

Convention concernant les traitements dentaires entre le Département de la Santé et de l'Action Sociale et la Profession Dentaire Vaudoise

ARTICLE 1 : BUT

La présente convention a pour but de régler :

1. Les procédures d'estimation d'honoraires, de collaboration et de contrôle par le médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale vaudoise (*Policlinique Médicale Universitaire désignée ci-après par : MC*).
2. La procédure de remboursement par le régime des prestations complémentaires AVS/AI et/ou les régimes d'action sociale de l'Etat de Vaud des frais de traitement dentaire directement au médecin-dentiste traitant (*ci-après désigné par : MD*) (système du tiers payant).

ARTICLE 2 : CHAMP D'APPLICATION – DEVIS

Les frais de traitement dentaire qui dépassent Fr. 2'000.- pour les PC et Fr. 500.- pour l'AS en 2007 sont soumis obligatoirement à la présentation d'un devis pour approbation par le MC ; pour les années subséquentes, l'article 12 est réservé.

Les soins d'urgence et les soins de prophylaxie ne sont pas soumis à la présentation préalable d'un devis.

Les devis présentés doivent obligatoirement comporter le détail des soins donnés à la valeur du point LAA ainsi que les numéros des dents concernées.

Les soins dentaires supérieurs à Fr. 2'000.-, respectivement Fr. 500.-, qui n'ont pas fait l'objet d'un devis accepté ne peuvent donner lieu à un paiement de tiers payant. Ces soins dentaires seront totalement ou partiellement remboursés directement en main du patient après approbation par le MC.

ARTICLE 3 : APPLICATION DU RÉFÉRENTIEL

Le devis soumis par le MD ne peut comporter que des prestations figurant dans le référentiel des prestations dentaires, annexé à la présente comme partie intégrante de la convention.

Hormis pour les soins d'urgence, si le MD envisage un traitement hors référentiel, celui-ci doit adresser un devis au service concerné avec mention « Hors référentiel ».

ARTICLE 4 : DÉCISION DU MÉDECIN-DENTISTE CONSEIL

A réception du devis de traitement dentaire, le service concerné (CCAVS, SASH ou SPAS et autorités d'application du RI) le soumet à l'avis du MC. Celui-ci expertise le dossier et transmet sa détermination audit service.

Pour fonder sa détermination, le MC peut, le cas échéant, convoquer le patient pour examiner et déterminer, dans un délai de deux mois à dater de la réception du devis par le MC :

1. La conformité du devis aux besoins thérapeutiques du patient.
2. La conformité des prestations proposées avec les dispositions du référentiel.

Le MC peut proposer au MD des modifications de devis ou demander l'établissement d'un devis conforme au référentiel.

Sur demande du MC, le MD doit fournir à tout moment les éléments du dossier relatifs au devis ou au traitement effectué.

En cas de contestation, le MC peut fournir une deuxième détermination motivée ou transmettre le dossier à la commission des litiges dont la composition est réglée à l'article 7 de la présente convention. L'avis de la commission des litiges est sans appel.

ARTICLE 5 : PAIEMENT DES HONORAIRES

Les factures doivent obligatoirement comporter le détail des soins donnés (*positions du tarif AA / AM / AI*) ainsi que les numéros des dents concernées. Le MD les envoie au service concerné.

Pour les soins d'urgence, de prophylaxie et de traitement dentaire non soumis à un devis, le service concerné rembourse directement le MD.

Pour les soins soumis à devis, le remboursement est préalablement soumis à l'approbation du MC.

Les prestations du devis refusé par le MC ou par la commission des litiges ne font l'objet d'aucun remboursement par le service concerné.

ARTICLE 6 : GARANTIE DES PAIEMENTS

Le paiement des honoraires est garanti au MD si d'une part le devis et d'autre part le contrôle de la facture ont été validés par le MC.

S'agissant de prestations complémentaires AVS/AI, si la quotité annuelle est insuffisante pour couvrir le traitement admis, la facture est néanmoins payée en main du MD, à charge pour le SASH de supporter la part que les prestations complémentaires ne peuvent supporter.

Toutefois, pour les bénéficiaires du RI, la garantie de paiement n'est accordée que pour une durée de 6 mois à dater de l'accord de l'autorité d'application.

ARTICLE 7 : COMMISSION DE LITIGES

Les parties à la présente convention mettent sur pied une commission des litiges composée d'au moins trois représentants des signataires. Le MC représente le service concerné dans cette commission. La commission désigne son président lors de sa première séance et élabore son règlement intérieur.

ARTICLE 8 : CONTESTATION DU PATIENT

Lors de la réception de la facture ainsi qu'après le remboursement du traitement dentaire au MD, le MC est en droit de convoquer le patient pour examen si celui-ci émet des réserves quant à la conformité du traitement ou fait part de son insatisfaction.

Si le MC constate que le traitement effectué est non conforme aux objectifs fixés lors de l'acceptation du devis, le MD s'oblige à revoir le cas et à chercher à atteindre les objectifs fixés d'un commun accord avec le MC.

Si le MD refuse la reprise du travail jugé non conforme par le MC ou, le cas échéant, par la commission des litiges, le service concerné doit refuser le paiement des prestations ou réclamer le remboursement.

ARTICLE 9 : DURÉE ET DÉNONCIATION

La présente convention entre en vigueur le 1^{er} avril 2007.

La convention est signée pour une année civile et est reconduite tacitement si elle n'est pas dénoncée par l'une ou l'autre des parties pour la fin d'une année civile, moyennant un délai de six mois.

La dénonciation de la convention vaut renoncement au tiers payant.

ARTICLE 10 : SOUMISSION INDIVIDUELLE À LA CONVENTION

Les signataires à la présente convention prennent toutes les dispositions utiles pour que leurs membres (*ou employés*) soient soumis individuellement à la présente convention.

ARTICLE 11 : EXCLUSION

En cas de manquements répétés par le MD aux règles fixées par la présente convention ou en cas de non-soumission à une décision de la commission des litiges, l'exclusion du bénéfice de la présente convention peut être prononcée par la commission des litiges sur préavis du MC.

ARTICLE 12 : RÉVISION ANNUELLE

Les parties à la présente convention fixent chaque année la limite en francs pour les traitements dentaires soumis à la présentation d'un devis au MC. Elles examinent les modifications opportunes de la convention et du référentiel qui font l'objet, après accord, d'un avenant.

ARTICLE 13 : RECOURS DEVANT LES TRIBUNAUX

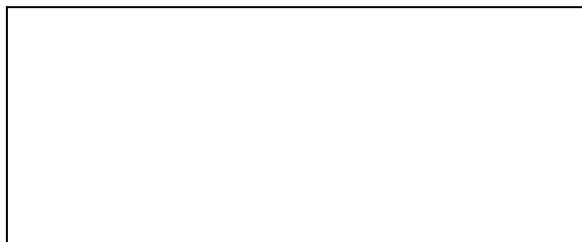
En cas de contestation de la décision de remboursement par le patient devant un tribunal (*administratif ou des assurances*), le MC représente le service concerné devant ledit tribunal.

J'atteste avoir pris connaissance et adhérer à la présente convention, déjà contresignée par le Conseiller d'Etat, M. Pierre-Yves Maillard, en date du 26 mars 2007.

Nom / Prénom : _____

Date : ____ / ____ / _____ Signature : _____

Tampon :

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a stamp or seal.

Convention concernant les traitements dentaires entre le Département de la Santé et de l'Action Sociale et la Profession Dentaire Vaudoise

ARTICLE 1 : BUT

La présente convention a pour but de régler :

3. Les procédures d'estimation d'honoraires, de collaboration et de contrôle par le médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale vaudoise (*Policlinique Médicale Universitaire désignée ci-après par : MC*).
4. La procédure de remboursement par le régime des prestations complémentaires AVS/AI et/ou les régimes d'action sociale de l'Etat de Vaud des frais de traitement dentaire directement au médecin-dentiste traitant (*ci-après désigné par : MD*) (système du tiers payant).

ARTICLE 2 : CHAMP D'APPLICATION – DEVIS

Les frais de traitement dentaire qui dépassent Fr. 2'000.- pour les PC et Fr. 500.- pour l'AS en 2007 sont soumis obligatoirement à la présentation d'un devis pour approbation par le MC ; pour les années subséquentes, l'article 12 est réservé.

Les soins d'urgence et les soins de prophylaxie ne sont pas soumis à la présentation préalable d'un devis.

Les devis présentés doivent obligatoirement comporter le détail des soins donnés à la valeur du point LAA ainsi que les numéros des dents concernées.

Les soins dentaires supérieurs à Fr. 2'000.-, respectivement Fr. 500.-, qui n'ont pas fait l'objet d'un devis accepté ne peuvent donner lieu à un paiement de tiers payant. Ces soins dentaires seront totalement ou partiellement remboursés directement en main du patient après approbation par le MC.

ARTICLE 3 : APPLICATION DU RÉFÉRENTIEL

Le devis soumis par le MD ne peut comporter que des prestations figurant dans le référentiel des prestations dentaires, annexé à la présente comme partie intégrante de la convention.

Hormis pour les soins d'urgence, si le MD envisage un traitement hors référentiel, celui-ci doit adresser un devis au service concerné avec mention « Hors référentiel ».

ARTICLE 4 : DÉCISION DU MÉDECIN-DENTISTE CONSEIL

A réception du devis de traitement dentaire, le service concerné (CCAVS, SASH ou SPAS et autorités d'application du RI) le soumet à l'avis du MC. Celui-ci expertise le dossier et transmet sa détermination audit service.

Pour fonder sa détermination, le MC peut, le cas échéant, convoquer le patient pour examiner et déterminer, dans un délai de deux mois à dater de la réception du devis par le MC :

3. La conformité du devis aux besoins thérapeutiques du patient.
4. La conformité des prestations proposées avec les dispositions du référentiel.

Le MC peut proposer au MD des modifications de devis ou demander l'établissement d'un devis conforme au référentiel.

Sur demande du MC, le MD doit fournir à tout moment les éléments du dossier relatifs au devis ou au traitement effectué.

En cas de contestation, le MC peut fournir une deuxième détermination motivée ou transmettre le dossier à la commission des litiges dont la composition est réglée à l'article 7 de la présente convention. L'avis de la commission des litiges est sans appel.

ARTICLE 5 : PAIEMENT DES HONORAIRES

Les factures doivent obligatoirement comporter le détail des soins donnés (*positions du tarif AA / AM / AI*) ainsi que les numéros des dents concernées. Le MD les envoie au service concerné.

Pour les soins d'urgence, de prophylaxie et de traitement dentaire non soumis à un devis, le service concerné rembourse directement le MD.

Pour les soins soumis à devis, le remboursement est préalablement soumis à l'approbation du MC.

Les prestations du devis refusé par le MC ou par la commission des litiges ne font l'objet d'aucun remboursement par le service concerné.

ARTICLE 6 : GARANTIE DES PAIEMENTS

Le paiement des honoraires est garanti au MD si d'une part le devis et d'autre part le contrôle de la facture ont été validés par le MC.

S'agissant de prestations complémentaires AVS/AI, si la quotité annuelle est insuffisante pour couvrir le traitement admis, la facture est néanmoins payée en main du MD, à charge pour le SASH de supporter la part que les prestations complémentaires ne peuvent supporter.

Toutefois, pour les bénéficiaires du RI, la garantie de paiement n'est accordée que pour une durée de 6 mois à dater de l'accord de l'autorité d'application.

ARTICLE 7 : COMMISSION DE LITIGES

Les parties à la présente convention mettent sur pied une commission des litiges composée d'au moins trois représentants des signataires. Le MC représente le service concerné dans cette commission. La commission désigne son président lors de sa première séance et élabore son règlement intérieur.

ARTICLE 8 : CONTESTATION DU PATIENT

Lors de la réception de la facture ainsi qu'après le remboursement du traitement dentaire au MD, le MC est en droit de convoquer le patient pour examen si celui-ci émet des réserves quant à la conformité du traitement ou fait part de son insatisfaction.

Si le MC constate que le traitement effectué est non conforme aux objectifs fixés lors de l'acceptation du devis, le MD s'oblige à revoir le cas et à chercher à atteindre les objectifs fixés d'un commun accord avec le MC.

Si le MD refuse la reprise du travail jugé non conforme par le MC ou, le cas échéant, par la commission des litiges, le service concerné doit refuser le paiement des prestations ou réclamer le remboursement.

ARTICLE 9 : DURÉE ET DÉNONCIATION

La présente convention entre en vigueur le 1^{er} avril 2007.

La convention est signée pour une année civile et est reconduite tacitement si elle n'est pas dénoncée par l'une ou l'autre des parties pour la fin d'une année civile, moyennant un délai de six mois.

La dénonciation de la convention vaut renoncement au tiers payant.

ARTICLE 10 : SOUMISSION INDIVIDUELLE À LA CONVENTION

Les signataires à la présente convention prennent toutes les dispositions utiles pour que leurs membres (*ou employés*) soient soumis individuellement à la présente convention.

ARTICLE 11 : EXCLUSION

En cas de manquements répétés par le MD aux règles fixées par la présente convention ou en cas de non-soumission à une décision de la commission des litiges, l'exclusion du bénéfice de la présente convention peut être prononcée par la commission des litiges sur préavis du MC.

ARTICLE 12 : RÉVISION ANNUELLE

Les parties à la présente convention fixent chaque année la limite en francs pour les traitements dentaires soumis à la présentation d'un devis au MC. Elles examinent les modifications opportunes de la convention et du référentiel qui font l'objet, après accord, d'un avenant.

ARTICLE 13 : RECOURS DEVANT LES TRIBUNAUX

En cas de contestation de la décision de remboursement par le patient devant un tribunal (*administratif ou des assurances*), le MC représente le service concerné devant ledit tribunal.

J'atteste avoir pris connaissance et adhérer à la présente convention, déjà contresignée par le Conseiller d'Etat, M. Pierre-Yves Maillard, en date du 26 mars 2007.

Nom / Prénom : _____

Date : ____ / ____ / _____ Signature : _____

Tampon :