

**MISE en LIGNE AMELI**  
**INFORMATION pour les CHIRURGIENS-DENTISTES**

**ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE : MODIFICATION des MODALITES de l'ACCORD PREALABLE**

La décision UNCAM du 17 décembre 2013 modifie les modalités de l'accord préalable (AP) pour les actes d'orthopédie dento-faciale figurant à l'article 5 du chapitre VI du Titre III, à la deuxième partie.

A la deuxième partie, titre III «Actes portant sur la tête», chapitre VI «Maxillaires», l'article 5 «Orthopédie dento-faciale» est remplacé par :

DESIGNATION DE L'ACTE	COEFFICIENT	LETTRE CLE	AP
La responsabilité de l'Assurance Maladie est limitée aux traitements commencés avant le seizième anniversaire. Le traitement doit concerner les dysmorphoses corrigibles et doit être commencé au plus tard six mois après la date de l'accord sous peine de la caducité de celui-ci. L'accord préalable est nécessaire pour tout nouveau traitement et est valable pour un an. L'accord préalable est nécessaire pour chaque renouvellement annuel des soins, ou en cas de changement de praticien, ou encore en cas de modification du plan de traitement. Le contrôle dentaire peut demander la communication des examens complémentaires qui ont fait l'objet d'un remboursement.			

A partir du 10 mars 2014, l'AP est donc nécessaire :

- pour tout nouveau traitement et est valable pour un an (auparavant, l'AP pouvait porter sur une fraction d'année) ;
- pour chaque renouvellement annuel des soins ;
- en cas de changement de praticien (nouveau) ;
- en cas de modification du plan de traitement (nouveau).

Ces conditions ne sont pas cumulatives.

Le contrôle dentaire peut demander la communication des examens complémentaires qui ont fait l'objet d'un remboursement.

D'autre part, à l'occasion de la mise en place des nouvelles modalités de l'AP, les conditions de facturation de l'acte d'orthopédie dento-faciale ont été modifiées.

La facturation d'un TO 45 tous les 3 mois est désormais autorisée. La possibilité de facturer un TO 90 tous les 6 mois est maintenue.

Il en est de même pour la facturation des actes d'orthopédie dento-faciale pour un **patient bénéficiant de la CMUC**, où il est désormais possible au professionnel de santé de facturer pour le TO45 la moitié des honoraires maxima autorisés par l'arrêté du 30 mai 2006 (soit 166,50€ pour un traitement sans multi-attaches et 32€ pour un traitement avec multi-attaches).

P.S. - La facturation du TO 45 doit se faire avec un code exonération 3 ou DIV afin de permettre le remboursement à 100 %.