

I / Je souhaite faire établir un certificat de situation bucco dentaire (CSBD)

I / 1) Quel intérêt ai-je à faire établir un CSBD ?

Ce certificat permet d'obtenir un état des lieux de votre situation buccodentaire au moment de sa réalisation. S'il n'est pas obligatoire, il est donc très utile au praticien qui sera chargé de reprendre vos soins pour adapter au mieux le traitement qui convient à votre état de santé buccodentaire.

Par ailleurs, réalisé avant la reprise des soins et versé à votre dossier médical, il pourra être produit dans le cadre d'une expertise judiciaire ultérieure en cas de recours contentieux.

I / 2) En quoi consiste ce certificat ?

Ce certificat est composé de deux parties : l'une résulte d'un examen clinique de votre bouche et de vos dents et l'autre, qui complète cet examen, est une radiographie panoramique.

L'ensemble de ces examens permet de décrire les pathologies ou anomalies constatées ainsi que le nombre et la nature des implants posés ainsi que la date de leur pose.

I / 3) Le praticien peut-il refuser d'établir un CSBD ?

Non, le praticien n'a pas le droit de refuser d'établir un CSBD, y compris si vous ne vous présentez pas avec votre dossier médical. En revanche, si vous avez pu récupérer votre dossier médical, il est préférable que vous l'apportiez.

Si le praticien ne dispose pas de moyens lui permettant de réaliser une radiographie panoramique, il peut cependant procéder à l'examen clinique et compléter la partie correspondante du CSBD. Un radiologue pourra ensuite compléter le certificat après avoir réalisé une radiographie panoramique dentaire.

Dans l'hypothèse où vous vous heurteriez au refus d'un praticien pour établir un certificat, nous vous recommandons d'en informer le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes ([Liste](#)), et si vous le souhaitez également le conseil régional de l'ordre des chirurgiens-dentistes à l'adresse suivante : 27, rue Ginoux, 75015 PARIS ou par téléphone au 01 42 96 05 14.

I / 4) Combien coûte un CSBD et comment suis-je remboursé ?

o Quel est le tarif d'un CSBD

La consultation clinique est facturée 30 € et la radiographie panoramique 24 €. Vous devrez acquitter ces montants auprès de votre praticien avant d'être intégralement remboursé par votre caisse d'assurance maladie, dès lors qu'elle recevra l'attestation de prise en charge. Si

le praticien choisit de pratiquer ces actes en tiers payant, vous n'aurez aucun frais à avancer ; le praticien sera alors directement payé par votre caisse d'assurance maladie. Il est précisé que, dans la mesure où les actes dont il est question (consultation et radiographie) ne sont pas des actes prothétiques ou orthodontiques, le praticien n'est pas autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires.

○ **A qui m'adresser pour obtenir une attestation de prise en charge ?**

Vous pouvez vous adresser à votre caisse d'assurance maladie ou à l'adresse mail suivante ars-idf-dentexia@ars.sante.fr afin qu'elle vous délivre une attestation à faire compléter par le praticien qui vous aura délivré le certificat.

○ **Qui doit retourner l'attestation à la caisse d'assurance maladie ?**

- Si vous avez payé l'intégralité du CSBD (54 €), vous retournez l'attestation remplie et signée par le(s) professionnel(s) à votre caisse d'assurance maladie, à l'attention du « correspondant Dentexia ».
- Si vous n'avez pas eu à avancer les frais, ce sont le ou les praticiens qui se chargeront d'adresser l'attestation à votre caisse.
- Si vous n'avez payé que pour une partie de l'attestation, la radiographie panoramique, par exemple, vous n'enverrez à votre caisse que la partie de l'attestation correspondant à cet acte. La seconde partie concernant l'examen clinique, pour laquelle vous n'avez pas payé le praticien, sera envoyée par ce dernier à votre caisse.

○ **Jusqu'à quand puis-je utiliser cette attestation ?**

La date de fin de validité de cette attestation, fixée initialement au 31 décembre 2016, est prolongée exceptionnellement jusqu'au 31 mars 2017.

I / 5) Qui conserve le CSBD ?

L'original du CSBD et de la radio panoramique sont à conserver par le praticien. En revanche, il doit vous en remettre une copie.

II / JE SOUHAITE REPRENDRE LES SOINS

II / 1) Dois-je, pour reprendre les soins, choisir le praticien qui a établi le CSBD ?

Non, vous n'êtes en aucun cas tenu de choisir le même praticien si vous ne le souhaitez pas. Vous pouvez vous adresser à un autre praticien ou encore au service d'odontologie d'un centre hospitalier ([Liste centres hospitaliers](#)).

II / 2) Je n'ai pas pu récupérer mon dossier médical

Même si vous n'avez pas pu récupérer votre dossier médical ou si celui-ci est incomplet, vous pouvez reprendre les soins. Le praticien ne peut pas ne pas vous prendre en charge pour cette raison. Si c'est le cas vous devez en informer le conseil départemental (et si vous le souhaitez le conseil régional) de l'ordre des chirurgiens dentistes.

II / 3) Le chirurgien dentiste ne dispose pas du matériel lui permettant de me prendre en charge

Dans ce cas, demandez-lui s'il peut vous orienter vers un confrère ou vers un service hospitalier équipé pour l'implantologie.

II / 4) Puis-je bénéficier d'une aide financière ?

Une aide financière exceptionnelle peut vous être attribuée en tant qu'ancien patient de Dentexia par votre caisse d'assurance maladie. Le dispositif s'adresse aux patients qui ont reçu des soins dans ces structures après le 1^{er} janvier 2015 (ou après le 1^{er} janvier 2014 pour les anciens patients du centre King) et qui connaissent, en raison de l'importance des soins à réaliser et de leurs ressources, des difficultés à financer seuls la reprise des soins. Il permettra ainsi, en cas d'attribution et selon votre situation financière personnelle, de financer **tout ou partie** des dépenses envisagées.

Pour bénéficier de cette aide, vous devez produire un dossier comprenant notamment des informations relatives :

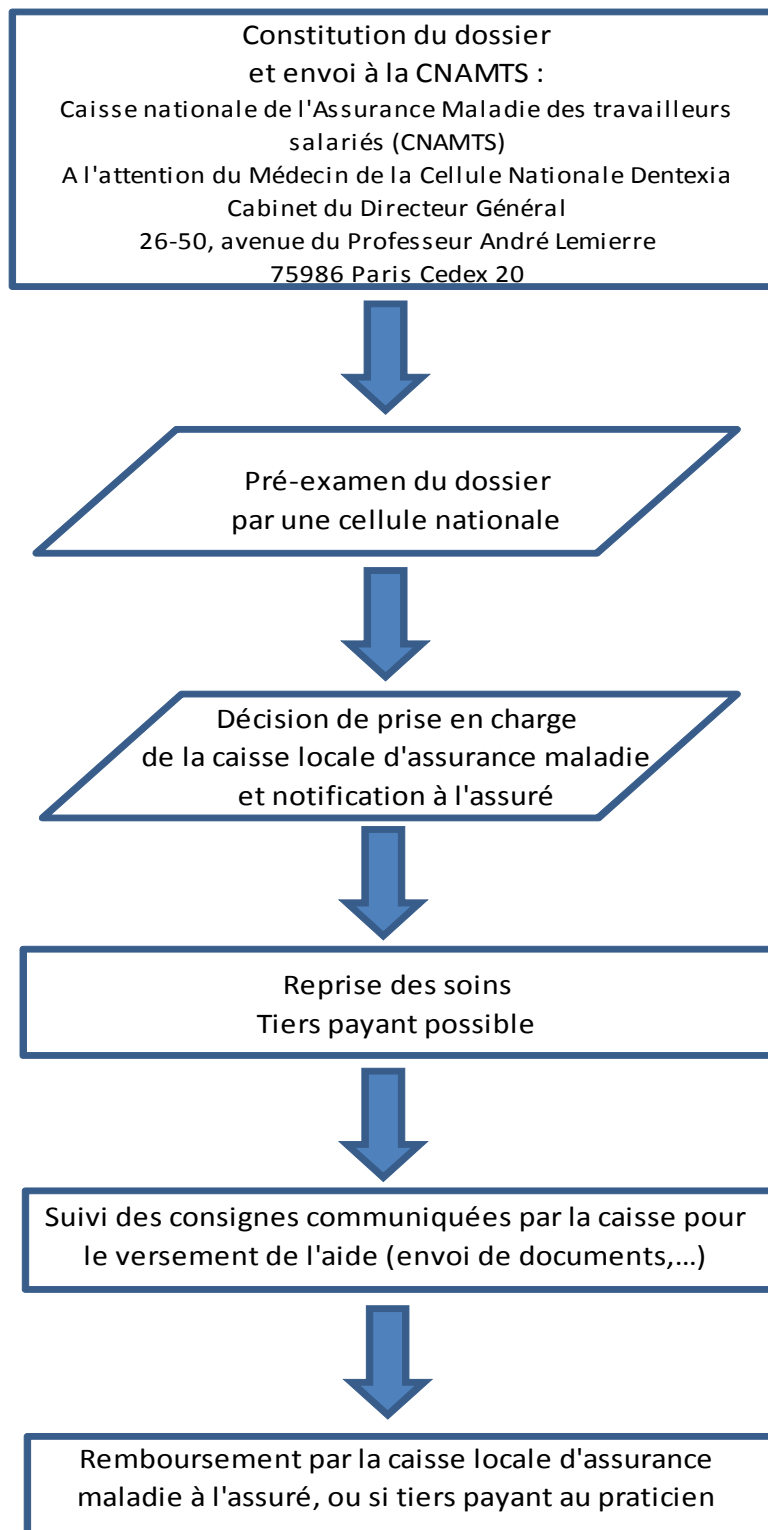
- à vos ressources (avis d'imposition, ressources nettes du foyer des 3 derniers mois, etc.),
- aux soins envisagés (radio panoramique, plans de traitement avec alternatives thérapeutiques et a minima deux devis y correspondant - le cas échéant établis par le même praticien -),
- si vous avez une complémentaire santé, aux montants pris en charge par celle-ci sur les devis fournis (attestation de prise en charge).

Par ailleurs, le dossier devra, pour les ex-patients du centre King ainsi que dans les cas où aucune feuille de soins n'aurait été émise par les centres Dentexia, fournir les documents attestant des soins réalisés par Dentexia à savoir les factures reçues ou, à défaut, les devis ou tout document attestant des soins effectués dans le centre Dentexia.

Vous trouverez ci-dessous la démarche à suivre pour solliciter une aide financière, ainsi que le processus d'attribution de l'aide. La date butoir de réception des dossiers de demande d'aide par la CNAMTS est fixée au 31 mars 2017. L'intégralité des informations sur le dispositif est également accessible sur le site AMELI ([lien](#)).



Quel que soit votre régime d'assurance maladie obligatoire, veillez à adresser votre dossier de demande à la CNAMTS. Seuls les assurés de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale devront s'adresser directement à celle-ci.



A noter :

- L'accord pour attribution de l'aide se fera à partir des devis produits, et sera donc délivré pour des soins qui n'ont pas encore été réalisés. Néanmoins, les soins déjà effectués à compter de la date de liquidation des centres (février 2015 pour les cabinets H. King, février 2016 pour le cabinet J.C. Pagès et mars 2016 pour les autres centres Dentexia), et jusqu'à mise en place du dispositif d'aide à la reprise

des soins soit le 17 novembre 2016, pourront bénéficier d'une aide *a posteriori*. En vue d'obtenir le versement final de l'aide, les personnes seront informées par leur caisse des documents à lui adresser pour que les soins soient payés.

- L'aide sera accordée pour le financement des soins directement liés aux actes pratiqués dans les centres Dentexia, et au regard des tarifs habituellement constatés. Par conséquent, et en cas de dépassements tarifaires anormalement élevés, l'aide pourra être calculée sur la base de montants inférieurs à ceux présentés dans les devis. Dès lors, le patient aura le choix d'accepter l'aide sur cette base, ou de demander de nouveaux devis qui pourront être soumis à un nouvel examen.
- L'aide pourra intervenir en tiers-payant. La personne n'aura donc à avancer les frais que sur la part restant effectivement à sa charge.