

## Référentiel Médico-administratif des actes dentaires

Prestations Dentaires		Composition du dossier
<b>Consultation</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée.</li> <li>✓ Prescription datée, signée et cachetée par le médecin traitant comportant le nom du bénéficiaire</li> <li>✓ Motif de la consultation en l'absence d'une prescription</li> <li>✓ Facture ou quittance, si la consultation est réalisée au sein d'un établissement de soins.</li> </ul>
<b>Radiographie</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée.</li> <li>✓ Soit copie lisible de la radiographie numérique</li> <li>✓ Soit rapport de la radiographie pour la panoramique dentaire et la radiographie des articulations temporo-maxillaires</li> <li>✓ Soit copie du bilan pour le bilan complet en téléradiographie intra-buccale</li> <li>✓ Soit l'original ou la copie numérisée lisible de la radiographie rétro-alvéolaire argentique.</li> </ul>
<p>1- Les radiographies numériques ou copies numérisées doivent porter : la date, le nom du patient, les dents concernées et le cachet du praticien.</p> <p>2- La radiographie rétro-alvéolaire argentique doit être rattachée à une ordonnance indiquant La date, l'identifiant du patient, les dents concernées et le cachet du praticien.</p> <p>3- La date de la radio (avant) justifiant un acte ne doit pas dépasser <u>6 mois par rapport à la date d'exécution de ce dernier</u>, à défaut l'acte ne sera pas remboursé.</p>		
<b>Soins conservateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obturations dentaires définitives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée</li> </ul>

## Référentiel Médico-administratif des actes dentaires

<b>Soins conservateurs (Suite)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins de la pulpe et des canaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée</li> <li>Radiographie avant et après</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restauration avec ancrage radiculaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée</li> <li>Radiographie après</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hygiène bucco-dentaire et soins parodontiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée</li> </ul>
<b>Soins chirurgicaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extractions dentaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extractions de dents incluses, enclavées ou à l'état de germe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée</li> <li>Radiographie pré-opératoire</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgie des gencives et des muqueuses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée</li> <li>✓ Radiographie pré-opératoire pour les actes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trépanation du sinus maxillaire, par voie vestibulaire, pour recherche d'une racine ;</li> <li>- Dégagement chirurgical de la couronne d'une dent permanente incluse ;</li> <li>- Curetage périapical avec ou sans résection apicale ;</li> <li>- Exérèse chirurgicale d'un kyste .</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgie pré prothétique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autres Chirurgies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée</li> <li>✓ Radiographie pré-opératoire pour les actes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement des fractures des procès alvéolaires avec conservation des dents mobiles et déplacées ;</li> </ul> </li> </ul>

## Référentiel Médico-administratif des actes dentaires

<b>Soins chirurgicaux (Suite)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autres Chirurgies (Suite)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement orthopédique d'une fracture complète sans déplacement ;</li> <li>- Traitement orthopédique d'une fracture complète avec déplacement ;</li> <li>- Curetage et ablation des séquestres pour ostéite et nécrose des maxillaires circonscrites à la région alvéolaire ;</li> <li>- Curetage et ablation des séquestres pour ostéite ou nécrose du corps maxillaire.</li> </ul>
<b>Prothèses dentaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prothèse dentaire conjointe (Prothèse Fixe)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée</li> <li>✓ Radiographie avant exécution</li> <li>✓ Radiographie après exécution : A l'appréciation du contrôle médical.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prothèse dentaire adjointe (Prothèse Mobile)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée</li> </ul>
<b>Prothèse restauratrice maxillo-faciale</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée</li> </ul>
<b>Orthodontie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examens et diagnostic</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée (Précisant les examens réalisés : Détail du bilan ODF)</li> <li>✓ Motif de la réalisation du bilan s'il est réalisé au-delà de l'âge de 16 ans.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement ODF :</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée</li> <li>✓ L'accord préalable de la CNSS est obligatoire pour tous les actes d'Orthopédie Dento-Faciale (Voir la rubrique des pièces justificatives à fournir pour les dossiers d'entente préalable).</li> <li>✓ Note d'honoraires.</li> </ul> <p>➤ <b><u>En cas de traitement des dysmorphoses (ODF):</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>L'accord Préalable de la CNSS est obligatoire pour le 1er semestre demandé :</b> Feuille de soins, Devis et Bilan ODF « notamment la radio panoramique, la téléradio de profil et le compte rendu du bilan »-.</li> </ul>

## Référentiel Médico-administratif des actes dentaires

<p><b>Orthodontie (Suite)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement ODF (Suite)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La demande de l'accord préalable doit être faite avant l'âge de 16 ans.</li> <li>- Le remboursement se fait par semestre ;</li> <li>- Un semestre ODF ne peut être entamé qu'après la fin du semestre précédent</li> <li>➤ En cas de la mise en place sur l'arcade, d'une ou deux canines incluses :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acte à débiter avant 18ans.</li> <li>- Bilan ODF</li> </ul> </li> <li>➤ En cas de contention après ODF :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Devis annuel est nécessaire</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Pharmacie</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée</li> <li>✓ Prescription datée, signée et cachetée par le médecin traitant comportant le nom du bénéficiaire et le cachet de la pharmacie</li> <li>✓ Code à barre des médicaments (ou le PPV et Prospectus si le médicament est sans code à barre)</li> </ul>
<p><b>Radiologie, imagerie, Exploration</b></p> <p>→En sus des documents exigés figurant dans la partie réservée à la complétude de la Radiographie.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <u>Si l'exécutant est un médecin dentiste</u> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée</li> </ul> </li> <li>➤ <u>Si l'exécutant est un radiologue</u> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée ;</li> <li>✓ Prescription <b>datée, signée et cachetée par le médecin traitant</b> comportant le nom du bénéficiaire ;</li> <li>✓ Facture nominative, datée, cachetée avec numéro.</li> </ul> </li> </ul>



Le devoir de vous protéger

## Référentiel Médico-administratif des actes dentaires

<b>Biologie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Feuille de soins dûment remplie, signée et cachetée</li><li>✓ Prescription datée, signée et cachetée par le médecin traitant comportant le nom du bénéficiaire</li><li>✓ Facture nominative, datée, cachetée avec numéro</li></ul>
-----------------	--

### **Important**

- 1- La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical figurant sur la feuille de soins.
- 2- La feuille de soins relative aux Soins dentaires porte la référence 610-1-04 et doit être signée, cachetée et dûment remplie (y compris le schéma dentaire) par le Prestataire de soins.
- 3- La date de chaque prescription doit correspondre à une date remplie sur la feuille de soins (Acte dentaire, Consultation payante ou gratuite).
- 4- Le code INPE doit être renseigné par le médecin traitant sur tous les imprimés AMO.