
Sommaire

EBD	1
évolutions du 1 ^{er} avril 2025	1
Sommaire	1
Objet.....	2
Vue générale des mesures	2
Mesures de la convention et de la loi de Finance de la SS	2
Facturation en tiers payant des complémentaires santé	2
EBD pour les enfants ou jeunes adultes	3
Nouvelles lettres clés	3
EBD pour les femmes enceintes	4
Pour une patiente enceinte, avant le 6 ^{ème} mois ou après le 12 ^e jour après l'accouchement.....	4
Pour une patiente enceinte, du 6 ^{ème} mois jusqu'au 12 ^e jour après l'accouchement	4
Saisie du formulaire EBD	5
Le formulaire EBD doit être rempli sur Ameli Pro	5
Le conventionnement auprès des organismes de tiers payant	6
Renseigner l'attestation complémentaire	7
Réaliser une FSE+DRE en tiers payant	8
FAQ.....	9
Lexique	11

Objet

Ce document liste les modifications de l'examen bucco-dentaire ainsi que le conventionnement à réaliser auprès des organismes et le tiers payant.

Vue générale des mesures

Mesures de la convention et de la loi de Finance de la SS

- Réalisation de l'EBD et des soins de suite seront **sans avance de frais du patient**
Ce point est très important : en aucun cas, il n'est autorisé de faire payer l'acte ou le ticket modérateur au patient. Ce principe découle de [l'article L162-1-12 du code de Sécurité Sociale](#).
- Les complémentaires santé prendront en charge une part de ce financement
- Revalorisation de l'EBD de 10 €
- Nouveau formulaire d'examen

Facturation en tiers payant des complémentaires santé

L'EBD et les soins de suite seront pris en charge par les complémentaires dans certains cas, synthétisés ci-contre :

Bénéficiaire et couverture à la date des soins		Risque	Examen EBD	Soins de suite
Enfant ou femme enceinte ne possédant pas d'AMC ouverte		Tous	100% TP AMO	100% TP AMO
Couverture C2S		Tous	100% TP CSS	100% TP CSS
Le patient possède une AMC mais pas de TP AMC possible (pas d'attestation...)			Pas de facturation de l'EBD Facturer à la place les soins, la radio, une consultation ou proposer de repasser pour faire la facturation	
Avec AMC active	Enfant de 3 à 24 ans	Maladie	TP AMO TP AMC	TP AMO TP AMC
	Femme enceinte Durant les droits maternité (du 6ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour après l'accouchement)	Maternité	100% TP AMO	100% TP AMO
	Femme enceinte En dehors des droits maternité (avant 6ème mois de grossesse ou +12 jours après l'accouchement)	Maladie	TP AMO TP AMC	TP AMO/AMC non obligatoire

Les taux de remboursement AMO et AMC diffèrent comme d'habitude suivant le régime du bénéficiaire.

Par exemple, pour un patient au régime général, le tiers payant AMO est de 60% de la base SS, la part complémentaire étant donc de 40%.

EBD pour les enfants ou jeunes adultes

Nouvelles lettres clés

De nouvelles lettres clés apparaissent, augmentant de 10 € les tarifs précédents :

• BDA : examen seul	40 €
• BDB : examen avec 1 ou 2 clichés radio	52 €
• BDD : examen avec 3 ou 4 clichés	64 €
• BDP : examen avec réalisation d'une radio panoramique	64 €
• BDH : supplément pour prise en charge d'un handicap sévère	+23 €

L'EBD est proposé chaque année entre 3 et 24 ans

Une invitation est transmise chaque année par voie électronique.

Une invitation par voie postale sera transmise aux 3, 6, 12 et 18 ans. Un seul EBD par année **civile**

Soin complémentaire dans la même séance

Lors de l'Examen, il est possible de facturer un seul acte CCAM. Vous ne pourrez donc pas facturer, par exemple, deux HBJD001 (détartrage) dans la même séance que l'examen buccodentaire (mais un seul HBJD001 est possible).

Exception : il est possible de facturer un détartrage (HBJD001) + un vernis fluoré (HBLD045) le même jour que l'EBD

Soins supplémentaires

Les soins suivants peuvent être effectués en autant de séances que nécessaire, mais ils doivent être réalisés dans les 6 mois suivant l'examen bucco-dentaire.

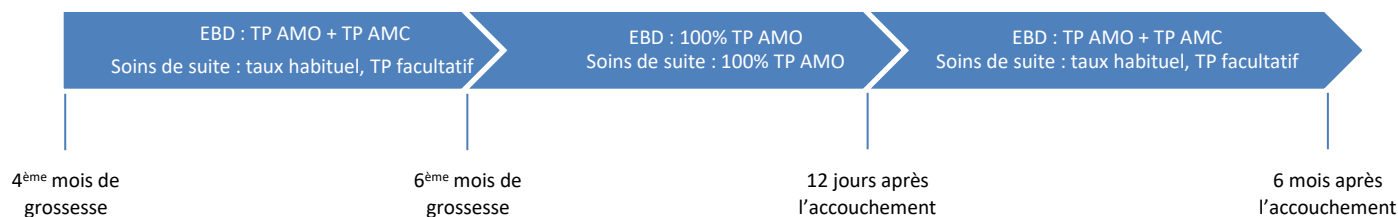


EBD pour les femmes enceintes

Pour l'examen de prévention destiné aux femmes enceintes, les mêmes codes de prestations que pour les enfants doivent être utilisés.

L'examen n'est proposé que pour les femmes enceintes à partir de l'année civile de leur 25 ans. En effet, au-dessous de cet âge, c'est l'EBD enfant/jeune adulte qui est utilisé.

La prise en charge se fait en fonction de l'état d'avancée de la grossesse.



Pour une patiente enceinte, avant le 6^{ème} mois ou après le 12^{ème} jour après l'accouchement

Les droits maternité ne sont pas encore ouverts. Par conséquent :

- L'examen est pris en charge obligatoirement en tiers payant. LOGOSw placera automatiquement le bilan en tiers payant.
- Les soins consécutifs réalisés seront pris en charge au taux habituel de remboursement. Les soins de suite ne sont pas en tiers payant obligatoire.

Pour une patiente enceinte, du 6^{ème} mois jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement

Les droits maternité sont ouverts :

- Le BBD et les actes consécutifs seront pris en charge au titre de la maternité. La dispense d'avance de frais doit être obligatoirement pratiquée sur l'examen.
- Les soins de suite sont en tiers payant à partir du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement.

Saisie du formulaire EBD

Le formulaire EBD doit être rempli sur Ameli Pro

- Nécessite d'ouvrir Ameli Pro et s'identifier <https://authps-espacepro.ameli.fr> avec la carte CPS
- Accéder au service de déclaration de l'EBD
- Rechercher le patient
- Saisir puis valider

La Sécurité Sociale devrait permettre prochainement une saisie depuis LOGOSw.

Cette saisie est nécessaire pour obtenir le remboursement.

Il est toléré de ne pas le saisir jusqu'au 30 juin 2025.

Le conventionnement auprès des organismes de tiers payant

Pour recevoir les paiements des complémentaires, vous devez vous **conventionner**.

Le site InterAmc permet de se conventionner auprès du plus grand nombre d'organismes de tiers payant en une seule fois :

www.tpcomplementaire.fr

L'inscription nécessite :

- Votre RIB
- Votre numéro AM de facturation
- Votre email technique.

A partir de la version LOGOSw 12.00.C, ces informations sont affichées en cliquant sur



Conventionnement complémentaires santé (InterAMC)

[Accéder au conventionnement](#) N° facturation CD : 00407984

Adresse email de télétransmission : 00407984@teletrans.logosw.net

- Si vous changez de numéro de facturation, vous devrez vous conventionner à nouveau.
- Après votre conventionnement un délai de 5 jours est recommandé avant de réaliser un Tiers Payant complémentaire

En cas de problème sur ce site :  **0 806 800 206**
NUMÉRO NON SURTAXÉ

Renseigner l'attestation complémentaire

Afin de réaliser du tiers payant sur la part complémentaire, vous devrez saisir les informations présentes sur l'attestation. Deux solutions sont possibles :

- Soit vous saisissez manuellement le numéro d'AMC inscrit sur la carte :

Entoria **almerys** **Carte blanche**

N° d'organisme / AMC: 98532001 (1) | Période de validité: 01/01/2025 au 31/12/2025 (3)

Type conv / CSR: AL/Z05 (2) | N° de carte: 202400

N° NNI: 18704 | N° de télétransmission/DRE: 98532001 (1) | R

Téléchargée: 10/02/2025 | N° Contrat: 0101000

N°	NNI	codes DRE/STS	TPNOE	PHAR	BIO	RAD*	AUX	SE*	MGS*	TRA	SDENT	OPT
107	Adhérent	18704	NON	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PEC
	Né(e) le	26/04/1987										
		28904	NON	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PEC
107	Bénéficiaire	Né(e) le										
		01/04/1989										

Si conventionné Carte Blanche, PEC, Optique, Dentaire, Audio via CBPEC.
Tiers Payant si respect du parcours de soins. PEC hospitalière auprès d'ENTORIA au 02 30 21 21 13
Prise en charge optique auprès d'almerys : www.almerys.com
Pour toute demande lors Tiers Payant, adresser tous vos documents, vos factures, vos droits, vos primes en charge hospitalières via votre espace personnel sur www.entoria.fr ou par courrier, en joignant votre numéro de contrat et votre numéro de sécurité sociale, à ENTORIA - TSA 51234 - 91308 Levallois Perret Cedex

Assurance Maladie Complémentaire **Modifier** ☐ Saisie manuelle

N° d'organisme / AMC: 98532001 (1)

Nom de l'organisme: ALMERYS/ENTORIA

CSR (critère second.): Z05 ENTORIA (2)

Droits valables du: 01/01/2025* au 31/12/2025* (3)

Tiers payant: ☐

[Récupérer les droits par IDB](#)

R ☒ Contrat responsable 100% Santé

N° de contrat: non télétransmis

N° d'adhérent:

N° d'assuré AMC:

Gestion séparée (DRE) ▼

Télétransmission ☒ par Almerys

Le CSR (2) n'est à saisir que s'il est présent sur l'attestation.

- Soit vous scannez le QR code de l'attestation papier ou de l'application smartphone de votre patient

Nous avons testé et sélectionné un matériel permettant une lecture rapide et sûre du code : www.logosw.net/lecteurs2d



Les dates de validité ne sont pas inscrites dans le QRCode : vous pouvez les saisir dans LOGOSw.

Il est recommandé de bien numériser dans LOGOSw l'attestation papier de vos patients pour avoir une garantie de paiement par l'AMC.

Réaliser une FSE+DRE en tiers payant

Lorsque vous réaliserez la FSE et la DRE à destination de la complémentaire, différentes opérations seront réalisées automatiquement par LOGOSw :

- 1 LOGOSw applique automatiquement le TP AMO + TP AMC
- 2 Un bouton  vous permet de vous rendre sur la page AMELI pour débiter la saisie du formulaire en ligne.
- 3 LOGOSw réalise les factures pour l'examen les soins de suite
- 4 Un seul soin de suite doit être réalisé à la même date que l'examen buccodentaire
- 5 Le logiciel rappelle, ou vous permet de modifier, le mode de prise en charge des actes

FSE - Le lundi 17/03/2025 - droits déterminés au 01/04/2025

LOGOSw Support Assurance maladie

Camille DUBOIS

☐ FSE ☐ DRE seule ☒ FSE + DRE

Mode dégradé

Montant à régler par le patient : 0,00

Tiers payant Caisse de Test : TP 41,35

Tiers payant MGEN (complémentaire) : TP 27,57

Montant total facture : 68,92

Vous venez de facturer un bilan bucco dentaire. Il est obligatoire de remplir le formulaire en ligne disponible sur Ameli Pro

ouvrir AmeliPro

Faire régler Faire la note d'honoraires

3 Les FSE/DRE 32-33 ont été créées.

imprimer le ticket Vitale

Vous pouvez numériser la signature de votre patient sur tablette :

signer sur tablette

la feuille papier sera alors imprimée lors de la télétransmission

Vous avez réalisé une FSE sans carte Vitale. Vous devez envoyer la feuille papier signée du patient à la caisse.

1. Imprimez la feuille papier

2. Le patient signe la feuille

3. un bordereau sera imprimé à l'envoi, que vous enverrez par courrier à la caisse avec la feuille papier signée

Feuille papier

	Honoraires	Base SS	Remb SS	TP AMO	Remb AMC	TP AMC
Actes de prévention						
✓ 01/04/2025 BDA Bilan bucco-dentaire	40,00 €	40,00 €	60%	24,00 €	✓	16,00 €
4 Soins complémentaires						
✓ 01/04/2025 HBJD001 DETARTRAGE	28,92 €	28,92 €	60%	17,35 €	✓	11,57 €

Prise en charge EBD

L'EBD et les soins de suite doivent être prise en charge en tiers payant intégral si le patient possède une complémentaire valide. Indiquez si le patient possède...

☒ droits complémentaires ouverts -> TP AMO+AMC

☐ aucune couverture complémentaire active -> 100% TP AMO

☐ pas DRE possible avec la complémentaire -> 60% TP AMO

AMO : autre support - AMC : attestation papier

- La demande de remboursement électronique est transmise avec la FSE
- Après quelques jours, vous recevrez le retour dans LOGOSw, indiquant le paiement
- En cas de problème, un formulaire sera disponible sur le portail InterAMC pour réaliser une réclamation

FAQ

Modalités de l'EBD :

- Comment savoir si le patient n'a pas déjà effectué à EBD auprès d'un autre praticien ?
Depuis le site Amelipro, vous pouvez voir si le patient a déjà réalisé l'EBD chez un autre praticien.
- *Dois-je appliquer le Tiers Payant AMC pour des soins de suite d'un EBD réalisés par un autre praticien ?*
Il n'y a pas d'obligation de pratiquer le TP AMC pour Les soins de suite dans ce cas.
- *Les nouvelles dispositions s'appliquent-elles sur les EBD reçus par les patients avant le 1er avril ?*
Oui les soins de suites devront être réalisé en TP AMO + TP AMC si le patient a une complémentaire santé

Formulaire Amelipro :

- *Peut-on accéder au formulaire EBD sans carte CPS ?*
Non ! vous pouvez accéder à Ameli Pro avec un identifiant et mot de passe, mais le formulaire EBD nécessite l'utilisation de la CPS (pas d'une CPE ni d'un simple identifiant)
- *Pour être remboursé, dois-je remplir le formulaire EBD sur Amelipro ?*
Le remboursement est conditionné par le remplissage de l'EBD sur AmeliPro à partir du 1er juillet. Avant cette date, il y a une tolérance de ne pas le remplir.
- *Dois-je remplir le formulaire RBD sur Amelipro impérativement avant la télétransmission, ou cela peut-il se faire après ?*
Il n'y a pas d'ordre. Il faut toutefois remplir le bon avant l'envoi effectif des FSE de la journée.
- *Comment remplir le formulaire EBD sur Amelipro pour les remplaçants ?*
Le remplaçant doit se connecter sur Amelipro et renseigner l'EBD de la même manière que le remplacé
- *Doit-on remplir le formulaire EBD sur Amelipro pour les soins de suite ?*
Le formulaire EBD ne doit être rempli que pour l'examen, pas pour les soins de suite

Application du Tiers-Payant

- *Comment procéder si le patient n'a pas sa carte Vitale ?*
Vous pouvez réaliser une feuille de soins électronique sans carte Vitale. L'obligation de réaliser du TP AMO+AMC existe, même si le patient n'a pas sa carte Vitale.
- *Comment procéder si le patient n'a pas de complémentaire santé ?*
En indiquant que le patient ne possède pas d'AMC, les actes passeront en 100% TP AMO.
- *Que faire si le patient a un complémentaire santé mais n'a pas son attestation avec lui ?*
Le patient possède une complémentaire santé active, mais n'a pas son attestation, l'obligation de réaliser du TP AMO+AMC sur l'EBD et les soins consécutifs perdure. Si vous n'êtes pas en mesure de réaliser du TP AMC dans ces conditions (AMC non retrouvée, attestation illisible etc), vous pouvez :
 - Soit demander au patient de revenir avec une attestation à jour
 - Soit facturer un autre acte à la place de l'EBD (consultation simple, panoramique, soin etc)

Si le patient ne possède pas de complémentaire santé, ou bien que ses droits sont fermés, les actes passent en 100% TP AMO.

Conventionnement

- *Doit-on obligatoirement être conventionné après des AMC pour mettre en œuvre le TP ?*

Le TP AMC est conditionné à un conventionnement AMC... Sinon les AMC ne peuvent pas connaître votre numéro de facturation Assurance Maladie ou votre RIB !

- *Comment savoir si l'AMC du patient fait partie d'interAMC ?*

Si l'AMC fait partie d'interAMC et est active, alors LOGOSw vérifiera les droits automatiquement

- *Si je suis conventionné auprès des complémentaires santé, dois-je pratiquer le TP AMC pour les actes autres que EBD et les soins de suite ?*

En étant conventionné avec InterAMC, vous n'avez aucune obligation de pratiquer le TP AMC en dehors des cas obligatoires.

Droits AMC

- *Peut-on vérifier les droits AMC pour toutes les AMC ?*

Les droits ne sont vérifiés que pour les AMC proposant ce service.

- *Comment savoir si les droits AMC du patient sont réellement à jour ?*

Les droits sont vérifiés en temps réels lors de la validation de l'attestation, ainsi qu'à chaque préparation d'une FSE/DRE

Lecteur de carte

- *Quel lecteur est recommandé pour scanner les QR codes des attestations AMC ?*

Nous vous recommandons le lecteur Kapelse KAP-ECV (consulter le matériel recommandé sur <https://www.logosw.net/praticien/materiels>)

- *Ce lecteur permet-il aussi de lire les cartes Vitale dématérialisées ? Les cartes Vitale physiques ?*

Le KAPElse permet de lire les cartes Vitale sur smartphone, mais pas les cartes Vitale physique

Remboursement AMC

- *Comment suivre les remboursements de la part des complémentaires ?*

Comme pour les remboursements AMO, dans le module de télétransmission de LOGOSw.

- *Existe-t-il un délai maximal de remboursement de la part des complémentaires ?*

Il n'y a pas de délai opposable, comme c'est le cas pour la Sécurité Sociale. Nous vous invitons à lire le contrat de conventionnement InterAMC à ce sujet.

Enfants/parents

- *Comment cela se passe-t-il si l'enfant est déclaré sur l'AMO d'un parent et l'AMC de l'autre ?*

Il est préférable de passer les actes avec la couverture AMO correspondant à l'AMC

Lexique

Complémentaire santé : organisme de droit privé proposant des couvertures santé qui viennent en complément de l'assurance maladie obligatoire de base. Il existe trois types juridiques d'organismes :

- les organismes de prévoyance (environ 25)
Ils sont soumis à un chapitre du Code de la Sécurité Sociale
Les prévoyances proposent majoritairement des contrats collectifs ; ex : Malakoff
Certaines prévoyances se sont regroupées au sein de la fédération CTIP.
- les mutuelles (environ 260)
Elles sont soumises au code de la mutualité
Les mutuelles ont en majorité des contrats individuels ; ex : MatMut
Certaines prévoyances se sont regroupées au sein de la fédération FNMP.
- Les assureurs (environ 100)
Ils sont soumis au code des assurances
Opèrent à parts égales en collectif et en individuel
Certains assureurs se sont regroupés au sein de la fédération FFSA.

Pour en savoir plus : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/241218_RAPPORT_hausse-des-cotisations

InterAMC : association regroupant plusieurs complémentaires, pilotées par les 3 fédérations. Ses membres représentent environ 90% des patients. Comme toute association, certaines complémentaires peuvent devenir membre de l'association ou à l'inverse la quitter.

Cette association propose des moyens unifiés de fonctionnement aux complémentaires santé, notamment : un format d'attestation 'normalisée', un annuaire (voir plus loin) et des formats d'échange de données avec les logiciels pour les SEL DENT-C (voir plus loin).

InterAMC propose également aux professionnels de santé une convention de tiers payant (voir plus loin, la définition du conventionnement). En se conventionnant auprès d'InterAMC, les professionnels sont automatiquement conventionnés auprès des complémentaires adhérentes à InterAMC. L'inscription d'un chirurgien-dentiste à InterAMC sera possible à partir du 18 mars 2025 pour les dentistes, à l'adresse <https://www.tpcomplementaire.fr/iamcpublic/index.html>

OTP : Organisme de Tiers Payant qui gère le système de remboursement des complémentaires santé. En effet, les complémentaires santé sont parfois des organismes qui proposent des contrats d'assurances, mais ne réalisent pas forcément elles-mêmes les opérations techniques de gestion des flux de remboursement. Elles font souvent appel pour cela à des prestataires : les OTP.

Ces OTP peuvent être chargés de collecter les demandes de paiement, proposer un site web pour cela, accepter les DRE, gérer le conventionnement etc. Exemples d'OTP : Almerys, ViaMedis, Santéclair, Itelis, Korelio.

Certaines complémentaires possèdent l'infrastructure et les compétences suffisantes pour cela et sont donc leurs propres OTP. Ex : Carte Blanche, Adrea...

DRE : Demande de Remboursement Electronique. Il s'agit d'une facture électronique à destination d'une complémentaire santé, signée par la CPS. Une DRE est réalisée en même temps que la FSE qui porte le même numéro qu'elle. Son contenu est très proche de celui de la FSE.

Réseau de soins : certains organismes ont mis en place des réseaux de soins, qui correspondent à une liste de praticiens ayant souscrit un contrat spécifique avec l'organisme. Il existe des réseaux pour le dentaire, pour

l'optique et l'audioprothèse. Ce contrat prévoit typiquement une obligation de pratiquer le tiers payant pour les patients assurés de l'organisme, ainsi que certains plafonds d'honoraires pour certaines prothèses dentaires (en particulier du panier maîtrisé ou libre, les implants etc). En contrepartie, le praticien est référencé sur un annuaire de la complémentaire santé, ce qui peut inciter les patients à le consulter.

Ce contrat est bien distinct du contrat de conventionnement, et s'y ajoute. Si le contrat de conventionnement porte uniquement sur la réalisation du tiers payant, le contrat de réseau de soins est un engagement plus large, portant sur la nature et le prix de soins proposés. Chaque organisme est libre de proposer le contrat de réseau de soins qu'il le souhaite, ces contrats ne sont pas obligatoires. Le contrat de conventionnement de tiers payant n'entraîne pas l'adhésion à un contrat d'adhésion au réseau de soins.

SEL DENT-C : Services En Ligne complémentaire - dentaires. Il s'agit de services que chaque OTP peut proposer pour un triplet de complémentaire donné.

Il en existe 5 : IDB, CL, DEV, SIM, PEC. Chaque complémentaire est juridiquement libre de proposer toute ou partie de ces cinq services. Notons que les autres spécialités (médecins etc) utilisent également des services en ligne, dans une version "non dentaire" un peu différente, n'incluant que IDB et CLC. Remarque : par exception, les médecins spécialistes de la sphère oro faciale accèdent à SEL DENT-C.

IDB : service Information Droits Bénéficiaire. Ce service en ligne :

- Vérifie en temps réel si le bénéficiaire des soins est bien reconnu par son Assurance Maladie Complémentaire (AMC) au moment de la demande.
- Fournit des informations sur la validité des droits complémentaires du patient ainsi que sur les consignes de traitement pour le calcul de la part complémentaire (calcul local via une formule générique ou en ligne via le service CLC).

CLC : Service CaLcul en Ligne, permettant au professionnel de santé de connaître en temps réel le montant pris en charge en tiers payant sur les prestations de soins remboursés par l'AMO. Ce montant est calculé directement par l'AMC en fonction des informations fournies par le professionnel de santé. Ce dernier ajuste ensuite la facturation au patient en conséquence. L'utilisation du service CLC garantit le paiement de la facture ou de la Demande de Remboursement Électronique.

CLC ne traite que les soins réellement effectués, et remboursés par l'AMO. Ainsi les actes NR, ainsi que les prothèses sont gérés par DEV-SIM-PEC (si la complémentaire propose l'un de ces services).

DEV-SIM-PEC : Ensemble de trois services, qui permettent de gérer les prises en charge de prothèses et de soins non remboursés. Ces services ne sont pas encore disponibles, nous ne les détaillerons donc pas.

Numéro d'organisme : il s'agit du numéro de télétransmission de l'organisme référencé dans l'annuaire ou les tables de convention. Il peut s'agir du numéro de la complémentaire santé elle-même (ex. 311799878=Siren d'Adrea ; 00401216=Colonna Facility, gérée pourtant par Almerys), ou bien du numéro de l'OTP qui gère les contrats de la complémentaire (ex. 98532001=Almerys)

CSR : le **Critère SecondaiRe** est utilisé par certains OTP qui gèrent plusieurs portefeuilles de contrats. Ce CSR, qui est sur 3 caractères ou chiffres, permet "d'aiguiller" les données vers le bon système informatique au sein de l'OTP.

Par exemple, Almerys traite la majorité des complémentaires avec son numéro d'organisme 98532001. Tous les contrats "standards" gérés avec ce numéro 98532001 sont sur le CSR "001", mais par exemple les contrats MBTP sont sous le code "C90".

Le CSR peut parfois avoir une influence sur l'envoi des DRE (des serveurs différents peuvent gérer chaque CSR), et a quasi-systématiquement une influence sur les SEL DENT-C. Ainsi, si le CSR est erroné, le serveur de l'OTP ne retrouvera pas le patient bénéficiaire.

Type de convention : il s'agit d'un code à deux caractères qui est utilisé pour certains numéros complémentaires, permettant d'indiquer l'OTP qui gère le contrat, ou bien le réseau de soins (voir la définition). Il est tout à fait possible d'avoir plusieurs types de convention sur une même attestation.

Par exemple, les contrats de la complémentaire « HCR » sont gérés par Almerys (code AL) pour les soins, et par Viamedis (code VM) pour les prothèses. On aura alors une attestation avec deux colonnes, l'une portant le code AL, et l'autre VM

Autre exemple, Allianz (00410001) est géré par Santé clair si le praticien fait partie du réseau "SantéClair" (code SC), et par "TP plus" (code TS) pour les praticiens hors réseau. On aura alors une attestation portant les types SC et TS.

Triplet : terme désignant le numéro d'organisme + le CSR + le type de convention.

Annuaire InterAMC : répertoire interrogé par LOGOSw centralisant les informations techniques d'accès aux services techniques proposés par chaque complémentaire.

LOGOSw y consulte les informations pour un triplet d'une complémentaire donnée, suivant l'opération recherchée :

- pour les DRE : l'annuaire fournit les informations permettant la télétransmission des DRE, ce qui remplace les tables de convention locales
- pour l'accès à IDB, CLC, DEV, SIM et PEC : l'annuaire fournit les informations techniques (adresse internet) permettant d'interroger les Services En Ligne dentaires (SEL DENT-C)
- L'accès à l'annuaire ne nécessite pas de carte CPx. En revanche, l'accès aux services eux-mêmes nécessite une CPx.

Début mars 2025, seul Almerys y référence les services DRE+IDB+CLC. ViaMedis y référence uniquement la DRE

Datamatrix : InterAMC définit le contenu du datamatrix pour les attestations papier. Il contient les informations suivantes :

- Numéro d'organisme
- Numéro d'adhérent
- CSR
- Type de convention
- Domaine de garantie (ex : DESO pour les soins dentaires, DEPR pour la prothèse...). Chaque domaine peut éventuellement être associé à un type de convention distinct, permettant d'aiguiller les actes en question vers un OTP

Les dates de validité de l'attestation ne figurent pas dans le datamatrix.

Ticket Modérateur et dépassement d'honoraires : le ticket modérateur (TM) est la différence entre la base de la Sécurité Sociale et le remboursement de la caisse d'assurance maladie obligatoire. Le dépassement d'honoraires est la différence entre les honoraires pratiqués et la base de sécurité sociale. Exemple pour une couronne à 270 €, pour un patient à 60% :

Total : 270 €

Base AMO : 120 €		Dépassement : 150 €
Remboursement AMO à 60% : 72 €	Ticket modérateur : 48 €	

Reste à charge après remb.AMO : 198 €

La prise en charge de la partie non remboursée par l'AMO (c'est à dire le ticket modérateur + dépassement) dépend du contrat souscrit.

Habituellement, le ticket modérateur est toujours pris en charge par une complémentaire santé (en tiers payant ou non). Cette prise en charge est obligatoire pour les contrats *responsables* (voir définition). La prise en charge du dépassement d'honoraires (en toute ou partie) est très variable et soumise à une demande de prise en charge préalable.

Contrat responsable : les contrats responsables garantissent certains remboursements minimaux aux patients. Il s'agit notamment du paiement du ticket modérateur sur les soins, ainsi que le remboursement intégral des prothèses RACO. Les complémentaires santé sont incitées fiscalement à proposer ces contrats. Les contrats collectifs des entreprises privées et des organismes publics sont nécessairement des contrats responsables. Ces contrats sont donc très majoritaires. Les attestations des contrats responsables portent la lettre majuscule "R" imprimée.