article 2.6.1 de la présente annexe.

### 2.6.3 - De la vérification des pièces numérisées

La liste des anomalies rendant inexploitable les images numérisées est la suivante :

- Image numérisée trop blanche ;
- Image numérisée trop noire ;
- Problème de contraste rendant l'image numérisée illisible ;
- Ordonnance tronquée : une seule page numérisée pour une ordonnance de plusieurs pages ; décalage à la numérisation droite / gauche, bas / haut.

Il est entendu que ces anomalies potentielles sont inhérentes au processus de numérisation et par conséquent inexistantes dans le processus papier.

Par ailleurs, ne doivent pas être entendues comme motifs d'inexploitabilité les anomalies suivantes :

- date de soins erronée ou absente sur la feuille de soins ;
- falsification par le prescripteur ou l'assuré ;

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

- prescription médicale imprécise ;
- rajout, surcharge ou rature de la prescription médicale ;
- utilisation de prescription type pré-signée ;
- identification absente ;
- duplicata, feuille de soins ou volet de facturation absents ;
- prescription médicale absente.

Une période de vérification initiale des pièces numérisées est mise en place par l'organisme de prise en charge pendant un délai de 90 jours à compter de la réception des premières pièces justificatives numérisées. Pendant cette période, l'organisme de prise en charge signale au centre de santé les éventuelles anomalies constatées et l'aidera à procéder, le cas échéant, aux ajustements nécessaires.

Ultérieurement, si l'organisme de prise en charge observe une dégradation de la qualité de la numérisation des pièces justificatives, il se réserve la possibilité de renouveler ce contrôle sur une période maximum de 90 jours. Dans ce cadre, il en avise le centre de santé dans un délai minimum de 7 jours avant la mise en place du contrôle.

Le centre de santé s'engage à trouver des solutions techniques permettant de procéder au contrôle de la qualité des images numérisées en amont de leur transmission aux organismes de prise en charge.

### **2.7 - De la valeur probante des pièces justificatives numérisées**

Les parties signataires conviennent que la pièce numérique transmise par le centre de santé dans les conditions mentionnées à l'article 2 de la présente annexe, a la même valeur juridique et comptable que la pièce justificative sur support papier.

La copie numérique de l'ordonnance originale a la même valeur que lorsque l'apposition de la signature et des mentions obligatoires est réalisée sur le support papier.

L'inscription, par le centre de santé, de son identifiant, sur l'ordonnance vaut signature au sens de l'article R.161-45 du code de la sécurité sociale.

### **2.8 - De la conservation des preuves et de la protection des données**

Le centre de santé conserve les pièces numériques sur le support de son choix et dans les conditions permettant de les copier et les imprimer si nécessaire, et ce pendant quatre-vingt-dix (90) jours à compter du jour de la télétransmission.

En outre, durant les périodes de vérifications des pièces numérisées prévues à l'article 2.6.3 de la présente annexe, le centre de santé conserve également, sous forme papier, les copies d'ordonnances.

L'organisme de prise en charge conserve les pièces numériques pendant la durée légale de conservation des pièces justificatives, conformément à la réglementation en vigueur.

L'organisme de prise en charge et le centre de santé s'assurent respectivement que les pièces numériques qu'ils ont archivées ne sont accessibles qu'aux seuls utilisateurs habilités.

Les mesures de conservation ci-dessus décrites ne se substituent pas et ne sauraient éluder les autres obligations de droit commun qui pèsent habituellement sur le centre de santé ou sur les organismes de prise en charge au regard des textes qui leur sont applicables en matière de conservation d'éléments de preuve pour d'autres finalités.

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

Le centre de santé et l'organisme de prise en charge s'engagent à respecter les obligations imposées par la législation sur la protection des données à caractère personnel, notamment celles relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à celles relatives à l'accès aux documents administratifs et à celles relatives aux archives.

L.V. LE <sup>in</sup> JPBS of  HC TF YU

### Annexe 6 : Majorations d'actes spécifiques à la permanence des soins ambulatoires

Les majorations d'actes spécifiques applicables aux actes réalisés par les médecins salariés des centres de santé dans le cadre du dispositif régulé de permanence des soins ambulatoires prévues à l'article 33.1 du présent accord sont les suivantes :

	Visite à domicile	Consultation
Majoration spécifique de nuit 20 heures à 0 heures et de 6 heures à 8 heures.....	46,00 €	42,50 €
Majoration spécifique de milieu de nuit de 0 heure à 6 heures .....	59,50 €	51,50 €
Majoration spécifique de dimanche et jours fériés.....	30,00 €	26,50 €
Majoration spécifique de samedi, lundi veille de jour férié et vendredi lendemain de jour férié .....	30,00 €	26,50 €

Ces majorations spécifiques sont également applicables par le médecin salarié d'un centre de santé non inscrit au tableau de garde, qui intervient sur appel du médecin régulateur en remplacement du médecin de permanence indisponible.

Ces majorations spécifiques ne sont pas cumulables avec les majorations de nuit, de dimanche et jours fériés ni avec les majorations de déplacements, à l'exception des indemnités horokilométriques (IK) de l'article 13 (C) des conditions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.

Elles ne sont pas cumulables avec les rémunérations forfaitaires de régulation, définies réglementairement, dans la même plage horaire.

Les interventions réalisées en dehors de ce cadre par le centre de santé donnent lieu à l'application et à la prise en charge par l'assurance maladie des majorations en vigueur, aux conditions habituelles.

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

### Annexe 7 : Majorations spécifiques dans le cadre de la permanence des soins dentaires

Lorsque le chirurgien-dentiste salarié d'un centre de santé, ou un centre de santé, inscrit sur le tableau de garde et inscrit auprès du conseil départemental de l'Ordre intervient à la demande du professionnel de santé chargé de la régulation, le chirurgien-dentiste salarié bénéficie pour les actes cliniques et techniques pratiqués dans le cadre de la permanence des soins dentaires, d'une majoration forfaitaire spécifique par patient dénommée « MCD ».

Celle-ci est valorisée comme suit :

	Tarif
Majoration spécifique de permanence des soins pour les actes cliniques et techniques (MCD)	30 €

Cette majoration spécifique est également applicable par le chirurgien-dentiste salarié d'un centre de santé non inscrit au tableau de garde, qui intervient sur appel du régulateur en remplacement du chirurgien-dentiste de permanence indisponible.

Les majorations de nuit, de dimanche et jours fériés, définies dans l'annexe tarifaire de la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux, ne sont pas cumulables avec la majoration MCD.

Les interventions réalisées en dehors de ce cadre par le chirurgien-dentiste salarié d'un centre de santé, ou un centre de santé, donnent lieu à l'application et à la prise en charge par l'assurance maladie des majorations en vigueur, aux conditions habituelles.

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

## Annexe 8 : Dispositif de prévention bucco-dentaire

L'objectif est de renforcer dès le plus jeune âge, celui au cours duquel s'acquièrent les « bons gestes ». Les examens de prévention sont annualisés et revalorisés. Il est aussi question de mieux valoriser et de permettre l'accès aux soins conservateurs pour cette jeune génération afin de leur éviter ensuite le recours aux actes prothétiques et implantaires tout au long de leur vie d'adultes. C'est par l'action combinée de la prévention et d'une meilleure valorisation des actes conservateurs que l'émergence de « générations sans carie » pourra se concrétiser.

Cet objectif majeur de santé publique dentaire sera soutenu et accompagné dans la durée par la mise en place de campagnes de sensibilisation de ces publics à la santé orale et à la réalisation annuelle de l'EBD.

Le dispositif de prévention « générations sans carie » s'articule autour :

- d'un examen bucco-dentaire annualisé M'T dents tous les ans de 3 à 24 ans inclus ;
- d'une majoration des soins conservateurs et d'une prise en charge de l'application de vernis fluoré de 1 à 25 ans en 2025. Ces dispositions, chaque année jusqu'en 2028, verront la limite d'âge supérieure augmenter pour intégrer, à partir du 1er janvier 2026, les patients âgés de 1 à 26 ans, à partir du 1er janvier 2027, les patients âgés de 1 à 27 ans et enfin du 1er janvier 2028, les patients âgés de 1 à 28 ans ;
- d'un examen bucco-dentaire pour la femme enceinte.

### Prévention bucco-dentaire pour les enfants, adolescents et jeunes adultes

Conformément aux dispositions de l'article 34.4 sur la prévention bucco-dentaire du présent accord, les modalités de participation des centres de santé au dispositif sont définies dans les conditions suivantes.

#### Article 1<sup>er</sup> Parties concernées

##### 1.1. Les bénéficiaires

Le dispositif de prévention M'T dents tous les ans s'adresse :

- aux enfants, adolescents et jeunes âgés de 3 à 24 ans, tous les ans
- ayant droit ou assurés sociaux et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'Assurance Maladie.

##### 1.2. Les chirurgiens-dentistes et médecins salariés des centres de santé

Les chirurgiens-dentistes et médecins salariés des centres de santé relevant des dispositions du présent accord participent à l'action de prévention.

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

## Article 2 Contenu du dispositif

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2025, les jeunes de 3 à 24 ans inclus bénéficient chaque année d'un examen de prévention et des soins nécessaires.

### 2.1. Le contenu de l'examen de prévention

Cet examen comprend obligatoirement :

- Une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés (suction du pouce, consommation d'aliments sucrés et/ou acides, grignotage, absence de brossage, tabac, autres addictions, etc.) ;
- Un examen bucco-dentaire (dents et parodonte) ;
- Des conseils d'éducation sanitaires : brossage (méthode, fréquence, fluor), alimentation, protection en cas de pratique sportive, vaccination HPV ;
- L'établissement d'un éventuel plan de traitement ou programme de soins.

Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés par le chirurgien-dentiste lors de la consultation de prévention, et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils. Ces informations et conseils sont adaptés à l'âge des patients.

L'examen est complété, si nécessaire, par des radiographies intrabuccales ou par une radiographie panoramique dentaire.

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

L'examen bucco-dentaire peut être associé à la réalisation d'un acte complémentaire (annexe 9). De manière dérogatoire, si cet acte est un acte de détartrage et polissage des dents (HBJD001), le professionnel peut également réaliser en sus et si nécessaire un acte d'application de vernis fluoré sur les deux arcades dentaires (HBLD045).

### 2.2 Les soins complémentaires et consécutifs à l'examen de prévention

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

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

Les soins consécutifs et complémentaires sont définis à l'annexe 9 du présent accord.

Les patients bénéficient d'une dispense d'avance de frais lorsque ces soins sont réalisés dans un délai de 6 mois suivants la date de l'examen de prévention bucco-dentaire et en conséquence, le centre de santé bénéficie d'une garantie de paiement.

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

Les traitements orthodontiques, prothétiques et les inlay onlay sont exclus de ce dispositif.

### 2.3. Les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention

Afin d'assurer le recours annuel aux examens bucco-dentaires, aux soins complémentaires et aux soins consécutifs, une solution permettant de garantir une dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires, une absence de reste à charge, pour les bénéficiaires et une garantie de paiement pour les centres de santé a été mise en place.

Les tarifs pratiqués dans ce cadre ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

Depuis 1er avril 2025, la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est fixée à hauteur de 40 euros (BDC). Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales, quelle que soit la technique utilisée. Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 52 euros (BR2) ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 64 euros (BR4) ;
- Examen avec réalisation d'une radio panoramique : 64 euros (BRP).

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap, le chirurgien-dentiste peut facturer un supplément de 23 euros cumulable (BDH) à la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire associé ou non à la réalisation des radiographies. La grille d'éligibilité à ce supplément définie en annexe 17 doit obligatoirement être complétée par le praticien à la fin de chaque séance et pourra être remise au service médical de la caisse primaire à sa demande en cas de contrôle.

La facturation d'un examen de prévention bucco-dentaire avec ou sans radiographie est conditionnée à la saisie par le chirurgien-dentiste des résultats de cet examen dans le téléservice (dans amelipro ou dans le logiciel du centre) au plus tard au 30 juin 2025.

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

### Article 3

#### *Modalités pratiques*

Chaque année, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2025, l'assuré ou l'ayant droit reçoit de la caisse d'assurance maladie dont il relève une invitation par courrier papier ou par voie dématérialisée en fonction de son âge l'incitant à réaliser l'examen bucco-dentaire annuel.

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

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

L.V. LE  JPB  HC TF YU

Article 4  
*Les soins conservateurs*

Dans le cadre du dispositif évolutif « génération sans carie », les soins conservateurs réalisés auprès de la cohorte « génération sans carie » définie en introduction de la présente annexe sont majorés.

Pour ce faire, un modificateur (code 9) est appliqué aux tarifs de remboursement de ces actes pour les majorer de 30 %.

La liste des actes associables au modificateur 9 figure dans l'annexe 9 bis.

Les actes du bilan parodontal et du détartrage surfaçage radiculaire (DSR), ainsi que les actes de parodontie indiqués, seront pris en charge pour les patients ayant bénéficié du dispositif « génération sans carie » lorsque ces soins deviendront nécessaires à partir d'un âge que les partenaires conventionnels définiront ultérieurement au regard des recommandations scientifiques.

Article 5  
*Le suivi médico-économique du principe d'une génération sans carie*

La méthode utilisée et les critères retenus pour l'évaluation seront déterminés, en conformité avec le dispositif prévu pour les chirurgiens-dentistes libéraux. Les données saisies dans les centres de santé seront pris en compte dans ce suivi.

Ces indicateurs seront notamment :

- un indicateur médical de suivi : l'indice carieux de cette population ;
- un indicateur économique de suivi : l'évolution des dépenses de soins de prévention et des soins conservateurs de cette population, par cotation et par tranche d'âge ;
- un indicateur social de suivi : l'évolution du recours aux soins et à l'EBD de cette population, par tranche d'âge et par cible.

Cette évaluation s'appuie sur les données saisies par les chirurgiens-dentistes lors de la réalisation de l'EBD dans le téléservice dédié (dans amelipro ou dans le logiciel dentaire du centre de santé).

Article 6  
*Engagements du centre de santé*

Le centre de santé s'engage à :

- permettre au patient d'accéder à l'ensemble des avantages prévus dans le dispositif « génération sans carie » ;

L.V. LE  JPB  HC TF YU

- 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 :
  - o conservant dans le dossier médical du patient les « renseignements médicaux » relatifs à l'examen de prévention et au programme de soins éventuels ;
  - o déclarant ces « renseignements médicaux » sur Mon espace santé ;
  - o transmettant ces renseignements au service médical à sa demande ;
  - o répondant à toute enquête ou recueil d'informations réalisé selon les modalités définies entre les parties signataires et conformément aux modalités de suivi indiquées ci-après ;
- participer s'il le souhaite à la campagne de prévention bucco-dentaire et aux actions en faveur de la santé bucco-dentaire des enfants scolarisés dans les réseaux d'éducation prioritaires (REP et REP+).

### Prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes

#### Article 1<sup>er</sup>

##### *Les parties concernées*

##### 1.1. Les bénéficiaires

Les femmes enceintes ayant droit ou assurées sociales et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie obligatoire au jour de l'examen bénéficient de l'examen bucco-dentaire revalorisé aux conditions de financement et rémunération décrites ci-dessous à compter du 4<sup>e</sup> mois de grossesse et jusqu'au 6<sup>e</sup> mois inclus après l'accouchement .

##### 1.2. Les chirurgiens-dentistes et médecins salariés des centres de santé

Les chirurgiens-dentistes et médecins salariés des centres de santé relevant des dispositions du présent accord participent à cette action de prévention.

#### 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 4<sup>ème</sup> mois de grossesse, jusqu'au 6<sup>e</sup> mois inclus après l'accouchement

##### 2.1. Le contenu de l'examen de prévention

Cet examen comprend obligatoirement :

- Une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés (consommation d'aliments sucrés et/ou acide, grignotage, absence de brossage, tabac, autres addictions...);

L.V. LE  JPB   HC TF YU

- Un examen bucco-dentaire (dents et parodonte, éventuelle gingivite) ;
- Des conseils d'éducation sanitaires : brossage (méthode, fréquence, fluor), alimentation, tabac, alcool, etc. dont les messages à délivrer sont adaptés à la femme enceinte ;
- Une information sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance : mesures d'hygiène nécessaires dès l'éruption des premières dents de l'enfant afin de sensibiliser la future mère bénéficiant du dispositif ;
- L'établissement d'un éventuel plan de traitement ou programme de soins.

Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés oralement par le chirurgien-dentiste lors de la consultation de prévention, et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils.

L'examen est complété, si elles sont médicalement indispensables, par des radiographies intrabuccales ou par une radiographie panoramique dentaire.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser, celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

## 2.2. Les tarifs d'honoraires de l'examen de prévention

Les tarifs pratiqués dans ce cadre ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2025, la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est fixée à hauteur de 40 euros (BDC). Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales, quelle que soit la technique utilisée. Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 52 euros (BR2) ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 64 euros (BR4) ;
- Examen avec réalisation d'une radio panoramique : 64 euros (BRP).

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap, le centre de santé peut facturer un supplément de 23 euros cumulable à la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire associé ou non à la réalisation des radiographies. La grille d'éligibilité à ce supplément définie en annexe 17 doit obligatoirement être complétée par le praticien à la fin de chaque séance et pourra être remise au service médical de la caisse primaire à sa demande en cas de contrôle.

Le centre de santé ne peut facturer qu'un seul examen bucco-dentaire (EBD) par patiente durant sa maternité.

### Article 3

#### *Mise en œuvre du dispositif*

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

L.V. LE  JPB  HC TF YU

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

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

La facturation de l'EBD de la femme enceinte avec ou sans radiographie est conditionnée à la saisie par le chirurgien-dentiste des résultats de cet examen dans le téléservice (dans amelipro ou dans le logiciel du centre) au plus tard au 30 juin 2025.

**Annexe 9 : Liste des soins complémentaires et consécutifs pris en charge au titre du dispositif d'examen bucco-dentaire**

<b>Chapitre et Codes</b>	<b>Libellés</b>
<b>07.01.04.01</b>	<b>Radiographie de la bouche</b>
HBQK389	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües
HBQK191	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 2 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK331	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 3 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK443	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 4 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK428	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 5 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK480	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 6 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK430	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 7 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK142	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 8 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK046	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 9 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK065	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 10 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK424	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 11 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK476	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 12 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK093	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 13 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK041	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 14 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK002	Radiographie panoramique dentomaxillaire
HBQK001	Radiographie pelvibuccale [occlusale]
<b>07.02.02.03</b>	<b>Réimplantation de dent et autogreffe de germe</b>
HBED022	Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement
<b>07.02.02.04</b>	<b>Prophylaxie buccodentaire</b>
HBLD045	Application de vernis fluoré sur les 2 arcades dentaires
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent
HBBD006	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents
HBBD007	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents
HBBD004	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents
HBBD039	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents
HBBD404	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents
HBBD098	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents

L.V. LE  JPB   HC TF YU

Chapitre et Codes	Libellés
HBBD427	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents
HBJD001	Détartrage et polissage des dents
HBFD010	Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage
<b>07.02.02.05</b>	<b>Restauration des tissus durs de la dent</b>
HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux
HBMD460	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD050	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD054	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD044	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD047	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD053	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD038	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD042	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire
<b>07.02.02.06</b>	<b>Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent</b>
HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire
HBFD017	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD019	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente
HBFD015	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD474	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire
HBFD458	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature
HBFD395	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature
HBFD326	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature
HBFD001	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD297	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire
HBFD003	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD024	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente

Chapitre et Codes	Libellés
<b>07.02.02.08</b>	<b>Autres actes thérapeutiques sur la racine de la dent</b>
HBBD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification
HBBD234	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD001	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification
<b>07.02.02.10</b>	<b>Avulsion de dents temporaires</b>
HBGD035	Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade
HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade
HBGD309	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade
HBGD284	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade
HBGD065	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade
HBGD462	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade
HBGD464	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade
HBGD263	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade
HBGD280	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade
HBGD093	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade
HBGD362	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade
HBGD054	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade
HBGD111	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade
HBGD174	Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade
HBGD057	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade
HBGD133	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade
HBGD123	Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade
HBGD468	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade
HBGD282	Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade
HBGD201	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade
HBGD042	Avulsion d'1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse
HBGD026	Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses
<b>07.02.02.11</b>	<b>Avulsion de dents permanentes</b>
HBGD036	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD043	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD319	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD489	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD497	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD106	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD076	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD422	Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD420	Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD064	Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD356	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD146	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD382	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD247	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD197	Avulsion de 15 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD333	Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD261	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD499	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD461	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD278	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD258	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD311	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD235	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD374	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD475	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD285	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD338	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD193	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD345	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD414	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD245	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD283	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD022	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie
HBGD034	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD287	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD078	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD060	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD312	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD142	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD231	Avulsion de 8 dents à 10 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD349	Avulsion de 11 dents à 13 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD067	Avulsion de 14 dents à 16 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD418	Avulsion de 17 dents à 19 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD441	Avulsion de 20 dents à 22 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD105	Avulsion de 23 dents à 25 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD191	Avulsion de 26 dents à 28 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD262	Avulsion de 29 dents à 32 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD031	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines
HBGD032	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD415	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD169	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
<b>07.02.02.12</b>	<b>Autres avulsions de dents ou racines</b>
HBGD039	Avulsion d'1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD002	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD453	Avulsion de 3 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD218	Avulsion de 4 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD480	Avulsion de 5 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD206	Avulsion de 6 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD396	Avulsion de 7 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD113	Avulsion de 8 dents à 10 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD438	Avulsion de 11 dents à 13 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD122	Avulsion de 14 dents à 16 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD028	Avulsion d'une incisive permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD126	Avulsion de 2 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD062	Avulsion de 3 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD430	Avulsion de 4 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD372	Avulsion de 5 à 6 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD148	Avulsion de 7 à 8 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD014	Avulsion d'une canine permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD015	Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD145	Avulsion de 3 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD416	Avulsion de 4 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD459	Avulsion d'une prémolaire retenue ou à l'état de germe
HBGD386	Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD279	Avulsion de 3 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD199	Avulsion de 4 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD385	Avulsion de 5 à 6 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD359	Avulsion de 7 à 8 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD047	Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD492	Avulsion de 2 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD316	Avulsion de 3 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD117	Avulsion de 4 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD181	Avulsion de 5 à 6 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD210	Avulsion de 7 à 8 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD018	Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe
HBGD004	Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe
HBGD025	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD021	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe

<b>Chapitre et Codes</b>	<b>Libellés</b>
HBGD044	Avulsion d'une dent à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD322	Avulsion de 2 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD160	Avulsion de 3 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD403	Avulsion de 4 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD300	Avulsion d'une dent en désinclusion avec couronne sous muqueuse en position palatine ou linguale
HBGD358	Avulsion de 2 dents en désinclusion avec couronnes sous muqueuses en position palatine et/ou linguale
HBGD003	Avulsion d'un odontoïde inclus ou d'une dent surnuméraire à l'état de germe
HBGD402	Avulsion de 2 odontoïdes inclus ou de 2 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD281	Avulsion de 3 odontoïdes inclus ou de 3 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD171	Avulsion de 4 odontoïdes inclus ou de 4 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD016	Avulsion d'une racine incluse
HBGD466	Avulsion de 2 racines incluses
HBGD299	Avulsion de 3 racines incluses
HBGD102	Avulsion de 4 racines incluses
HBGD159	Avulsion de 5 racines incluses
HBGD465	Avulsion de 6 racines incluses
HBGD017	Avulsion d'une dent ectopique
HBGD190	Avulsion de 2 dents ectopiques
HBGD397	Avulsion de 3 dents ectopiques
HBGD080	Avulsion de 4 dents ectopiques
<b>07.02.05.01</b>	<b>Curetage périapical dentaire</b>
HBGB005	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée
HBGB003	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine
HBGB002	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire
HBGB004	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire
<b>07.02.05.02</b>	<b>Actes thérapeutiques sur le parodonte par soustraction</b>
HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents
<b>18.02.07.01</b>	<b>Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif</b>
HBQK040	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK303	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK061	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües, perinterventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique

**Annexe 9 bis : Liste des actes ouverts au modificateur 9 au profit de la génération sans carie**

Codes CCAM	Libellés
HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire
HBFD001	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD003	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD024	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente
HBFD297	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD015	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD017	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD019	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire
HBFD474	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire
HBFD326	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire
HBBD001	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification
HBBD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification
HBBD234	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature
HBFD395	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature
HBFD458	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature
HBFD010	Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct
HBMD042	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire
HBMD038	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD044	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD047	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD050	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD053	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD054	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

L.V. LE  $\frac{1}{2}$  JP PS of  $\Phi$   $\approx$  HC TF YL

**Annexe 10 : DEVIS TYPE POUR LE TRAITEMENT ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE**

DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE

Page 1/x

Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité. Ce devis est informatif, les montants des honoraires et prises en charge sont définis selon les droits effectifs à la date de réalisation de l'acte. Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis.

<p><b>Identification du chirurgien-dentiste traitant</b></p> <p>Nom Prénom : .....</p> <p>Identifiant du praticien RPPS [ ] N° Adeli [ ] ou N° de l'établissement (FINESS) : [ ]</p> <p>Raison sociale et adresse : .....</p>	<p><b>Identification du patient</b></p> <p>Nom et prénom : ..... Date de naissance : --/--/----</p> <p>N° de Sécurité sociale du patient : .....</p> <div style="background-color: #e6e6fa; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><i>A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel reste à charge selon son contrat :</i></p> <p>Nom de l'organisme complémentaire : .....</p> <p>N° de contrat ou d'adhérent : .....</p> <p>Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) : .....</p> </div>
<p>Date du devis : --/--/----</p> <p>Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : --/--/----</p> <p>Ce devis contient ... pages indissociables</p> <p>Description du traitement proposé :</p>	

**Lieu de fabrication du dispositif médical :**  au sein de l'Union Européenne  hors Union Européenne

sans sous-traitance du fabricant  avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée :  au sein de l'Union Européenne  hors Union Européenne

A l'issue du traitement, il vous sera remis une fiche de traçabilité et la déclaration de conformité du dispositif médical (document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

**Légende explicative du devis:**

- HN = Hors Nomenclature.

** Matériaux et normes	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	2	Alliage non précieux ISO 22674 2016	3	<del>Céramo-céramique</del> NF EN ISO 9693 2016
	4	Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	5	Polymères de base NF EN ISO 20795:1:2013	6	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017

  

*** Paniers	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
	Paniers	1	100% Santé	soumis à honoraires limites de facturation
2		Modéré	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient
3		Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Panier CSS	4	CSS	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

\*\*\* Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoire sont informatifs, la prise en charge définitive est définie à la date de réalisation de l'acte.

LV. LE JP PS ef HC TF YU



### Notice explicative

Ce devis s'applique à tout traitement, pour lequel un dispositif médical sur mesure est nécessaire (prothèse dentaire essentiellement). Le chirurgien-dentiste vous précise la date du devis et la date de fin de validité de ce devis.

Votre chirurgien-dentiste vous informe des différentes possibilités de traitement qui vous sont offertes et peut vous proposer plusieurs devis le cas échéant.

Si vous désirez transmettre ce devis à votre organisme complémentaire pour connaître votre reste à charge, vous pouvez renseigner le pavé correspondant.

Dans ce devis, le chirurgien-dentiste décrit le traitement qu'il vous propose ainsi que les différents matériaux utilisés. Il vous précise la nature de l'acte conformément à la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM) ou pour les actes d'orthodontie, à la Nomenclature Générale des Actes et Prestations (NGAP). Lorsqu'un acte est non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire, le chirurgien-dentiste indique dans la colonne Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire la mention « NR » (Non remboursable). Par ailleurs, quand l'acte n'est pas décrit à la CCAM ou à la NGAP, le chirurgien-dentiste indique la mention « HN » (Hors nomenclature).

Lorsque le chirurgien-dentiste vous propose un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention de la complémentaire), il doit mentionner dans la partie « information alternative thérapeutique » du devis les actes sans reste à charge (panier 100% santé) ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé constituant une alternative thérapeutique chaque fois qu'elle existe et si elle est ou non réalisée par le praticien

Le chirurgien-dentiste doit indiquer le lieu de fabrication du dispositif médical (exemple : couronne), qui peut être :

- au sein de l'Union européenne (UE),
- hors de l'Union européenne.

En cas de sous-traitance de la fabrication du dispositif par le fournisseur, le chirurgien-dentiste en précise le lieu.

Une déclaration de conformité du dispositif médical, garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, vous sera remise par votre chirurgien-dentiste en fin de traitement. »

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

**Annexe 11 : Formulaire d'adhésion à transmettre à la caisse primaire de son ressort géographique par le centre de santé lors de sa création ou de la modification de sa spécialité**

*Ce document est à remplir par le centre de santé qui le transmet, en double exemplaire, à la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'implantation qui lui en retourne un exemplaire.*

Date de mise à jour en cas de modification de la spécialité (article 11 de l'accord) : .....

Identification du centre de santé
-----------------------------------

Nom et prénom du représentant légal du centre de santé : .....

Numéro d'identification du centre de santé délivré par l'ARS :

- n° FINESS géographique : .....
- n° FINESS juridique : .....

Date d'autorisation d'exercice délivrée par l'ARS (date d'attribution du numéro d'identification) : .....

Date de délivrance de l'agrément par l'ARS pour les centres de santé avec activités dentaires, ophtalmologiques et/ou orthoptiques :

- Agrément provisoire – date :
- Agrément définitif – date :

Adresse du lieu d'implantation principal du centre de santé (entité juridique) : .....

Spécialité du centre de santé (cocher la case correspondante)
---

- centre de santé polyvalent
- centre de santé médical
- centre de santé infirmier
- centre de santé dentaire

Je soussigné(e), ..... atteste de l'exactitude des informations renseignées ci-dessus et m'engage à respecter toutes les dispositions de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie.

Fait à .....

Signature

Le .....

Cachet du centre de santé

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

**Accusé de réception de la caisse primaire**

Enregistrement le :

Numéro d'identification du centre de santé (N° FINESS)

Non enregistrement

Motif(s) :

Cachet de la caisse primaire

Date ..... »

L.V. LE <sup>hu</sup> JPBS ej  HC TF YU

## Annexe 12 : Règlement intérieur des commissions paritaires

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables à la commission paritaire nationale, et aux commissions paritaires régionales et départementales visées au titre 6 du présent accord.

### Article 1<sup>er</sup>

#### Organisation des réunions des commissions

Les convocations sont adressées, par mail, par le secrétariat aux membres de la commission au moins quinze jours avant la date de la réunion, sauf urgence acceptée par le président et le vice-président, accompagnées de l'ordre du jour établi après accord de ces derniers et des documents utiles, le cas échéant, à l'examen des sujets qui y sont inscrits.

Chaque caisse ou organisation représentative peut convier en séance des conseillers techniques. Le nombre de ces conseillers est limité à quatre par section.

Chaque caisse ou organisation représentative peut convier en séance des experts au nombre maximal de deux. Les membres de la commission sont informés, au moins quinze jours avant la date de la séance, de la qualité des personnes concernées et des sujets de l'ordre du jour sur lesquels leur compétence est requise. En séance, ces experts n'interviennent que sur ces sujets.

Lorsque la commission se réunit pour instruire une procédure de sanction conventionnelle à l'encontre d'un centre de santé, les conseillers techniques et les experts ne sont pas habilités à assister aux délibérations de la commission.

Lorsque la commission se réunit pour une procédure conventionnelle à l'encontre de l'un des membres de la section professionnelle, celui-ci ne peut siéger lors de l'examen de son dossier.

### Article 2

#### Composition des commissions paritaires

Au sein des commissions paritaires nationales, régionales et départementales, les sièges de la section sociale sont répartis de la façon suivante :

- 7 représentants pour le régime général : 5 administratifs, 1 conseiller, 1 praticien conseil,
- 2 représentants pour le régime agricole.

Concernant la section professionnelle, la répartition des sièges est laissée à l'appréciation des représentants des centres de santé.

En cas de difficultés pour composer la section professionnelle, les représentants des centres de santé s'accordent pour s'attribuer le nombre de voix nécessaire de telle sorte que leur représentation puisse être assurée.

Afin de pallier le manque de représentants régionaux de la section professionnelle dans les DROM, il est possible à titre exceptionnel, et temporairement, que les représentants signataires de l'accord au niveau national procèdent à la désignation d'un ou plusieurs de leurs membres, pour siéger, le cas échéant, à distance par visioconférence, à la commission paritaire régionale dans les DROM et ainsi

L.V. LE  JP B    HC TF YU

permettre son installation. Cette désignation est temporaire et strictement limitée à la tenue de la commission paritaire régionale dans les DROM.

### Article 3

#### **Présidence des sections et des commissions**

Lors de la première réunion de la commission, la section professionnelle et la section sociale élisent chacune un président parmi leurs membres, par période d'une année en référence à l'année civile. Le président de la section professionnelle et celui de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'un an en référence à l'année civile, la présidence et la vice-présidence de la commission.

### Article 5

#### **Délibérations**

La commission ne peut délibérer valablement que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée.

Le quorum correspond à un nombre de membres présents au moins égal à la moitié du nombre des membres composant chacune des sections. Lorsque le nombre de sièges est impair, le quorum est atteint lorsque sont présents, dans chacune des sections, la moitié du nombre de membres par section arrondie à l'unité supérieure.

En cas d'impossibilité de siéger, les membres de la commission se font représenter par leurs suppléants ou donnent délégation de vote à un autre membre de la même section, auquel cas aucun membre ne peut recevoir plus de deux délégations.

Lorsque le quorum n'est pas atteint ou que la parité n'est pas respectée, une nouvelle réunion est convoquée dans un délai d'un mois. La commission délibère alors valablement quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve cependant que la parité entre les deux sections soit respectée. Dans le cas où la parité n'est pas respectée, un constat de carence est établi.

Pour les sujets de l'ordre du jour requérant un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées.

En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. Le vote s'établit alors à bulletin secret. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs, nuls ou des abstentions.

En cas de partage des voix portant sur un avis requis en matière de sanction conventionnelle, l'absence d'accord est actée dans le procès-verbal.

Le secrétariat de la commission est chargé de transmettre au président de chaque section un relevé de décision de chaque réunion de la commission, par mail, dans les trente jours suivant la date de réunion de celle-ci. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section dans un délai de trente jours à compter de sa date de transmission. Il est ensuite adressé à chaque membre de la commission. Ces délais ne sont pas applicables lorsque sont mises en œuvre les procédures conventionnelles.

L.V. LE  JP B    HC TF YL

Les membres de la commission sont soumis à l'obligation de secret dans les conditions prévues par le code pénal.

## Article 6

### Situation de carence de la commission

Les parties signataires reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

- défaut de constitution de l'une ou de l'autre des sections dans le délai imparti ;
- défaut de quorum au sein de la commission ;
- impossibilité pour le président et le vice-président de la commission soit de fixer une date, soit d'arrêter un ordre du jour en commun malgré deux tentatives successives.

Dans le premier cas, la section constituée constate la carence et assure seule les missions de la commission.

Dans les deux autres cas, la section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat de carence, le secrétariat de la CPR ou CPD saisit la CPN qui prend les décisions de nature à mettre un terme à la situation de carence.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat de carence dressé pour la CPN, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce qu'il soit remédié à cette situation.

Lorsque la situation de carence est constatée dans ces deux cas pour la CPN, la section à l'origine de la situation de carence, est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation. Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce qu'il soit remédié à cette situation.

## Article 7

### Indemnisation des membres de la section professionnelle des instances

Les représentants des organisations signataires membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité de vacation égale à 120 euros par réunion et une indemnité de déplacement. L'indemnité de déplacement est fixée, lors de la première réunion de la CPN conformément aux modalités prévues pour les conseillers des caisses. Les mêmes dispositions s'appliquent aux représentants des centres de santé qui participent au CTPPN et aux groupes de travail créés par les instances conventionnelles.

## Article 8

### Commissions électroniques et par visio-conférence

A titre exceptionnel, pour tenir compte des difficultés d'organisation rencontrées (éloignement des représentants de la section professionnelle du lieu d'implantation de l'instance paritaire par exemple), les membres de la commission peuvent décider, après accord du président et du vice-président, de se réunir par visio-conférence ou de solliciter l'avis de la commission par courriel.

L.V. LE  JPB    HC TF YL

La Commission peut alors se réunir et délibérer par voie électronique ou par visio conférence, avec l'accord de son président et de son vice-président, sous réserve de la conservation des échanges et des décisions prises.

Il est également possible de valider, par voie électronique ou par visio conférence, le compte-rendu des réunions et d'arrêter par ce biais l'ordre du jour des réunions d'instances paritaires conventionnelles, sous réserve de la conservation des échanges.

En cas de visio-conférence, le secrétariat de l'instance conventionnelle envoie un message aux participants pour indiquer la tenue de cette délibération par visio conférence, la date et l'heure de son début ainsi que de la date et de l'heure à laquelle interviendra au plus tôt sa clôture, au moins 15 jours à l'avance.

La commission tenue par visio conférence ou par voie électronique et les décisions prises dans ce cadre sont valides à la condition que l'ensemble des participants disposent des moyens techniques permettant leur participation effective pendant la durée de la délibération.

L.V. LE  JPBS   HC TF YU

### **Annexe 13 - Contrat type d'aide conventionnelle au démarrage de l'activité salariée d'infirmière en pratique avancée**

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1,

Vu l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie signé le XX/XX/XXXX, approuvé par l'arrêté du XX/XX/XXXX paru au Journal officiel du XX/XX/XXXX,

Il est conclu un contrat d'aide conventionnelle au démarrage de l'activité salariée d'infirmière en pratique avancée, entre :

D'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département

Adresse

représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

Et, d'autre part, le centre de santé:

Nom, prénom du représentant légal du centre :

Numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

Les partenaires conventionnels souhaitent encourager l'intégration des infirmiers en pratique avancée au sein des centres de santé et ainsi participer au déploiement de ce métier. Il est donc proposé de soutenir l'embauche d'infirmier salarié exerçant une activité en pratique avancée par une aide conventionnelle pour les premières années de démarrage de cette activité.

#### **Article 1. Champ du contrat**

##### **Article 1.1. Objet du contrat**

Ce contrat vise à favoriser l'embauche d'infirmier salarié exerçant une activité en pratique avancée, telle que définie à l'article 30.1 de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, par la mise en place d'une aide forfaitaire versée à compter de la signature du présent contrat telle que décrite à l'article 2.2 du présent contrat.

##### **Article 1.2. Bénéficiaires du contrat**

Le présent contrat est réservé aux centres de santé polyvalents, médicaux et infirmiers adhérents à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, dès lors qu'ils salarient un ou plusieurs infirmier(s) exerçant une activité en pratique avancée (a minima 0,5 ETP).

Le centre de santé ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide conventionnelle au démarrage de l'activité salariée d'infirmier en pratique avancée.

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

Le centre de santé peut cumuler l'aide au démarrage IPA avec l'aide à la formation IPA décrite à l'annexe 14 du présent accord.

## Article 2. Engagements

### Article 2.1. Engagements du centre de santé

Le centre de santé signataire s'engage à :

- à recruter, dès la signature du présent contrat, [XX] infirmier exerçant une activité en pratique avancée correspondant à [XX] ETP, conformément aux dispositions prévues par l'article 30.1 de l'accord national. Afin de justifier de cet engagement, le centre de santé devra fournir le contrat ou un extrait du contrat de travail de l'infirmier dans un délai d'un mois après l'embauche de ce dernier ;
  - à remplir l'exigence d'atteinte des prérequis des indicateurs de la rémunération tels que définis à l'article 18 et suivants de l'accord national ;
  - avoir assuré le suivi d'un minimum de 30 patients par ETP d'IPA salarié la première année d'exercice et de 60 patients par ETP d'IPA salarié la seconde année d'exercice;
  - atteindre une part d'actes spécifiques IPA sur l'activité globale des infirmiers en pratique avancée (spécialité 86) d'au moins 25% la 1<sup>ère</sup> année d'activité, 50% la 2<sup>ème</sup> année d'exercice et 85% la 3<sup>ème</sup> année d'exercice.

### Article 2.2. Engagements de l'Assurance Maladie

**Option 1 :** La structure adhérente installée en zone sous-dense médicale qualifiée de « Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) » telle que définie en application du 1<sup>o</sup> de l'article L. 4134-4 du code de la santé publique, bénéficie d'une aide d'un montant de 40 000 euros pour 1 ETP d'IPA salarié.

Cette aide est versée sur deux ans, non renouvelables, de la manière suivante :

- 30 000 euros pour un ETP d'IPA salarié dans le mois suivant la signature du contrat ;
- 10 000 euros pour un ETP d'IPA salarié la deuxième année avant la fin du 1<sup>er</sup> semestre de l'année suivante.

**Option 2 :** La structure adhérente installée en dehors d'une zone sous-dense médicale bénéficie d'une aide d'un montant de 27 000€ pour 1 ETP d'IPA salarié.

Cette aide est versée sur deux ans, non renouvelables, de la manière suivante :

- 20 000 euros pour un ETP d'IPA salarié dans le mois suivant la signature du contrat ;
- 7 000 euros pour un ETP d'IPA salarié la deuxième année avant la fin du 1<sup>er</sup> semestre de l'année suivante.

Tout nouvel ETP salarié sur la dernière année du contrat ne bénéficiera que du montant au titre de la 1<sup>ère</sup> année.

Le montant total de l'aide et les seuils sont proratisés en fonction du nombre d'ETP salarié dans la structure salariant pour un minimum de 0,5 ETP.

L'assurance maladie peut procéder à la récupération des sommes indument versées si le centre de santé quitte la zone avant la fin des quatre ans ou si l'activité minimale en tant qu'IPA ou la part d'activité en tant qu'IPA détaillée à l'article 2.1 du présent contrat n'est pas atteinte.

Lorsque la part d'activité minimale au titre de la 3<sup>ème</sup> année d'exercice n'est pas atteinte, les aides versées sont récupérées à due concurrence de l'écart à la cible.

L.V. LE  JP B  G HC TF YU

### Article 3. Modalités et durée d'adhésion au contrat

Le centre de santé prend contact auprès de la caisse de rattachement pour formaliser l'adhésion par la signature du présent contrat.

Le présent contrat est conclu pour une durée de quatre ans à compter de sa signature, sans possibilité de renouvellement.

### Article 4. Modalités de résiliation du contrat

#### Article 4.1 La résiliation à l'initiative du centre de santé

Le centre de santé signataire du présent contrat a la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'Assurance Maladie signataire dudit contrat.

Cette résiliation est effective un mois après réception de la lettre de résiliation.

#### Article 4.2. La résiliation par la caisse d'Assurance Maladie

En cas d'absence de respect par le centre de santé de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

Cette résiliation est effective un mois après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'organisme local d'Assurance Maladie. Dans ce délai, le centre de santé a la possibilité de saisir le directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie pour faire connaître ses observations écrites.

Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

#### Article 4.3. Les conséquences de la résiliation

En cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit l'origine, le versement de l'aide est interrompu.

Le centre de santé est tenu de procéder au remboursement de la somme versée à l'organisme local d'Assurance Maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation conformément aux dispositions de l'article 2.2 du présent contrat.

#### Article 4.4 Conséquences d'une modification des zones sous denses médicales

En cas de modification par l'ARS des zones sous-denses médicales qualifiées de « Zones d'Intervention Prioritaires (ZIP) » telles que définies en application du 1° de l'article L. 4134-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'installation du centre de santé adhérent de la liste des zones sous-denses médicales, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le centre de santé ou l'assurance maladie.

Fait à [...] en [...] exemplaires, le

Date d'effet du contrat

Le représentant légal du centre de santé

Le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie/caisse générale de sécurité sociale de [...] »

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

## Annexe 14 – Contrat type d'aide à la formation au métier d'infirmier en pratique avancée

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1 ;

Vu l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie signé le XX/XX/XXXX, approuvé par l'arrêté du XX/XX/XXXX paru au Journal officiel du XX/XX/XXXX,

Il est conclu un contrat d'aide à la formation au métier d'infirmier en pratique avancée exerçant en centre de santé, entre :

– d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département

Adresse

représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

Et, d'autre part, le centre de santé:

Nom, prénom du représentant légal du centre :

Numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

Les partenaires conventionnels souhaitent encourager le développement du métier d'infirmier en pratique avancée au sein des centres de santé et ainsi participer à son déploiement. Il est donc proposé de soutenir la formation d'infirmier salarié souhaitant exercer une activité en pratique avancée par une aide conventionnelle.

### Article 1. Champ du contrat

#### Article 1.1. Objet du contrat

Ce contrat vise à accompagner les centres de santé ayant recruté un infirmier salarié qui se forme au métier d'infirmier en pratique avancée par la mise en place d'une aide financière permettant de compenser en partie leur perte d'activité au sein du centre de santé en tant qu'infirmier durant cette formation. Cette aide conventionnelle peut s'ajouter aux aides locales existantes. Ce contrat peut également se cumuler avec le contrat d'aide au démarrage de l'activité en pratique avancée défini à l'annexe 13 du présent accord.

#### Article 1.2. Bénéficiaires du contrat

Le présent contrat est réservé aux centres de santé polyvalents, médicaux, et infirmiers adhérents à l'accord national, destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, dès lors qu'ils salarient un ou plusieurs infirmier(s) qui s'engage(nt) dans une formation universitaire d'infirmier en pratique avancée et dont le montant des honoraires sans dépassements facturés au titre de l'activité salarié infirmier au cours de l'année précédant leur première année de formation est supérieur à 15 000 euros (pour un ETP d'infirmier).

L.V. LE  JPBS   HC TF YU

## **Article 2. Engagements**

### **Article 2.1. Engagements du centre de santé**

Le centre de santé s'engage:

- à salarier depuis au moins un an l'infirmier souhaitant suivre la formation en pratique avancée
- à ce que l'ensemble de la formation d'infirmier en pratique avancée (deux années de formation) soit réalisé par l'infirmier salarié. A ce titre et pour bénéficier de l'aide, le centre de santé devra présenter chaque année à sa caisse de rattachement une attestation d'inscription de l'infirmier salarié à la première année ou à la deuxième année de formation au diplôme d'infirmier en pratique avancée ;
- à ce que l'infirmier salarié formé assure une activité en pratique avancée au sein du centre de santé (25% la première année puis 50% la deuxième année) au minimum pour une durée de 2 ans à l'issue de sa formation.

### **Article 2.2. Engagements de l'Assurance Maladie**

En contrepartie du respect des engagements au contrat, l'assurance maladie s'engage à verser au centre de santé une aide d'un montant de :

- 15 000 euros pour les centres de santé installés en métropole ;
- 17 000 euros pour les centres de santé installés dans les DROM et qui ont recruté un infirmier qui suit son cursus universitaire d'infirmier en pratique avancée en métropole.

L'aide est versée entièrement dans un délai de 6 mois à compter de la date de signature du contrat.

Pour les formations débutant en septembre 2023, le premier versement ne pourra intervenir qu'au cours de l'année 2024.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

### **Article 3. Modalités et durée d'adhésion au contrat**

Le présent contrat est conclu pour une durée de 4 ans (dont les 2 années de formation) à compter de sa date de signature.

### **Article 4. Modalités de résiliation du contrat**

#### **Article 4.1 La résiliation à l'initiative du centre de santé**

Le centre de santé signataire du présent contrat a la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'Assurance Maladie signataire dudit contrat.

Cette résiliation est effective un mois après réception de la lettre de résiliation.

#### **Article 4.2. La résiliation par la caisse d'Assurance Maladie**

En cas d'absence de respect par le centre de santé de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

L.V. LE  JPBS   HC TF YU

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à l'organisme local d'assurance maladie.  
Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

A l'issue de ce délai, la caisse notifie au centre de santé la fin de son adhésion au contrat et récupère les sommes indûment versées au titre du contrat conformément aux articles 2.2 et 4.3 du présent contrat.

### **Article 4.3. Les conséquences de la résiliation**

En cas de résiliation du contrat, le versement de l'aide est interrompu.

Le centre de santé est tenu de procéder au remboursement de la somme indûment versée à l'organisme local d'Assurance Maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation conformément aux dispositions de l'article 2.2 du présent contrat.

Le calcul du montant à rembourser se fait au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'infirmier ainsi qu'il suit :

- Pour les résiliations intervenant avant la fin de la formation universitaire, le centre de santé doit procéder au remboursement de la totalité de l'aide versée au moment de la résiliation ;
- Pour les résiliations intervenant dans la première année d'exercice en tant qu'infirmier en pratique avancée salarié, le centre de santé doit procéder au remboursement de la moitié de l'aide versée ;
- Pour les résiliations intervenant avant la fin de la deuxième année d'exercice en tant qu'infirmier en pratique avancée salarié, le centre de santé doit procéder au remboursement d'un tiers de l'aide versée.

Fait à [...] en [...] exemplaires, le

Date d'effet du contrat

Le représentant légal du centre de santé

Le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie/caisse générale de sécurité sociale de [...] »

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

## Annexe 15 – Contrat type d'aide conventionnelle à l'emploi d'un assistant médical

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-32-1,

Vu l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie signé le XX/XX/XXXX, approuvé par l'arrêté du XX/XX/XXXX paru au Journal officiel du XX/XX/XXXX,

Il est conclu un contrat d'aide à l'emploi d'un assistant médical, entre :

– d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département

Adresse

représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

Et, d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

### **Article 1<sup>er</sup>** **Objet du contrat**

Dans un contexte de difficultés croissantes d'accès aux soins et de tension sur la démographie médicale, les pouvoirs publics et l'assurance maladie ont pour objectif d'inciter les centres de santé à recruter un assistant médical salarié pour leur permettre de dégager du temps médical et d'assister les médecins salariés du centre de santé dans leur pratique quotidienne, afin d'accueillir davantage de patients, et notamment des patients ne disposant pas de médecin traitant, mais aussi d'améliorer leur suivi.

Ainsi, le présent contrat vise à définir les modalités d'accompagnement financier par l'assurance maladie au recrutement d'assistants médicaux par les centres de santé et notamment à préciser les modalités de versement de l'aide forfaitaire à l'emploi d'assistants médicaux versée par l'assurance maladie, ainsi que les contreparties attendues par les centres de santé souhaitant s'engager dans cette démarche.

### **Article 2 Engagements des parties**

#### **Article. 2.1. Engagements du centre de santé signataire**

Le centre de santé signataire s'engage,

- à recruter, dès la signature du présent contrat, [XX] assistant médical salarié correspondant à [XX] ETP, conformément aux dispositions prévues par les articles 29 et suivants de l'accord national. Afin de justifier de cet engagement, le centre de santé devra fournir le contrat ou un extrait du contrat de travail de l'assistant médical dans un délai d'un mois après l'embauche de ce dernier.

L.V. LE  JP B    HC TF YU

- à ce que la personne recrutée en qualité d'assistant médical :
  - Soit titulaire du certificat de qualification professionnelle (CQP) ou d'une attestation de formation d'adaptation à l'emploi (FAE) pour les détenteurs d'un diplôme d'État infirmier (IDE); d'un diplôme d'État d'aide-soignant (DEAS) ou d'un diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture (DEAP) ;
  - À défaut, la personne recrutée doit suivre une formation ad hoc dans les deux ans suivant son recrutement, et obtienne sa qualification professionnelle ou son attestation FAE dans un délai maximum de trois ans suivant son recrutement. Le justificatif d'obtention du CQP ou FAE par l'assistant médical devra être adressé par le centre de santé signataire du présent contrat à sa caisse de rattachement au plus tard à l'issue du délai de 3 ans précité.
- à salarier au moins 1 ETP de médecins généralistes et/ou autres spécialistes pour 0,5 ETP d'assistant médical.
- à remplir l'exigence d'atteinte des prérequis des indicateurs de la rémunération forfaitaire spécifique des centres de santé tels que définis à l'article 18 de l'accord national.
- à répondre aux objectifs définis en contrepartie de l'aide financière apportée par l'assurance maladie pour le recrutement d'un assistant médical.

Ces objectifs sont les suivants, en fonction de la situation du centre de santé :

- augmenter la file active moyenne, c'est-à-dire le nombre de patients différents vus dans l'année, tous âges confondus divisé par le nombre d'ETP de médecins salariés du centre
- et pour les médecins généralistes et spécialistes en médecine générale et pour les pédiatres, augmenter la patientèle médecin traitant moyenne, c'est-à-dire le nombre de patients médecin traitant adultes et enfants du centre de santé, divisé par le nombre d'ETP de médecins généralistes, spécialistes en médecines générale ou pédiatres salariés du centre

#### Objectifs individuels en contrepartie de l'aide

- Modalités de fixation des objectifs

L'assistant médical doit permettre de générer une augmentation de la patientèle médecin traitant moyenne (si médecins généralistes ou spécialistes en médecine générale ou des pédiatres salariés au sein du centre de santé) et de la file active moyenne des médecins salariés du centre de santé selon les modalités suivantes :

- pour les centres ayant une patientèle moyenne comprise entre le 30<sup>ème</sup> percentile et le 50<sup>ème</sup> percentile : + 25% de la patientèle médecin traitant moyenne et file active moyenne.
- pour les centres ayant une patientèle moyenne comprise entre le 50<sup>ème</sup> percentile et le 70<sup>ème</sup> percentile: + 20% de la patientèle médecin traitant moyenne et file active moyenne.
- pour les centres ayant une patientèle comprise entre le 70<sup>ème</sup> percentile et le 90<sup>ème</sup> percentile : + 15% de la patientèle médecin traitant moyenne et file active moyenne.
- pour les centres ayant une patientèle moyenne comprise entre le 90<sup>ème</sup> percentile et le 95<sup>ème</sup> percentile : +5% de la patientèle médecin traitant moyenne et file active moyenne
- pour les centres ayant une patientèle moyenne supérieure ou égale au 95<sup>ème</sup> percentile : maintien de la patientèle médecin traitant moyenne et file active moyenne

L.V. LE  JPB    HC TF YU

La patientèle moyenne prise en compte est celle calculée deux fois par an, au 31 décembre et au 30 juin, selon la date de recrutement de l'assistant médical dans le centre de santé, à partir des données renseignées sur la plateforme e-CDS (ATI). La patientèle à prendre en compte au moment de déterminer l'éligibilité est la plus récente des deux.

Pour bénéficier de ce financement, le centre de santé doit justifier de l'embauche a minima de 0,5 ETP d'assistant médical maximum par tranche de 1 ETP de médecin (généralistes et/ou autres spécialistes) dans la limite de 8 ETP d'assistant médical financés par centre de santé soit à titre d'exemple :  
Pour 4,8 ETP de médecin (quelle que soit la spécialité), le centre de santé peut salarier 2,4 ETP d'assistant médical.

Cette répartition d'ETP d'assistant médical par ETP médecin est un maximum offert dans le cadre du contrat proposé. Concrètement, un centre a la possibilité de recruter un nombre moins important d'ETP assistants médicaux au regard de son organisation propre (exemple : possibilité de ne recruter qu'un ETP d'assistant médical pour 4 ETP de médecins). L'objectif est alors pondéré par le nombre total de médecins du centre.

Pour les centres de santé installés en zone d'intervention prioritaires (ZIP), la limite de 0,5 ETP d'assistant médical financés par tranche de 1 ETP de médecin est modulée. Il est ainsi possible de financer jusqu'à 2 ETP d'assistants médicaux pour 1 ETP médecin pour les centres de santé répondant aux conditions cumulatives suivantes :

- Installés en zone d'intervention prioritaires (ZIP) ;
- Salarier des médecins qualifiés ou spécialistes en médecine générale (à l'exclusion des médecins à exercice particulier [MEP]) ;
- Ayant déjà signé un contrat d'aide avec au minimum un ETP d'assistant médical ;
- Ayant atteint l'intégralité des objectifs de son contrat ;
- A partir de la 3<sup>ème</sup> année de son contrat (date de signature + 24 mois).

#### **Pour les centres de santé ayant de fortes patientèles (supérieures ou égales au p95)**

Pour les centres de santé à fortes patientèles, les objectifs sont de maintenir le niveau de patientèle. Une tolérance d'une baisse de la patientèle comprise entre 0% et - 5% par rapport à la patientèle moyenne initiale sera acceptée. Au-delà, l'aide est proratisée (sauf pour les deux premiers versements qui s'effectuent sans vérification de l'atteinte de objectifs)

- Objectifs individuels contractuels

La patientèle moyenne arrêtée au 31 décembre de l'année précédant le recrutement de l'assistant médical ou au 30 juin de l'année du recrutement de l'assistant médical s'élève à [XXX] patients médecin traitant et [XXX] patients file active [à préciser]. Le centre de santé a donc une patientèle moyenne comprise entre le percentile [XX] et le percentile [XX].

Le centre de santé dispose d'X ETP médecins, dont X ETP de médecins généralistes ou spécialistes en médecine générale ou pédiatres.

Le centre de santé s'est engagé à recruter [XX] ETP d'assistant médical [à préciser].

L'objectif théorique du centre de santé signataire est le suivant : + [XX]% de la patientèle médecin traitant moyenne et file active moyenne.

L.V. LE  JP B  G HC TF YL

Les objectifs pondérés selon le nombre d'ETP assistant médical et le nombre d'ETP médecin sont les suivants :

- + [XX]% de la patientèle médecin traitant moyenne
- + [XX]% de la file active moyenne

A compter de la 3<sup>ème</sup> année, et jusqu'au terme du contrat, l'objectif attendu est un maintien des effectifs de patientèle du centre de santé signataire à hauteur de l'objectif fixé par le présent contrat. Pour les contrats initiaux arrivés à leur terme, cet objectif de maintien est reconduit lors du renouvellement de ces derniers.

#### Objectifs individuels contractuels - Modalités spécifique si le centre est nouvellement créé :

Pour les centres de santé nouvellement créés, pour prendre en compte la montée en charge progressive de leur patientèle, leur objectif est fixé de manière à se situer, dans un délai de 3 ans, au niveau du 50<sup>ème</sup> percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant moyenne ou file active moyenne de la spécialité.

à cocher si le centre de santé est nouvellement créé

A la date du 3<sup>ème</sup> anniversaire du contrat, en fonction du niveau d'atteinte des objectifs, l'aide est versée de la manière suivante :

- si le centre de santé se situe au-dessus du 50<sup>ème</sup> percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active de la spécialité, l'aide est versée dans sa totalité ;
- si le centre de santé se situe :
  - entre le 30<sup>ème</sup> percentile et 50<sup>ème</sup> percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active de la spécialité du médecin, l'aide est versée au prorata de l'écart constaté par rapport à l'objectif fixé,
  - en dessous du 30<sup>ème</sup> percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active de la spécialité du médecin, l'aide n'est pas versée.

A la fin de la 3<sup>ème</sup> année, ou dès l'atteinte du P50 de la distribution nationale, le centre n'étant plus considéré comme un centre nouvellement créé, l'objectif est revu sur la base de sa dernière patientèle disponible au moment de la signature de l'avenant au contrat.

#### **Article 2.2. Modalités de vérification du respect par le centre de santé, de ses engagements contractuels**

Les engagements sont définis et vérifiés chaque année à la date anniversaire du contrat.

Le centre de santé s'engage à transmettre annuellement à l'organisme local d'assurance maladie l'ensemble des justificatifs permettant de vérifier le respect des engagements définis supra.

Il transmet annuellement une copie ou un extrait du/des contrats de travail conclus avec l'assistant médical et attestant qu'il exerce toujours au sein du centre de santé au jour de la déclaration annuelle. Cette transmission doit s'effectuer au plus tard dans le mois précédant la date anniversaire du contrat.

Le centre de santé s'engage à informer et justifier à la caisse de toute modification concernant le contrat d'embauche dans le mois qui suit.

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

L'organisme local d'assurance maladie procède, en tant que de besoin et conformément à la réglementation, aux contrôles nécessaires permettant la vérification du respect des engagements en contrepartie desquels est versée l'aide.

Dans le cas où l'assistant médical serait déjà employé par le centre de santé (par exemple en occupant déjà un poste de secrétaire médicale), le financement de l'Assurance Maladie sera conditionné au remplacement du salarié dans sa fonction antérieure dans les 6 mois suivant le recrutement de l'assistant médical ou au recours à un service de secrétariat médical téléphonique pour une durée équivalente a minima au temps de travail du poste à remplacer.

Le centre de santé signataire s'engage à fournir le justificatif de l'embauche d'un salarié ou du recours à un prestataire de service de secrétariat médical téléphonique pour le poste antérieurement occupé au sein du centre de santé par le salarié devenu l'assistant médical.

Le centre de santé s'engage à fournir sur demande de la caisse tout justificatif attestant qu'il n'a pas réduit, au cours des 6 derniers mois précédant, le nombre des salariés pouvant prétendre à ce même poste exerçant au sein du centre de santé.

### **2.3. Engagements de l'assurance maladie**

#### **2.3.1. Vérification de l'atteinte des objectifs du centre de santé signataire**

La caisse vérifie le respect des engagements de la manière suivante.

Jusqu'au 2<sup>e</sup> anniversaire du contrat, est mise en place une période d'observation sur le suivi de l'atteinte des objectifs fixés au centre de santé signataire et un accompagnement par la caisse.

Pendant cette période, même si les objectifs ne sont pas intégralement atteints par le centre de santé, l'aide initialement prévue est intégralement maintenue.

Pour la 3<sup>ème</sup> année de mise en œuvre du contrat, l'atteinte des objectifs par le centre de santé employant des médecins généralistes, spécialistes en médecine générale et pédiatres, est vérifiée par la CPAM/CGSS dans les conditions suivantes :

<b>Objectif File active</b>	<b>Objectif Patientèle MT</b>	<b>Calcul de l'aide versée</b>
<b>Atteint</b>	<b>Atteint</b>	Objectif global atteint, 100% de l'aide versée
<b>Non atteint (sans diminution par rapport à la patientèle initiale)</b>	<b>Atteint</b>	100% de l'aide versée.
<b>Atteint</b>	<b>Non atteint (sans diminution)</b>	100% de l'aide versée.
<b>Non atteint (sans diminution de la patientèle FA par rapport à la patientèle initiale)</b>	<b>Non atteint (sans diminution de la patientèle MT par rapport à la patientèle initiale)</b>	Proratisation de l'aide sur l'indicateur dont le taux d'atteinte est le plus haut.
<b>Diminution</b>	<b>Diminution</b>	Pas d'aide versée sur l'année
<b>Non atteint (diminution de la patientèle FA par rapport à la patientèle initiale)</b>	<b>Atteint</b>	Pas d'aide versée sur l'année
<b>Atteint</b>	<b>Non atteint (diminution de la patientèle médecin traitant par rapport à la patientèle initiale)</b>	Pas d'aide versée sur l'année

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

Et pour les centres de santé employant des médecins spécialistes (hors MG) :

Objectif File active	Calcul de l'aide versée
Atteint	100% de l'aide versée
Non atteint (sans diminution par rapport à la patientèle initiale)	Prorata sur le taux d'atteinte de la FA
Diminution	Pas d'aide versée sur l'année

**Article 2.3.2 Versement de l'aide en contrepartie du respect des engagements**

En contrepartie du respect de ses engagements par le centre de santé, l'assurance maladie s'engage à verser au centre de santé signataire l'aide correspondant au nombre d'assistant médical, soit :

Pour le financement d'1 d'ETP d'assistant médical, la participation de l'assurance maladie, est répartie de la manière suivante :

	Montants maximaux de l'aide pour 1 ETP d'assistant médical	Versements de l'aide
1 <sup>ère</sup> année	38 000€	Versement intégral quelle que soit l'atteinte des objectifs
2 <sup>ème</sup> année	28 000€	
3 <sup>ème</sup> année et suivantes	22 000€	Modulation à partir de la 3 <sup>ème</sup> année selon l'atteinte des objectifs
Montant majoré pour les centres de santé avec une patientèle la plus importante : centre de santé ayant une patientèle entre [P90 et P95]	26 000€	
Montant fixe pour les centres de santé ayant une patientèle ≥ P95	38 000€	

Le centre de santé signataire a fait le choix de [XX] ETP d'assistant médical [à préciser]. Le montant de l'aide est donc multiplié d'autant selon le nombre d'ETP d'assistant médical recruté.

**Article 2.3.3. Modalités de versement de l'aide : un système de versement d'avances et de paiement de soldes proratisés en fonction des résultats enregistrés par le centre de santé signataire**

	1 <sup>ère</sup> année	2 <sup>ème</sup> année	3 <sup>ème</sup> année et suivantes
Acompte	100%*	100%**	50 % de l'aide prévue pour l'année (quel que soit le pourcentage de l'atteinte de l'objectif en fin d'année précédente, sauf diminution) En cas de diminution de la patientèle, l'acompte n'est pas versé

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

Solde			<p>Montant restant à verser au titre de l'année considérée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- calculé <i>au prorata</i> du pourcentage de l'atteinte de l'objectif l'année précédente ;</li> <li>- déduction faite de l'acompte de 50% déjà versée.</li> </ul> <p>En cas de diminution de la patientèle : le solde, n'est pas versé</p>
-------	--	--	---

*\*Acompte : versé dans les 2 mois suivant la date de signature ou d'anniversaire de la signature du contrat de l'année précédente*

*\*\*Solde : versé dans les 2 mois suivant la date d'anniversaire de la signature du contrat de l'année en cours*

### **Article 3. Durée du contrat**

Les contrats sont conclus pour une durée de cinq ans et sont renouvelés par tacite reconduction. Lors du renouvellement, le montant de l'aide correspondra au montant de l'aide de la troisième année du contrat pour toute la durée du contrat. Les modalités de versement de l'aide et les objectifs restent les mêmes.

### **Article 4. Suivi contractuel et évolution du contrat**

Un point d'échange annuel est organisé entre le centre de santé signataire du contrat par sa caisse de circonscription, à la convenance et selon les disponibilités du centre de santé.

Le centre de santé signataire s'engage à participer à cet échange annuel, pour examiner conjointement avec la caisse, les éventuelles difficultés de mise en œuvre, et notamment la difficulté d'atteinte des objectifs fixés. Il pourra ainsi présenter les éventuels facteurs objectifs pouvant justifier de la non-atteinte des objectifs fixés par le centre de santé signataire. Ces échanges peuvent donner lieu, le cas échéant, à l'issue, à la conclusion d'un ou plusieurs avenants au présent contrat.

### **Article 5. Résiliation du contrat**

#### **Article 5.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé**

Le centre de santé peut à tout moment choisir de ne plus adhérer au contrat. Le centre de santé doit en informer l'assurance maladie au minima deux mois avant la date d'anniversaire du contrat par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette rupture prendra effet à la date d'anniversaire du contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indument versées, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir du contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé.

#### **Article 5.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie**

En cas de constat du non-respect manifeste par le centre de santé contractant de ses engagements et/ou en cas de constat de la résiliation du contrat entre le centre de santé employeur et l'assistant médical, la caisse d'assurance maladie informe le centre de santé, par lettre recommandée avec accusé de réception, des non-respects constatés et de son intention de mettre fin au contrat.

L.V. LE  JP B  H C T F YU

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. A l'issue de ce délai, la caisse d'assurance maladie peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indument versées au titre du contrat, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation du contrat.

Fait à [...] en [...] exemplaires, le

Date d'effet du contrat

Le représentant légal du centre de santé

Le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de [...] ».

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

## Annexe 16 – Ordonnance numérique

### Article 1 : Principes fondateurs de l'ordonnance numérique

- Périmètre des prescriptions concernées

L'ordonnance numérique s'applique à toutes les prescriptions exécutées en ville.

Les prescripteurs peuvent effectuer toutes leurs prescriptions en e-prescription :

- les médicaments de manière codifiée (comme dans l'expérimentation) ;
- l'ensemble des dispositifs médicaux (DM) ;
- tous les autres actes en format texte libre dans l'attente d'une codification.

- Conditions de mise en œuvre : la mobilisation de l'ensemble des acteurs

Les parties signataires s'accordent sur le principe d'une organisation partenariale pour accompagner l'évolution majeure que représente l'ordonnance numérique, service socle du numérique en santé et dont la généralisation au plus tard au 31 décembre 2024 est prévue par l'ordonnance n°2020-1408 du 18 novembre 2020 et le décret n°2023-1222 du 20 décembre 2023 relatif à la prescription électronique.

Elles conviennent de la nécessité de mobiliser les professionnels de santé impliqués dans la prescription et la délivrance des produits de santé ainsi que leurs prestataires de services informatiques, sur les travaux devant concourir à la mise en œuvre de la dématérialisation de la prescription.

- Engagements de l'Assurance maladie

L'Assurance Maladie s'engage à :

- ce que les médecins des centres de santé conservent leur liberté de prescription conformément aux textes en vigueur et à ne pas modifier les prescriptions enregistrées dans la base (la prise en charge, ou non, d'un produit de santé par l'Assurance Maladie ne remettant pas en question la liberté de prescrire du médecin) ;
- ce que la solution technique permettant d'informer le prescripteur concernant la prise en charge n'ait pas d'impact sur le contenu de la prescription ;
- s'assurer que la solution technique mise en place soit interopérable avec les logiciels des professionnels de santé afin qu'elle ne complexifie pas les processus métier ;
- permettre l'enregistrement des données de prescription dans le DMP intégré dans le service Mon espace santé des patients ;
- recourir à la consultation et à l'exploitation des données issues de la dématérialisation des prescriptions dans le respect des dispositions législatives et réglementaires qui régissent ses missions et définissent son champ d'intervention dans le cadre de la prise en charge des prestations ;
- à préserver la liberté de choix du prescrit par le patient ; un prescrit dont le logiciel n'est pas encore autorisé « ordonnance numérique » continue à exécuter la prescription à partir de l'ordonnance papier que lui remet le patient.

- Conditions de respect de confidentialité

La prescription enregistrée par le médecin du centre de santé dans la base de données ne contient ni l'identité du patient (les données du patient transmises sont limitées au prénom et à la date de

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

naissance) ni l'identité du prescripteur (pas de transmission ni du nom, ni du prénom, ni des numéros Assurance Maladie, N° FINESS, ou RPPS).

- Prérequis pour disposer du service ordonnance numérique

L'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription (LAP) conforme au référentiel de certification HAS en application des II et III de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est un prérequis à l'autorisation e-prescription des logiciels prescripteurs.

Le processus e-prescription est intégré dans les logiciels métiers qui sont utilisés quotidiennement par les médecins exerçant en centre de santé. L'éditeur doit veiller à ce que le médecin en centre de santé dispose d'une base de donnée médicamenteuse à jour, interfacée avec le LAP.

- Gouvernance

Les parties signataires s'accordent pour assurer le suivi du déploiement de l'ordonnance numérique dans le cadre de la Commission Paritaire nationale.

#### Article 2 : Réception

La transmission d'une ordonnance numérique à l'Assurance Maladie par les professionnels de santé du centre de santé se fait au moyen d'un module intégré au sein de leur logiciel métier. Ce module structure les données au format décrit dans les cahiers des charges éditeurs publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale.

L'envoi des données est sécurisé par l'emploi d'une carte de la famille CPS ou par un dispositif d'authentification équivalent conformément à la réglementation en vigueur.

Un contrôle des listes de révocation des certificats des cartes de la famille des CPS est effectué automatiquement à la réception des flux afin d'interdire l'accès au service à partir de cartes de la famille des CPS perdues ou volées.

L'Assurance Maladie reçoit les flux sur son infrastructure inter régimes, en vérifie la conformité et enregistre les données véhiculées dans une base de données sécurisée. Elle envoie un accusé de réception au professionnel de santé. Ce dernier n'est pas conservé par l'Assurance Maladie.

L'intégrité des ordonnances numériques est assurée par des contrôles automatiques lors du processus d'alimentation de la base.

L'unicité du numéro d'identification de l'ordonnance numérique est assurée via un contrôle permettant de vérifier, avant insertion d'une nouvelle ordonnance numérique en base, que ce numéro d'identification ne correspond pas à une e-prescription déjà existante.

#### Article 3 : Conservation et accès aux données

- Les ordonnances numériques reçues et enregistrées dans la base sécurisée sont conservées 5 ans. Elles sont ensuite détruites.
- La base ordonnance numérique est inter régimes et est hébergée par l'Assurance Maladie.
- Les professionnels de santé du centre de santé peuvent accéder à la base pour consulter les ordonnances numériques en s'authentifiant via leur carte de la famille CPS ou un dispositif d'authentification équivalent conformément à la réglementation en vigueur.

L.V. LE  JPBS   HC TF YU

- Un contrôle des listes de révocation des certificats des cartes de la famille CPS est également effectué afin d'interdire l'accès à la base à partir de cartes perdues ou volées.
- L'accès en consultation des données de l'ordonnance numérique est autorisé conformément aux dispositions réglementaires notamment :
  - pour le prescrit, à partir du numéro d'identifiant de l'ordonnance numérique figurant sur l'ordonnance remise par le patient,
  - pour le prescripteur, une fois que l'ordonnance numérique a été exécutée et sauf opposition de ses patients dûment informés,
  - pour un agent de l'Assurance maladie, exclusivement pour les prescriptions exécutées et selon le besoin d'en connaître dans le cadre de la mission de service public de l'assurance maladie.
- Le système d'information de l'Assurance Maladie ne permet pas :
  - d'effacer une ordonnance numérique existante (en dehors de la destruction automatique au-delà des 5 ans) ;
  - de remplacer une ordonnance numérique existante, c'est-à-dire dont le numéro d'identification est déjà affecté ;
  - de modifier les données d'une ordonnance numérique existante.

#### Article 4 : Spécifications techniques

La liste des données reçues par l'Assurance Maladie est décrite dans les cahiers des charges éditeurs ordonnance numérique publiés sur le site du GIE SESAM Vitale.

- a. Les fonctionnalités du système disponibles pour le prescripteur
  - i. Créer une ordonnance numérique

Le prescripteur rédige la prescription dans son logiciel métier à partir de son module LAP pour les prescriptions de médicaments.

Un numéro unique d'identification de la prescription est généré soit par le logiciel conformément au cahier des charges éditeurs, soit par l'Assurance Maladie.

Le prescripteur enregistre les données de la prescription dans la base nationale des ordonnances numériques (sans les données d'identification du prescripteur ni celles du patient). Il enregistre aussi la non opposition du patient à ce qu'il accède aux données d'exécution de cette prescription, une fois que l'ordonnance aura été exécutée par le prescrit. Cette éventuelle opposition figure sur l'exemplaire de l'ordonnance remis au patient (exemplaire papier ou exemplaire transmis dans le DMP au sein de Mon espace santé et également via MSSanté vers la messagerie de Mon espace santé du patient cf. décret n°2023-1222 du 20 décembre 2023 relatif à la prescription électronique).

Le droit d'opposition ne s'applique pas à l'enregistrement de l'ordonnance numérique dans la base par le médecin ni à sa consultation des modifications exercées par le prescrit.

Pour les médicaments et les dispositifs médicaux, les données sont codées et structurées. Pour les autres types de prescriptions, la désignation de l'acte à réaliser s'effectue au travers d'un texte libre dans un premier temps, puis de manière structurée lorsqu'une codification sera disponible.

Après réception d'un accusé de réception envoyé par le téléservice de création, le prescripteur imprime l'ordonnance sur laquelle apparaît le numéro unique de la prescription. Cet identifiant est véhiculé dans un QRcode qui intègre également les identifiants du prescripteur, les nom, prénom et date de naissance du patient. Cet identifiant est aussi imprimé en clair sur l'ordonnance remise au patient.

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

Le prescripteur peut choisir d'apposer un paraphe numérique de sa signature sur l'ordonnance remise au patient.

- ii. L'exemplaire remis au patient contient également toutes les données conformes à la réglementation en vigueur. Son logiciel lui permet d'enregistrer, en parallèle, dans le DMP du patient intégré dans le service Mon espace santé, l'ordonnance avec QRcode en format PDF dans un premier temps, puis à terme en données de prescription structurées (en commençant par les produits de santé). Le prescripteur remet un exemplaire de l'ordonnance au patient. Dès lors que le processus ordonnance numérique est utilisé (et que l'ordonnance numérique est enregistrée avec succès dans la base) le patient (qui a activé son profil Mon espace santé) peut demander au médecin du centre de santé à recevoir cette prescription exclusivement au moyen de la messagerie sécurisée mise à la disposition de tous les titulaires d'un profil Mon espace santé (envoi par le médecin via MSSanté). Rechercher et consulter une ordonnance numérique

Le prescripteur peut consulter les données de l'ordonnance numérique, les données de dispensation ou d'exécution ainsi que les éventuelles modifications apportées par le prescrit. Ces données lui sont accessibles selon les textes en vigueur.

- a. Les fonctionnalités du système disponibles pour le prescrit
  - i. Consulter une ordonnance numérique

Le professionnel prescrit scanne le code 2D figurant sur l'ordonnance remise par le patient. Il peut aussi saisir le numéro d'identification de la prescription indiqué en clair sur l'ordonnance.

A partir de l'identifiant de l'ordonnance numérique, il peut interroger la base nationale des ordonnances numériques et récupérer les données de l'ordonnance numérique transmises précédemment par le prescripteur depuis son logiciel métier. Exécuter une ordonnance numérique

Le professionnel prescrit exécute la prescription et enregistre dans la base des ordonnances numériques :

- les données de dispensation ou d'exécution des actes ;
- les données relatives à la feuille de soins correspondant à l'acte (dont le numéro de la feuille de soins) ce qui permet de faire le lien entre la feuille de soins et la prescription ;
- les informations d'identification du prescrit, du patient (NIR, nom, prénom, date de naissance et rang de naissance, du Régime : Régime, Caisse, Centre, INS qualifié) et du prescripteur.

Le prescrit a la possibilité de préciser s'il a apporté une modification à une ou plusieurs lignes de l'ordonnance numérique s'il l'estime nécessaire ou pour signaler une situation particulière (exemple rupture de stock). Le prescrit adresse la ou les lignes de prescription modifiée(s), en indiquant un code motif et sous motif. Conformément à la réglementation en vigueur, il précise s'il a pu ou non contacter le prescripteur.

La solution mise en œuvre par l'Assurance Maladie permet, après enregistrement dans la base des ordonnances numériques des données d'exécution par le prescrit, d'alimenter automatiquement la base de gestion des pièces justificatives.

Ces pièces justificatives contiennent les informations nécessaires au remboursement (les identifications du prescripteur et du patient, la date de prescription, et les produits et actes prescrits et délivrés ou exécutés selon la codification en vigueur).

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

Article 5 : Caractéristiques permettant la lecture automatique des éléments d'identification du prescripteur

Les éléments d'identification du prescripteur figurent en clair sur l'exemplaire de l'ordonnance remis par le patient. Elles sont également contenues dans le code 2D. Ce code 2D facilite la récupération des identifiants (dont le RPPS) par le prescrit dans son logiciel métier.

L.V. LE <sup>in</sup>  JPB  HC TF YU

## Annexe 17- Grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap

**Champ d'utilisation :** Cette échelle concerne uniquement les patients atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap. Sont exclues, à titre d'exemple, les personnes souffrant de phobies dentaires ainsi que les personnes âgées ne souffrant pas d'handicap sévère, qui ne sont pas concernées par cette grille et dont la prise en charge n'ouvre pas droit aux mesures tarifaires liées au handicap

**Consignes d'utilisation :** Cette échelle est à remplir à la fin de chaque séance avec un patient handicapé dès lors que le praticien a rencontré une difficulté pour réaliser les soins, et vous permet de justifier la raison d'une adaptation de la prise en charge. Pour chacun des domaines, cochez, dans la colonne de droite la case correspondant à la situation du patient (une seule case par domaine). Dès lors, que pour un patient atteint d'un handicap sévère ou d'un polyhandicap, une case correspondant à une prise en charge « modérée » ou « majeure » est cochée, les mesures tarifaires liées au handicap peuvent être facturées.

Adaptation de la prise en charge	DOMAINES ayant nécessité une adaptation de la prise en charge du patient pour réaliser les actes bucco-dentaires	
<b>DOMAINE DE LA COMMUNICATION</b>		
Aucune	Pas de problème de communication	
Mineure	Ex. Communication interpersonnelle lente ; Troubles cognitifs mineurs ; Malentendant ; Malvoyant ; Troubles de l'élocution ou de la communication verbale	
Modérée	Ex. Communication par l'intermédiaire d'une tierce personne ; Troubles cognitifs modérés ; déficience sensorielle complète	<input type="checkbox"/>
Majeure	Ex. Pas de communication ; Troubles cognitifs sévères ; Démence sévère	<input type="checkbox"/>
<b>DOMAINE DES PROCEDURES FACILITATRICES (sédation consciente / hypnose / AG)</b>		
Aucune	Aucune procédure facilitatrice n'a été nécessaire pour réaliser l'examen ou les soins	
Mineure	Prémédication orale pour réaliser l'examen ou les soins.	
Modérée	Sédation consciente ou hypnose pour réaliser l'examen ou les soins.	<input type="checkbox"/>
Majeure	Anesthésie générale ou sédation profonde en présence d'un médecin anesthésiste, quelle que soit l'indication.	<input type="checkbox"/>
<b>DOMAINE DE LA COOPERATION</b> pendant l'examen ou le soin (avec ou sans technique facilitatrice) (voir annexe 1*)		
Aucune	Détendu ; Coopérant	
Mineure	Mal à l'aise ; Tendu ; La continuité thérapeutique est préservée mais avec beaucoup d'anxiété	
Modérée	Réticent ; Manifestation de l'opposition verbalement ou avec les mains ; La séance se déroule avec difficultés	<input type="checkbox"/>
Majeure	Très perturbé ou totalement déconnecté ; La séance est régulièrement interrompue ; Réactions de fuite, Séance avec contention ou prématurément stoppée.	<input type="checkbox"/>
<b>DOMAINE DE L'ETAT DE SANTE GENERALE (voir annexe 2**)</b>		
Aucune	Patient en bonne santé générale	
Mineure	Patient présentant une maladie systémique légère ou bien équilibrée	
Modérée	Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère	<input type="checkbox"/>
Majeure	Patient présentant une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital	<input type="checkbox"/>
<b>DOMAINE DE L'ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE</b>		
Aucune	Pas de facteur de risque particulier induisant un mauvais état bucco-dentaire	
Mineure	Présence d'un facteur de risque uniquement en lien avec une hygiène défaillante ou une alimentation sucrée	
Modérée	Présence d'un facteur de risque modéré en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie, ex. Troubles de la déglutition ; Fente labiopalatine ; Gastrostomie ; Trachéotomie ; Limitation de l'ouverture buccale, Spasticité	<input type="checkbox"/>
Majeure	Association de plusieurs facteurs de risque en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie <b>ET</b> en lien avec une hygiène défaillante ou une alimentation sucrée	<input type="checkbox"/>
<b>DOMAINE DE L'AUTONOMIE</b>		
Aucune	Pas de perte d'autonomie pour accéder aux soins dentaires	
Mineure	Besoin d'une assistance hors du cabinet dentaire ex. prises de rdv, transport par un tiers (parent, VSL, taxi); fauteuil roulant	
Modérée	Besoin d'un accompagnateur lors des soins ex.aide aux transferts ; à la prise en charge comportementale ; à la communication	<input type="checkbox"/>
Majeure	Ex. Besoin d'être porté lors des transferts ; Interruption de la continuité des soins cause hospitalisations/épisodes aigües fréquentes ; Besoin de plusieurs accompagnateurs lors des soins	<input type="checkbox"/>

L.V. LE  JPBS  G HC TF YU

DOMAINE DE LA GESTION MEDICO-ADMINISTRATIVE (ex. constitution du dossier médical ; lien avec l'établissement, la famille, l'assistant social ; contact avec la tutelle)		
Aucune	Pas de gestion médico-administrative particulière	
Mineure	La gestion médico-administrative est faite par une tierce personne (famille, assistant social, établissement, médecin traitant...) ou dans le cadre d'une procédure de télémédecine bucco-dentaire.	
Modérée	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec un seul secteur (médical, médico-social ou médico-légal)	<input type="checkbox"/>
Majeure	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec et entre plusieurs secteurs (médical, médico-social et/ou médico-légal)	<input type="checkbox"/>

\*Voir Echelle de Venham in extenso en annexe 1

\*\*Voir Echelle ASA in extenso en annexe 2

Ce document est à conserver dans le dossier du patient (renseignements nécessaires à l'évaluation des mesures et à communiquer au service médical de l'assurance maladie à sa demande).

### Annexe 1

Score	Echelle de VENHAM modifiée*
0	<b>Détendu</b> , souriant, ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément, ou dès qu'on le lui demande.
1	<b>Mal à l'aise, préoccupé</b> . Pendant une manoeuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement pour montrer son inconfort. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. Le patient est disposé à – et capable de – exprimer ce qu'il ressent quand on le lui demande. Expression faciale tendue. Respiration parfois retenue. Capable de bien coopérer avec le dentiste.
2	<b>Tendu</b> . Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Pendant une manoeuvre stressante, protestations verbales, pleurs (discrets), mains tendues et levées, mais sans trop gêner le dentiste. Le patient interprète la situation avec une exactitude raisonnable et continue d'essayer de maîtriser son anxiété. Les protestations sont plus gênantes. Le patient obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée.
3	<b>Réticent</b> à accepter la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Protestations énergiques, pleurs. Utilise les mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Protestations sans commune mesure avec le danger ou exprimée bien avant le danger. Parvient à faire face à la situation, avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficultés.
4	<b>Très perturbé</b> par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement. Importantes contorsions, nécessitant parfois une contention. Le patient peut être accessible à la communication verbale et finir, après beaucoup d'efforts et non sans réticence, à essayer de se maîtriser. La séance est régulièrement interrompue par les protestations.
5	<b>Totalement déconnecté</b> de la réalité du danger. Pleure à grands cris, se débat ; inaccessible à la communication verbale. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuite. Tente activement de s'échapper. Contention indispensable.

\*Hennequin et al. French versions of two indices of dental anxiety and patient cooperation. Eur Cells Mater, 2007; 13: 3

### Annexe 2

#### ASA PS Classification\*\* (American Society of Anesthesiologists)

Score	Définition	Exemples, non exclusifs :
ASA I	<b>Patient en bonne santé</b>	Bon état général, non-fumeur, pas ou peu de consommation d'alcool
ASA II	<b>Patient présentant une maladie systémique mineure ou bien équilibrée</b>	Maladie mineure sans limitation fonctionnelle importante. Exemples non-exclusifs : tabagisme, consommation sociale d'alcool, grossesse, obésité (30 < IMC < 40), diabète équilibré, hypertension artérielle contrôlée, insuffisance respiratoire mineure
ASA III	<b>Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère</b>	Limitation fonctionnelle importante ; Une ou plusieurs maladies modérées à sévères. Exemples non-exclusifs : diabète non équilibré, hypertension artérielle non contrôlée, insuffisance respiratoire modérée, obésité morbide (IMC ≥40), hépatite active, insuffisance rénale avec dialyse régulière, antécédent datant de > 3 mois d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'accident ischémique transitoire ou d'insuffisance coronaire ayant nécessité la pose de stent
ASA IV	<b>Patient présentant une maladie systémique</b>	Exemples non-exclusifs : antécédent datant de < de 3 mois d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'accident ischémique transitoire ou d'insuffisance

L.V. LE  JP B   G HC TF YU

	<b>sévère mettant en jeu le pronostic vital</b>	coronaire ayant nécessité la pose de stent, d'ischémie cardiaque, de dysfonction valvulaire sévère, sepsis, coagulation intravasculaire disséminée, insuffisance respiratoire aiguë, insuffisance rénale terminale sans dialyse
--	---	---

\*\* disponible à: [www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system](http://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system) »

L.V. LE     JPBS         HC TF YU

**Annexe 18 : contrat-type d'aide à l'installation des centres de santé dentaires dans les zones très sous-dotées en offre de soins dentaires**

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'avis du JJ MM AAAA relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°3 à l'accord national des centres de santé ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des centres de santé dentaires en zone « très sous-dotée » pris sur la base du contrat-type national prévu l'Annexe 18 de l'accord national.
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

L'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

un contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires dans les zones identifiées en zone « très sous dotée ».

**Article 1. Champ du contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires**

**Article 1.1. Objet du contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires**

Ce contrat vise à favoriser l'implantation des centres de santé dentaires dans les zones définies comme étant « très sous-dotées » par le biais d'une aide forfaitaire, versée à l'occasion de l'ouverture du centre de santé dans les zones précitées. Cette aide vise à accompagner le centre de santé dans cette période de fort investissement généré par le début l'ouverture d'un centre de santé (locaux, équipements, charges diverses, etc.).

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

## Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires

Le présent contrat est proposé aux centres de santé dentaires qui s'implantent dans une zone définie par l'agence régionale de santé comme étant « très sous dotées ».

Le centre de santé dentaire ne peut être signataire et bénéficiaire qu'une seule fois de ce contrat.

Il peut néanmoins conclure et bénéficier à l'issue du présent contrat, d'un contrat de maintien de l'activité en zone « très sous-dotée ».

## Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires

### Article 2.1. Engagements du centre de santé signataire

Le centre de santé dentaire s'engage à :

- remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « Système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire);
- exercer et poursuivre son activité dans les zones « très sous dotées » pour toute la durée du contrat, soit 5 ans;
- informer la caisse du ressort du centre de santé sans délai de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'issue du contrat.

### Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de santé

En contrepartie des engagements du centre de santé signataire définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au centre de santé une aide forfaitaire au titre de l'équipement ou autres investissements professionnels d'un montant de 45 000 euros par ETP chirurgien-dentiste salarié pour le premier ETP, puis 30 000€ pour les deuxième et troisième ETP chirurgiens-dentistes salariés rémunérés (plafond fixé à 3 ETP).

Cette aide est versée dans les conditions suivantes :

- 50% à la signature du contrat,
- le solde de 50% à la date du premier anniversaire du contrat.

L'appréciation du nombre d'ETP est réalisée au moment de la signature du contrat, celle-ci est réévaluée tous les ans à date du premier anniversaire puis au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre les années suivantes. Le montant est alors proratisé en fonction des années restantes dans la limite de 3 ETP dans l'hypothèse où le centre n'atteindrait pas au moment de la signature le plafond.

A titre d'exemple, le centre de santé justifie de l'embauche de 1,5 ETP à la signature du contrat, le montant de l'aide s'élève donc à 60 000€ (45000€ pour 1 ETP + 0,5x30 000€). Si celui-ci recrute l'année suivante 1 ETP supplémentaire (soit 2,5 ETP au total), il bénéficiera donc de 27 000€ supplémentaire : soit 75 000€ (pour 2,5 ETP au total) – 60 000€ (versée pour 1,5 ETP) x 4/5 (4 années restantes au contrat).

Au-delà de 3 ETP une valorisation de 6 000€/ETP supplémentaire est versée tous les ans. Au-delà de la date du premier anniversaire, le versement intervient au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre l'année suivant le recrutement de l'ETP supplémentaire.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

L.V. LE  JPBS   HC TF YU

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

**Modulation régionale par l'Agence Régionale de Santé du montant de l'aide à l'installation dans certaines zones identifiées comme particulièrement fragile**

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire, pour les centres de santé adhérant au présent contrat, exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en chirurgie dentaire soit en zone « très sous dotée ».

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant de l'aide forfaitaire prévue au présent article.

Elle bénéficie au maximum à 20% des zones éligibles dans la région.

**Article 3. Durée du contrat d'aide à l'installation**

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature par l'ensemble des parties, sans possibilité de renouvellement.

**Article 4. Résiliation du contrat d'aide à l'installation**

**Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé**

Le centre de santé peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre de santé, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'Agence Régionale de Santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du centre de santé procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé.

**Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé**

Dans le cas où le chirurgien-dentiste ne respecte pas ses engagements contractuels (départ de la zone ou chirurgien-dentiste ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat), la caisse du ressort du cabinet principal du professionnel l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après. La caisse d'assurance maladie informera en parallèle l'Agence Régionale de Santé de cette décision.

Le chirurgien-dentiste dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au chirurgien-dentiste la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans ce cas, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation notifiée par la caisse.

L.V. LE  JPBS   HC TF YU

**Article 5. Conséquences d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins**

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice du chirurgien-dentiste adhérent de la liste des zones précitées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le centre de santé.

Le centre de santé

Nom Prénom du représentant légal

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

Nom Prénom

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

**Annexe 19 : contrat-type d'aide au maintien des centres de santé dentaires dans les zones très sous-dotées en offre de soins dentaires**

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'avis du JJ MM AAAA relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°3 à l'accord national des centres de santé ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des centres de santé dentaires en zone « très sous-dotée » pris sur la base du contrat-type national à l'Annexe 18 de l'accord national.
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

L'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

un contrat d'aide au maintien d'activité des centres de santé dentaires installés dans les zones identifiées en zone « très sous dotée ».

**Article 1. Champ du contrat d'aide au maintien d'activité**

**Article 1.1. Objet du contrat d'aide au maintien d'activité**

Ce contrat vise à favoriser le maintien des centres de santé dentaires dans les zones définies comme étant « très sous dotées » par la mise en place d'une aide forfaitaire, afin de limiter les contraintes

L.V. LE  JPBS   HC TF YU

financières pesant sur les centres de santé et de leur permettre de réaliser des investissements et contribuer ainsi à améliorer la qualité des soins dentaires.

## **Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide au maintien d'activité**

Le présent contrat est proposé aux centres de santé dentaires déjà installés en zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins telle que précisée dans l'article précédent.

Ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à l'installation défini à l'article 19.6 de l'accord national.

## **Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide au maintien d'activité**

### **Article 2.1. Engagements du centre de santé dentaire**

En adhérant au contrat d'aide au maintien, le centre de santé dentaire s'engage à exercer et poursuivre son activité dans la zone définie à l'article 19.6.1. pendant une durée de trois ans consécutifs à compter de la date d'adhésion du centre de santé au contrat.

Il s'engage par ailleurs à remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « Système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire).

Enfin, il s'engage à informer préalablement la caisse de sa circonscription de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

### **Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé**

En contrepartie de ses engagements le centre de santé définis à l'article 2.1, bénéficie d'une aide forfaitaire de 3 000 euros par an et par ETP chirurgien-dentiste salarié au titre de l'équipement ou autres investissements professionnels.

Elle est versée au titre de chaque année au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre de l'année civile suivante.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

## **Article 3. Durée du contrat d'aide au maintien d'activité**

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans consécutifs, renouvelable, à compter de sa signature par l'ensemble des parties.

## **Article 4. Résiliation du contrat d'aide au maintien d'activité**

### **Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé**

Le centre de santé peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

L.V. LE  JPBS   HC TF YU

Cette résiliation volontaire prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre de santé, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

En cas de résiliation anticipée du contrat, la caisse d'assurance maladie du ressort du centre de santé procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé.

#### **Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé**

Dans le cas où le centre de santé ne respecte pas ses engagements contractuels (départ de la zone ou centre de santé ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat), la caisse du ressort du centre de santé l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion et récupère les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

#### **Article 5. Conséquences d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins**

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice du centre de santé dentaire adhérent de la liste des zones précitées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le centre de santé.

Le centre de santé

Nom Prénom du représentant légal

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

Nom Prénom

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

**Annexe 20 : contrat-type d'aide à l'installation des centres de santé dentaires dans les zones très sous-dotée en offre de soins dentaires (CAICDSD 2023)**

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, publié au journal officiel du JJ MM AAAA;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des centres de santé dentaires en zone « très sous-dotée » pris sur la base du contrat-type national prévu à l'annexe 20 de l'accord national.
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique)

L.V. LE  JP B  H C T F YU

un contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires (CAICDSD 2023) dans les zones identifiées en zone « très sous dotée ».

## **Article 1. Champ du contrat d'aide à l'installation**

### **Article 1.1. Objet du contrat d'aide à l'installation**

Ce contrat vise à favoriser l'implantation des centres de santé dentaires dans les zones définies comme étant « très sous dotées » par le biais d'une aide forfaitaire, versée à l'occasion de l'ouverture du centre de santé dans les zones précitées. Cette aide vise à accompagner le centre de santé dans cette période de fort investissement généré par le début d'ouverture d'un centre de santé (locaux, équipements, charges diverses, etc.).

### **Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide à l'installation**

Le présent contrat est proposé aux centres de santé dentaires qui s'implantent dans une zone définie par l'agence régionale de santé comme étant « très sous dotées ».

Le centre de santé dentaire ne peut être signataire et bénéficiaire qu'une seule fois de ce contrat.

Il peut néanmoins conclure et bénéficier à l'issue du présent contrat, d'un contrat de maintien de l'activité (CAMCDSD2023) en zone « très sous-dotée ».

Ce contrat n'est pas cumulable avec les contrats d'aide à l'installation et au maintien prévue à l'annexe 18 et 19 de l'accord national.

## **Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires**

### **Article 2.1. Engagements du centre de santé signataire**

Le centre de santé dentaire s'engage à :

- remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « Système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire);
- exercer et poursuivre son activité dans les zones « très sous dotées » pour toute la durée du contrat, soit 5 ans;
- informer la caisse du ressort du centre de santé sans délai de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'issue du contrat.

### **Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de santé**

En contrepartie des engagements du centre de santé signataire définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au centre de santé une aide forfaitaire au titre de l'équipement ou autres investissements professionnels d'un montant de 50 000 euros par ETP chirurgien-dentiste salarié dans la limite de 3 ETP chirurgiens-dentistes salariés rémunérés.

Cette aide est versée en deux fois : 50% la première année du contrat (dans le mois suivant la signature du contrat) et le solde de 50% la troisième année (au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre).

L'appréciation du nombre d'ETP est réalisée au moment de la signature du contrat, celle-ci est réévaluée tous les ans au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre. Le montant est alors proratisé en fonction des

L.V. LE  JPB   HC TF YU

années restantes dans la limite de 3 ETP dans l'hypothèse où le centre n'atteindrait pas au moment de la signature le plafond.

A titre d'exemple, le centre de santé justifie de l'embauche de 1,5 ETP à la signature du contrat, le montant de l'aide s'élève donc à 75 000€ (50 000€ pour 1 ETP + 0,5x50 000€). Si celui-ci recrute l'année suivante 1 ETP supplémentaire (soit 2,5 ETP au total), il bénéficiera donc de 65 000€ supplémentaire : soit 125 000€ (pour 2,5 ETP au total) – 75 000€ (versée pour 1,5 ETP) x 4/5 (4 années restantes au contrat).

Au-delà de 3 ETP une valorisation de 6 000€/ETP supplémentaire est versée tous les ans. Au-delà de la date du premier anniversaire, le versement intervient au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre de l'année suivant le recrutement de l'ETP supplémentaire.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

### **Article 3. Durée du contrat d'aide à l'installation**

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature par l'ensemble des parties, sans possibilité de renouvellement.

### **Article 4. Résiliation du contrat d'aide à l'installation**

#### **Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé**

Le centre de santé peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre de santé, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'Agence Régionale de Santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du centre de santé procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé.

#### **Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé**

Dans le cas où le centre de santé ne respecte pas ses engagements contractuels (départ de la zone ou non-respect des critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat), la caisse du ressort du centre de santé l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après. La caisse d'assurance maladie informera en parallèle l'Agence Régionale de Santé de cette décision.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans ce cas, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation notifiée par la caisse.

L.V. LE  JPBS   HC TF YU

**Article 5. Conséquences d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins**

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'implantation du centre de santé adhérent de la liste des zones précitées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le centre de santé.

Le centre de santé

Nom Prénom du représentant légal

La caisse d'assurance maladie

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

Nom Prénom

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

**Annexe 21 : contrat-type d'aide au maintien des centres de santé dentaires dans les zones déficitaires en offre de soins dentaires (CAMCDS 2023)**

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, publié au journal officiel du JJ MM AAAA ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des centres de santé dentaires en zone « très sous-dotée » pris sur la base du contrat-type national prévu à l'annexe 21 de l'accord national ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

un contrat d'aide au maintien d'activité des centres de santé dentaires (CAMCDS2023) installés dans les zones identifiées en zone « très sous dotée ».

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

## **Article 1. Champ du contrat d'aide au maintien d'activité**

### **Article 1.1. Objet du contrat d'aide au maintien d'activité**

Ce contrat vise à favoriser le maintien des centres de santé dentaires dans les *zones définies comme étant « très sous dotées »* par la mise en place d'une aide forfaitaire, afin de limiter les contraintes financières pesant sur les centres de santé et de leur permettre de réaliser des investissements et contribuer ainsi à améliorer la qualité des soins dentaires.

### **Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide au maintien d'activité**

Le présent contrat est proposé aux centres de santé dentaires déjà installés dans une zone définie comme étant « très sous dotée » définie par l'agence régionale de santé.

Ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à l'installation (CAICDSD2023) défini à l'article 20 de l'accord national. Il en va de même pour les contrats d'aide à l'installation et au maintien défini aux annexes 18 et 19 de l'accord national.

## **Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide au maintien d'activité**

### **Article 2.1. Engagements du centre de santé dentaire**

En adhérant au contrat d'aide au maintien, le centre de santé dentaire s'engage à exercer et poursuivre son activité dans la zone « très sous-dotées » pendant une durée de trois ans consécutifs à compter de la date d'adhésion du centre de santé au contrat.

Il s'engage par ailleurs à remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « Système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire).

Enfin, il s'engage à informer préalablement la caisse de sa circonscription de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

### **Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé**

En contrepartie des engagements du centre de santé définis à l'article 2.1, il bénéficie d'une aide forfaitaire de 4 000 euros par an et par ETP chirurgien-dentiste au titre de l'équipement ou autres investissements professionnels.

Elle est versée au titre de chaque année au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre de l'année civile suivante.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

## **Article 3. Durée du contrat d'aide au maintien d'activité**

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans consécutifs, renouvelable, à compter de sa signature par l'ensemble des parties.

## **Article 4. Résiliation du contrat d'aide au maintien d'activité**

### **Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé**

L.V. LE  JP B    HC TF YL

Le centre de santé peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation volontaire prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre de santé, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, le centre de santé ne pourra pas bénéficier de l'aide prévue pour l'année au cours de laquelle il résilie le contrat.

#### **Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé**

Dans le cas où le centre de santé ne respecte pas ses engagements contractuels (départ de la zone ou centre de santé ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat), la caisse du ressort du centre de santé l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception et récupère les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Dans ce cas, le centre de santé ne pourra pas bénéficier de l'aide prévue pour l'année au cours de laquelle son contrat est résilié.

Le centre de santé

Nom Prénom du représentant légal

La caisse d'assurance maladie      L'agence régionale de santé

Nom Prénom

Nom Prénom

L.V. LE  JPBS  HC TF YU

L.V. LE <sup>hr</sup> JPB of A HC TF YL