



## Le Devis Conventionnel

Vous avez certainement reçu début janvier une circulaire de l'ASSO (Lettre 165) dénonçant « l'hallucinant devis ». Dans cette circulaire la paternité de ce devis est attribuée au SSFODF et à la CNSD.

### C'est faux !

Le SSFODF n'a en aucun cas décidé quoi que ce soit en la matière mais, subi comme toute la profession dentaire les conséquences de l'article 7 de l'avenant n°2 de la Convention nationale signée par la CNSD seule et faisant obligation à toute la profession d'utiliser un modèle type de devis dit « devis conventionnel ».

S'ensuivent des explications pour le moins fantaisistes et confuses sur le mode d'emploi de ce devis dont l'ASSO complique dangereusement la formulation. Ce devis est obligatoire y compris pour les spécialistes en ODF. Il est d'emploi on ne peut plus facile pour nous car il n'a pas à être rempli en ce qui concerne les colonnes :

- A – Prix de vente DMSM
- B1- Montant des prestations de soins
- B2- Charges de structures

Quant aux autres colonnes :

- N° de dent en localisation : elle n'est pas renseignée
- Libellé de l'acte ou libellé orthodontique : il ne s'agit que de remplir le libellé de l'acte tel qu'il figure dans la NGAP

**C'est tout, il n'y a rien à inscrire en plus.** Ne rentrez surtout pas dans le détail des appareils employés ce qui, en plus d'être inutile, peut prêter à litiges en cas de changement d'appareil pour des raisons thérapeutiques en cours de traitement.

La case « Total des honoraires » sera renseignée si vous avez choisi de mettre chaque semestre séparément ou un montant de semestre unitaire **en précisant la durée probable du traitement: 3 semestres par ex. et en cochant “ Oui” dans les options particulières.**

Ce devis ne concerne que les traitements et actes faisant l'objet d'une entente directe, il ne concerne pas les actes à tarifs opposables. Si la mutuelle exige de votre patient adulte un devis, seul le devis conventionnel doit être fourni, les formulaires

spécifiques à chaque complémentaire (MGEN, Santé Claire par ex) n'ont plus de raison d'être étant souvent contraire au respect du secret médical.

Il suffit alors de remplir la case « cotation NGAP » par la cotation en TO si l'acte est à la NGAP, par exemple: TO 90 ou TO15 + 5, sinon par « HN » et « base de remboursement assurance Maladie Obligatoire ou NR par 0,0€ ».

**Voir les exemples:**

Si votre programme de gestion a déjà incorporé le devis conventionnel, il vous suffit de le paramétrer suivant les explications données. Sinon, en tant qu'adhérent, vous allez sur le site [www.ssfodf.org](http://www.ssfodf.org).

Cliquez dans la barre des menus en haut de l'écran sur « espace adhérent », rentrez le mot de passe (si celui-ci est oublié, contactez le secrétariat par téléphone ou par e-mail : [laure.ssfodf@wanadoo.fr](mailto:laure.ssfodf@wanadoo.fr) et téléchargez la version enregistrable du devis. Les explications sont dans la page accessible à tous sur le devis conventionnel.

**ATTENTION !! , les montants indiqués pour les honoraires sont des exemples qui ne sont en aucun cas une consigne tarifaire.**

À remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire :  
 Adresse de l'assuré : \_\_\_\_\_  
 Tél : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'organisme complémentaire : \_\_\_\_\_ N° de contrat ou d'adhérent : \_\_\_\_\_  
 Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) : \_\_\_\_\_

À remplir par le chirurgien-dentiste. Description du traitement proposé : \_\_\_\_\_  
 Dispositions particulières :  oui  non Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_  
 Nombre de semestres de traitement présumés : 3

Lieu de fabrication du dispositif médical :  en France  au sein de l'Union Européenne  hors Union Européenne (Pays) : \_\_\_\_\_  
 sans sous-traitance du fabricant  avec une partie de la réalisation du fabricant sous-traitée :  en France  au sein de l'Union Européenne  hors Union Européenne (Pays) : \_\_\_\_\_  
 À l'issue du traitement, il vous sera remis la déclaration de conformité\* du dispositif médical (\*document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

N° dent ou Localisation	Libellé de l'acte ou libellé Orthodontique	Matériaux utilisés	Code CCAM ou pour l'orthodontie cotation NGAP	(A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure*	(B1) Montant des prestations de soins	(B2) Charges de structure	(C=A+B1+B2) Montant des honoraires du devis	(D) Base de remboursement Assurance Maladie Obligatoire ou NR	(E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire	Réservé à l'organisme complémentaire
	Diagnostic		TO 5+5				150.00 €	43.00 €	107.00 €	
	1er semestre ODF		TO 90				840.00 €	193.50 €	646.50 €	
	2ème semestre ODF		TO 90				840.00 €	193.50 €	646.50 €	
	3ème semestre ODF		TO 90				840.00 €	193.50 €	646.50 €	
	Contention 1ère année		TO 75				500.00 €	161.25 €	338.75 €	
Total €							3170.00 €	784.75 €	2385.25 €	

Matériaux et normes : 1 Alliage précieux NF EN ISO 22674 3/2007 2 Alliage semi-précieux NF EN ISO 22674 3/2007 3 Alliage non précieux CoCr - NF EN ISO 22674 3/2007 4 Alliage non précieux NCR - NF EN ISO 22674 3/2007  
 5 Résine Base NF EN ISO 1567 2000 6 Résine Dent NF EN ISO 22112 2005 7 Céramo-métallique NF EN ISO 9693 2000 8 Céramo dentaire NF EN ISO 6872 1999

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement  
 Date et signature du patient ou du (des) responsable(s) légal (légaux) : \_\_\_\_\_ Total des honoraires : 3170

**Devis pour les actes avec entente directe et pris en charge avec totalisation**

À remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire :  
 Adresse de l'assuré : \_\_\_\_\_  
 Tél : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'organisme complémentaire : \_\_\_\_\_ N° de contrat ou d'adhérent : \_\_\_\_\_  
 Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) : \_\_\_\_\_

À remplir par le chirurgien-dentiste. Description du traitement proposé : \_\_\_\_\_  
 Dispositions particulières :  oui  non Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_  
 Nombre de semestres de traitement présumés : 5 **Durée**

Lieu de fabrication du dispositif médical :  en France  au sein de l'Union Européenne  hors Union Européenne (Pays) : \_\_\_\_\_  
 sans sous-traitance du fabricant  avec une partie de la réalisation du fabricant sous-traitée :  en France  au sein de l'Union Européenne  hors Union Européenne (Pays) : \_\_\_\_\_  
 À l'issue du traitement, il vous sera remis la déclaration de conformité\* du dispositif médical (\*document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

N° dent ou Localisation	Libellé de l'acte ou libellé Orthodontique	Matériaux utilisés	Code CCAM ou pour l'orthodontie cotation NGAP	(A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure*	(B1) Montant des prestations de soins	(B2) Charges de structure	(C=A+B1+B2) Montant des honoraires du devis	(D) Base de remboursement Assurance Maladie Obligatoire ou NR	(E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire	Réservé à l'organisme complémentaire
	Diagnostic		TO 15+5				150.00 €	43.00 €	107.00 €	
	Semestre ODF		TO 90				840.00 €	193.50 €	646.50 €	
	Surveillance		TO 5+5				80.00 €	21.50 €	58.50 €	
	Contention 1ère année		TO 75				500.00 €	161.25 €	338.75 €	
Total €										

Matériaux et normes : 1 Alliage précieux NF EN ISO 22674 3/2007 2 Alliage semi-précieux NF EN ISO 22674 3/2007 3 Alliage non précieux CoCr - NF EN ISO 22674 3/2007 4 Alliage non précieux NCR - NF EN ISO 22674 3/2007  
 5 Résine Base NF EN ISO 1567 2000 6 Résine Dent NF EN ISO 22112 2005 7 Céramo-métallique NF EN ISO 9693 2000 8 Céramo dentaire NF EN ISO 6872 1999

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement  
 Date et signature du patient ou du (des) responsable(s) légal (légaux) : \_\_\_\_\_ Total des honoraires : \_\_\_\_\_

**Devis pour les actes avec entente directe et pris en charge sans totalisation**

À remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire :  
 Adresse de l'assuré : \_\_\_\_\_  
 Tél : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'organisme complémentaire : \_\_\_\_\_ N° de contrat ou d'adhérent : \_\_\_\_\_  
 Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) : \_\_\_\_\_

À remplir par le chirurgien-dentiste. Description du traitement proposé : \_\_\_\_\_  
 Dispositions particulières :  oui  non Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_  
 Nombre de semestres de traitement présumés : 3

Lieu de fabrication du dispositif médical :  en France  au sein de l'Union Européenne  hors Union Européenne (Pays) : \_\_\_\_\_  
 sans sous-traitance du fabricant  avec une partie de la réalisation du fabricant sous-traitée :  en France  au sein de l'Union Européenne  hors Union Européenne (Pays) : \_\_\_\_\_  
 À l'issue du traitement, il vous sera remis la déclaration de conformité\* du dispositif médical (\*document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

N° dent ou Localisation	Libellé de l'acte ou libellé Orthodontique	Matériaux utilisés	Code CCAM ou pour l'orthodontie cotation NGAP	(A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure*	(B1) Montant des prestations de soins	(B2) Charges de structure	(C=A+B1+B2) Montant des honoraires du devis	(D) Base de remboursement Assurance Maladie Obligatoire ou NR	(E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire	Réservé à l'organisme complémentaire
	Diagnostic		HN (TO15+5)				200.00 €	0.00 €	200.00 €	
	Semestre ODF		HN (TO90)				1150.00 €	0.00 €	1150.00 €	
	Contention 1ère année		HN (TO75)				800.00 €	0.00 €	800.00 €	
Total €										

Matériaux et normes : 1 Alliage précieux NF EN ISO 22674 3/2007 2 Alliage semi-précieux NF EN ISO 22674 3/2007 3 Alliage non précieux CoCr - NF EN ISO 22674 3/2007 4 Alliage non précieux NCR - NF EN ISO 22674 3/2007  
 5 Résine Base NF EN ISO 1567 2000 6 Résine Dent NF EN ISO 22112 2005 7 Céramo-métallique NF EN ISO 9693 2000 8 Céramo dentaire NF EN ISO 6872 1999

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement  
 Date et signature du patient ou du (des) responsable(s) légal (légaux) : \_\_\_\_\_ Total des honoraires : \_\_\_\_\_

**Devis pour les actes avec entente directe et non pris en charge sans totalisation**

Ce devis, s'il est effectivement obligatoire depuis l'entrée en application de l'article 7 de l'avenant n° 2 de la Convention nationale, ne donnera lieu à sanction, dans le cas où il ne serait pas établi pour vos patients, **qu'à partir du 1er Juin 2014**, date de l'entrée en application de la CCAM. Après cette date vous encourez, dans le cas avéré d'infraction à ces dispositions, à une amende de 1 500 € (contravention de 5ème classe) selon l'article R113-1 2ème alinéa du code de la consommation.

Nous espérons que nos explications vous seront utiles pour vous préparer à l'emploi de ce devis conventionnel.