

## MEOPA : CONDITIONS D'OBTENTION DE L'AIDE

### Nature de l'aide

Aide financière annuelle, sur une durée de 3 ans. Non reconductible.

Le nombre de dossiers retenus est limité à un seuil, revu chaque année par l'URPS. Les dossiers n'ayant pu être examinés seront traités en priorité l'année suivante.

### Conditions d'obtention

- Utiliser le MEOPA pour un minimum annuel de 5 patients en situation de handicap psychique/ cognitif ou physique et psychique/ cognitif.
- Dossier de demande à adresser au : Centre d'Affaires Auvergne - URPS des Chirurgiens-Dentistes ARA - 15. Rue du Pré la Reine – 63100 Clermont-Ferrand.
- Dossier de suivi d'utilisation annuelle à adresser à l'URPS CD ARA : factures annuelles bouteilles jointes au questionnaire de suivi
- Montant alloué par équipement :

Utilisation sans ACCUTRON : 1 200 euros /an

Utilisation avec ACCUTRON : 1 500 euros /an

**Attention** : ces montants sont fiscalisables

### Justificatifs à fournir lors de la demande :

- Attestation de l'Ordre Départemental de votre lieu d'exercice de reconnaissance d'aptitude à l'utilisation du MEOPA.
- Attestation AFGSU en cours de validité (*durée de validité de 4 ans*)
- Certificat d'engagement rempli et signé
- Copie de la facture acquittée de location de bouteille
- RIB Professionnel

*(Les dossiers seront examinés lors des sessions de Bureau ou d'Assemblée de l'URPS)*

URPS CD Auvergne – Rhône Alpes

Siège : 21, quai Antoine Riboud - 69002 Lyon - Confluence

Antenne Auvergne : Centre d'Affaires Auvergne - 15, rue du Pré la Reine – 63100 Clermont Ferrand

Contact– Florence Therond: 06.47.43.70.21 - urpschir.dent@gmail.com



**DEMANDE DE SUBVENTION  
POUR L'UTILISATION DU MEOPA**

*(Remplir un dossier par praticien utilisateur)*

**NOM et Prénom :**

**N° inscription .....Ordre Départemental de .....**

**Adresse :**

**Tél :**

**Mail :**

**Raison Sociale :**

(SEL, SCM, EURL, SCP, SELARL, autres précisez.....)

- Année d'obtention certification MEOPA : ..... *(joindre justificatif)*
- Utilisation système ACUTRON : **Oui** **Non**  
*(entourez la réponse)*

Date

Signature et cachet

## FICHE DE SUIVI D'UTILISATION MEOPA

(A remplir obligatoirement, chaque année, par le praticien utilisateur)

NOM et Prénom : .....

Lieu d'exercice : .....

.....

Téléphone : .....

Mail : .....

N° inscription CDO : ..... de : .....

### UTILISATION DU SYSTEME POUR LES PATIENTS SOUFFRANT D'UN HANDICAP PSYCHIQUE/ COGNITIF OU PHYSIQUE ET PSYCHIQUE/COGNITIF:

(Cochez les cases concernées)

- **Pouvez-vous préciser le nombre de patient(s), annuel, traité(s) souffrant ?**

- D'un handicap psychique/cognitif

- D'un handicap physique et psychique/cognitif

- **Pour quel(s) type(s) de soins utilisez-vous le MEOPA ?**

Soins conservateurs :  Chirurgie :  Autre (précisez) :

- **Regroupement des rendez-vous MEOPA :**

Oui\*  Non

\*Si oui, pouvez-vous préciser la durée globale des prises en charge sous MEOPA ?

30 min  1H  2H  Autre (précisez) :

- **Fréquence d'utilisation :**

Journalière  Hebdomadaire  Mensuelle  Trimestrielle

Autres (précisez) :

- **Pouvez-vous nous préciser ?**

o La durée totale du rendez-vous, par patient, sous MEOPA :

.....

o La durée, approximative, nécessaire à la réalisation de l'acte technique :

.....



# Union Régionale des Professionnels de Santé CD Auvergne Rhône-Alpes

- **Commentaires** (type(s) d'acte(s) le plus souvent réalisé(s), difficulté(s) rencontrée(s) etc.) :

.....  
.....  
.....

Date

Signature et cachet du cabinet

*L'URPS CD Auvergne Rhône-Alpes vous remercie pour votre implication.*

## Certificat d'engagement à l'utilisation du MEOPA

Je soussigné(e) Dr .....

- Certifie, lors de la présente demande d'aide à l'URPS CD ARA utiliser d'un système MEOPA pour la prise en charge de patients présentant un handicap psychique/cognitif ou physique et psychique/cognitif,
- M'engage à prendre en charge, chaque année, **au moins 5 patients** sous MEOPA dans les conditions d'attribution de l'aide à l'utilisation au MEOPA proposée par l'URPS CD ARA.
- M'engage à retourner, chaque année durant toute la durée de l'aide, à l'URPS-CD ARA une fiche de suivi annuelle ainsi que l'ensemble des factures des bouteilles.
- M'engage à transmettre à l'URPS CD ARA la copie éventuelle du renouvellement de l'A.F.G.S.U. en cours de période d'obtention de l'aide MEOPA.

*(AFGSU : durée de validité- 4ans, à renouveler)*

- Certifie sur l'honneur qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur mon inscription au tableau de l'Ordre n'est en cours à mon encontre.

Date

Signature et cachet du cabinet