

Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire

Présentation

SOMMAIRE

☐ Avenant 3 :

- **Classification Commune des actes médicaux**
 - Généralités
 - Les textes officiels
 - Le classement des actes
 - Les règles de la CCAM
 - Exemples de codage au quotidien
 - Les nouvelles mesures
 - La facturation
 - La feuille de soins
- **Les autres mesures**
 - Prévention bucco-dentaire des femmes enceintes, intégration de l'UNOCAM en CPN, Aménagement procédure conventionnelle, Mesures diverses et nomenclatures
- **Présentation des supports de formation**
 - Le diaporama et la base CCAM des actes dentaires
 - Le cahier d'exemples
 - Le document de synthèse et ses annexes (feuille de soins et liste des actes non opposables)

GENERALITES

Un nouveau référentiel

- 2 référentiels cohabitaient
 - **la NGAP** pour les professions libérales
 - Liste d'actes remboursables par l'AMO, non codés
 - **le CdAM (Catalogue des Actes Médicaux)**
 - À vocation descriptive et comme nomenclature utilisé en établissements publics et privés

En 1996 décision de refonte totale avec objectif

- Liste unique Public –Privé
 - Description de toute l'activité médicale par codage des actes

Historique

- En 1996 Ordonnance, obligation réglementaire de coder les actes
- En 1999 Écriture des libellés CCAM dentaire
- Création des libellés par les experts de chaque profession
Élaboration commune des sociétés savantes et de l'Assurance Maladie
- Hiérarchisation intra spécialité en points travail
- Hiérarchisation inter spécialités
 - Acte de référence coté à 100 :
 - « Exérèse de la pulpe vitale avec obturation radiculaire d'une première prémolaire supérieure »

Historique

- En 2003 puis en 2009
 - Enquêtes sur la fréquence des actes sur la base des libellés CCAM décrits à l'origine
- En 2005
 - la CCAM devient le référentiel des actes techniques médicaux exceptés pour les chirurgiens dentistes et pour les actes communs aux chirurgiens-dentistes et aux autres spécialités (stomatologues, radiologues, ORL ...)
- Depuis 2007 à Avril 2012
 - Mise en place d'un groupe de travail comprenant des membres de la CNAMTS et des responsables des syndicats de chirurgiens dentistes :
 - Relecture et réécriture des libellés CCAM
 - Correspondance cotations NGAP / codes CCAM
 - Transposition tarifaire NGAP-CCAM à panier de soins constant

Historique 2012

- Avril
 - Signature de l'avenant 2 conventionnel
 - Publication des actes en cours de transposition tarifaire

- Octobre
 - CHAP chirurgiens-dentistes et médecins valident la transposition NGAP vers la CCAM des libellés et les cotations de référence
 - Nécessité d'un nouvel avenant n°3 tarifaire

Historique 2013

- Février
 - Signature d'un point d'étape tripartite UNCAM UNOCAM Syndicats
- 31 Juillet
 - Signature de l' Avenant conventionnel n°3 qui définit la mise en place de la CCAM pour les actes dentaires et de la charte de bonne pratique

Nouveautés des avenants

- Avenant n°2
 - Revalorisation sur les cavités 1 et 2 faces lors du passage en CCAM
- Avenant n°3
 - Désobturation endodontique
 - Restauration d'angle
 - Couronne sur implant
 - Gouttières
 - Dégagement d'une dent
 - Inscription d'un nouvel acte pris en charge , l'abcès parodontal
 - Inscription des bridges de base dans le panier de soins CMUC

Qu'apporte la CCAM ?

- Un catalogue exhaustif, précis et évolutif
- La description des actes non remboursables
- Un outil de dialogue pour faire évoluer les tarifs et les actes pris en charge par la connaissance « fine » de l'activité bucco-dentaire
- Une meilleure gestion du risque
- Un outil de reconnaissance de la capacité médicale professionnelle **des chirurgiens dentistes**

Définition de la CCAM

- La CCAM est une liste complète des actes médicaux techniques validés, qu'ils soient ou non pris en charge par l'Assurance maladie (ex: actes d'esthétique)
- Les actes non pris en charge par l'Assurance maladie n'ont pas de tarif de référence
- Aucun changement du mode de tarification
 - actes remboursables opposables,
 - Actes remboursables à honoraires libres (ED)
 - actes non-remboursables NR (« disparition » HN)

Actes CCAM

- Actes CCAM
 - + de 620 codes et libellés décrivant l'activité dentaire
 - + de 540 actes remboursés
 - + de 360 actes nouveaux, transposition NGAP
 - + de 80 actes non remboursés

- Reste à inscrire quelques actes manquants

Les principes

- Exhaustivité
 - Répertorie tous les actes techniques, Pris en charge ou Non
- Bijektivité
 - Un libellé = un code et un seul
 - Le même acte pratiqué par différentes disciplines fait l'objet d'un libellé unique consensuel.
- Non ambiguïté des libellés
 - Pour garantir précision et cohérence, la CCAM respecte certaines règles de rédaction

Les principes

- Maniabilité
 - Compréhensible par tous
- Évolutivité
 - Les actes “émergents” seront inscrits temporairement
 - Tout nouvel acte pratiqué doit être validé par la HAS, décrit et être codé
 - Tout acte obsolète doit disparaître du référentiel

Calendrier et modalités d'application

- La CCAM doit être mise en place

1^{er} juin 2014

- D'ici là
 - Adaptation des logiciels des caisses et des praticiens
 - Formation assurée par la CNAMTS, le réseau de l'assurance maladie et les partenaires
- Lorsqu'elle entrera en application
 - Pas de période de transition
 - Remboursement des actes facturés en NGAP avant le 1er Juin 2014 pendant la durée légale de 2 ans et 1 trimestre.

Conséquences : NGAP ⇒ CCAM

Pour les chirurgiens dentistes omnipraticiens (spécialité 19) y compris ceux pratiquant l'orthodontie et médecins stomatologues (spécialité 18)

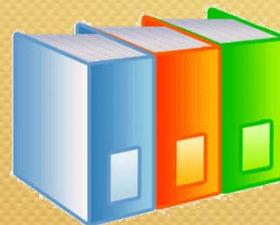
- Disparition des lettres clés et coefficients
 - pour les actes en **D, DC, KC, SC, SCM, SPR, PRO, Z**
- Ne restent en NGAP que les actes correspondant
 - aux actes cliniques **C, Cs, V, Vs, ainsi que BDC, BR2 et BR4**
 - aux indemnités forfaitaires et kilométriques **IF, IK, IKM, IKS**
 - **aux lettres clé TO et ORT**

Les spécialistes qualifiés en orthodontie (spécialité 36) restent en NGAP

Ils continuent à utiliser les lettres clés NGAP habituelles CS, TO, Z

TEXTES OFFICIELS

LES LIVRES



Textes

- Les textes officiels
 - **3 Livres** : validés par la CHAP dentistes du 06/09/2013 et la CHAP médecins du 25/09/2013
 - Livre I = Dispositions générales
 - Livre II = Listes des actes CCAM avec le détail de la prise en charge par l'Assurance Maladie.
 - Livre III = Dispositions diverses
 - **3 avenants conventionnels**
 - Avenants 2 et 3 – chirurgiens dentistes
 - Avenant 11 – médecins (stomato)

Livre I : Dispositions générales

- Article I-1
 - Les dispositions du Livre I s'appliquent aux médecins **et chirurgiens dentistes libéraux et salariés** pour la prise en charge ou le remboursement de leurs actes techniques par l'assurance maladie.
- Article I-2
 - La liste des actes techniques remboursables, mentionnée au Livre II et établie en application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, s'impose aux médecins et chirurgiens dentistes pour communiquer aux organismes d'assurance maladie, tout en respectant le secret professionnel et dans l'intérêt du patient, les actes et prestations effectués selon les modalités de facturation qui conditionnent leur prise en charge par l'assurance maladie.
 - Si un acte n'est pas inscrit dans la liste, il ne peut pas être pris en charge.

Livre II : La liste des actes pris en charge

07.02.02.04 Prophylaxie buccodentaire

Codes	Libellés	Activité	Phase	Tarif				
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent	1	0	21,69			1	AXI
	<i>Indication : acte de prévention en cas de risque carieux</i> <i>Facturation : la prise en charge est limitée aux 1^{res} et 2^{es} molaires permanentes et ne peut intervenir q'une fois par dent et avant le quatorzième anniversaire</i>							
HBBD006	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents	1	0	43,38			1	AXI
	<i>Indication : acte de prévention en cas de risque carieux</i> <i>Facturation : la prise en charge est limitée aux 1^{res} et 2^{es} molaires permanentes et ne peut intervenir q'une fois par dent et avant le quatorzième anniversaire</i>							
HBBD007	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents	1	0	65,07			1	AXI
	<i>Indication : acte de prévention en cas de risque carieux</i> <i>Facturation : la prise en charge est limitée aux 1^{res} et 2^{es} molaires permanentes et ne peut intervenir q'une fois par dent et avant le quatorzième anniversaire</i>							

Livre III : les dispositions diverses

Dispositions tarifaires, majorations, limitations

- Article III-1
 - **Par dérogation** à l'article Ier-1 du Livre Ier, **continuent à relever des dispositions** mentionnées dans l'arrêté du 27 mars 1972 modifié **relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens dentistes**, sages-femmes et auxiliaires médicaux : les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques exécutés en laboratoire d'analyses de biologie médicale, les actes de prélèvement réalisés par les médecins biologistes, les actes de pratique thermale, les actes de chimiothérapie anti-cancéreuse, les actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux, les actes communs aux médecins et aux auxiliaires médicaux et **les actes d'orthodontie communs aux médecins et aux chirurgiens dentistes.**
- Article III-3 Point2- Dérogations- g)

Les actes bucco-dentaires des sous paragraphes suivants sont associables à taux plein quel que soit le nombre

CCAM

Livre I : Dispositions générales
(Règles et définitions)



Livre II : Liste des actes CCAM
pris en charge par l'AMO
dont environ 540 actes bucco
dentaires

Livre III : Dispositions diverses
*(détails et mode de
fonctionnement)*

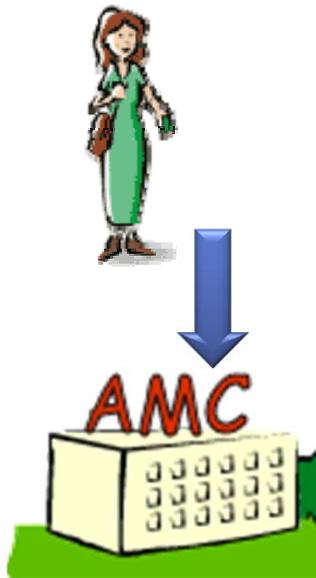
Liste des actes techniques
CCAM
médicalement validés par
la Haute Autorité de Santé
(HAS)
environ 7500 actes

dont
environ 620 actes de
l'activité bucco dentaire

Avenant 3 et charte

Inscrit l'ensemble des actes techniques effectués en CCAM sur le devis et note d'honoraires

Pris en charge avec ED et NPC (NR)



Code l'ensemble des actes techniques effectués en CCAM dans le dossier du patient

Pris en charge et NPC (NR)



FSE ou FSP



DRE



Envoie uniquement à l'AMO les actes pris en charge

N'envoie pas de flux à l'AMO du patient

CLASSEMENT DES ACTES CCAM

Chapitres
Sous chapitres
Paragrapes
Sous paragrapes
Description des actes

Classement

Les principes

- Classement par **grands appareils** et non par spécialités
- Niveau de détail suffisant mais non excessif
- **Non mention de la pathologie** dans le libellé
- Précision de chaque libellé

Classement par grand appareil : les chapitres

- 01- Système nerveux central, périphérique et autonome
- 02 - Œil et annexes
- 03 - Oreille
- 04 - Système circulatoire
- 05 - Système immunitaire et hématopoïétique
- 06 - Appareil respiratoire
- **07 - Appareil digestif**
- 08 - Appareil urinaire et génital
- 09 - Actes concernant la procréation, la grossesse et le nouveau-né
- 10 - Glandes endocrine et métabolisme
- **11 - Appareil ostéoarticulaire et musculaire de la tête**
- 12 - Appareil ostéoarticulaire et musculaire du cou et du tronc
- 13 - Appareil ostéoarticulaire et musculaire du membre supérieur
- 14 - Appareil ostéoarticulaire et musculaire du membre inférieur
- 15 - Appareil ostéoarticulaire et musculaire corps entier
- 16 - Système tégumentaire – Glande mammaire
- 17 - Actes sans précision topographique
- **18 - Anesthésies complémentaires, gestes complémentaires**
- **19 - Adaptation pour la CCAM transitoire (suppléments et modificateurs)**

Niveau 1

Les sous chapitres

- **07.02**

Niveau 2

ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LA BOUCHE ET L'OROPHARYNX

- Les actes diagnostiques
 - Ils sont classés selon la technique
 - puis selon la topographie
- Les actes thérapeutiques
 - Ils sont classés selon la topographie
 - puis selon l'action
 - 07.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL DIGESTIF
 - 07.02 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LA BOUCHE ET L'OROPHARYNX
 - 07.03 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF
 - 07.05 ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE PANCRÉAS
 - 07.07 SUPPLÉANCE NUTRITIONNELLE

Les paragraphes

- **07.02.05**

Niveau 3

Actes thérapeutiques sur le parodonte

- *Par secteur dentaire, on entend : portion de l'arcade dentaire correspondant à l'implantation habituelle des dents considérées, que cette portion soit dentée ou non.*



L'intitulé du paragraphe ou le libellé de l'acte peut être suivi d'une note d'utilisation (explicative, indicative ou d'exclusion)

Les sous paragraphes

- **07.02.05.01**

Niveau 4

Curetage périapical dentaire

- HBGB001 Curetage alvéolaire dentaire

- *À l'exclusion de : curetage alvéolaire au cours d'une avulsion dentaire (Note d'exclusion)*

- HBGB005 Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée

Les 5 niveaux

Niveau 5

1. Chapitre 7 = Appareil digestif
2. Sous-chapitre 07.02 : Actes thérapeutiques sur la bouche et l'oropharynx
3. Paragraphe 07.02.02 : Actes thérapeutiques sur les dents
4. Sous paragraphe 07.02.02.05 : Restauration des tissus durs de la dent

HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
[N]	(ZZLP025, HBQK061)

Les actes dentaires dans la CCAM

- Actes diagnostiques
 - Radiographie de la bouche
- Actes thérapeutiques sur les dents
 - Prophylaxie
 - Soins conservateurs
 - Traitements endodontiques
 - Chirurgie... cosmétologie, occluso
- Prothèses dentaires
 - Pose de prothèse dentaire amovible
 - Pose de prothèse dentaire fixée dentoportée ou implantoportée
- Actes thérapeutiques sur le parodonte
- Implantologie (agénésies et cancer)
- Gestes complémentaires sur les dents et les arcades dentaires (Radios)
- Gestes complémentaires en prothèse plurale fixée (pilier et inter de bridge)
- Suppléments et modificateurs

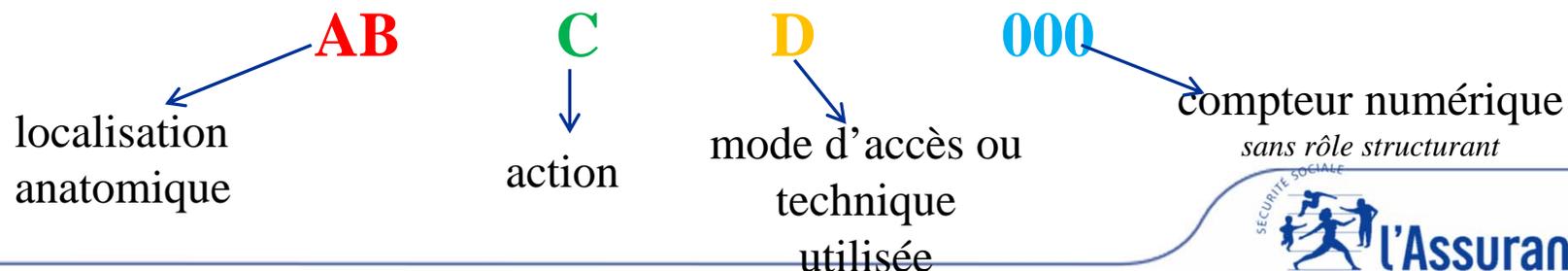
Les principes de description

- Principe de « l'acte global »
- Classement par grands appareils et non par spécialités
- Niveau de détail suffisant mais non excessif
- Non mention de la pathologie dans le libellé
- Précision de chaque libellé

Codage

Codes alphanumériques à sept caractères correspondant aux axes pertinents de description dans le libellé : **ABCD000**

- une partie initiale, sur quatre caractères alphabétiques majuscules
- partie terminale à trois caractères numériques



CODAGE DE LA CCAM

Exemple de codage en CCAM dentaire

Avulsion d'une dent permanente sur arcade sans alvéolectomie : HBGD036

HB



localisation
anatomique

G



action



D



mode d'accès ou
technique utilisée



036



compteur numérique



appareil digestif = H
Dent = HB

Extraire

Abord ouvert

Sites internet :

www.ameli.fr : Rubrique professionnel de santé - Exercer au quotidien - Nomenclatures et codage
www.atih.fr

La liste des actes

- <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>

The screenshot displays the CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) website. At the top left is the logo for 'SÉCURITÉ SOCIALE l'Assurance Maladie'. The main header features 'CCAM en ligne' and 'CCAM Classification Commune des Actes Médicaux'. Below this are navigation buttons: 'Trouver un acte', 'Téléchargement', 'Outils', 'Règles de facturation', and 'Aide'. A status bar indicates 'Votre classeur : 0 fiche d'acte | 0 liste de résultat mémorisée'. The main content area is divided into two sections: '> TROUVER UN ACTE' with sub-options 'RECHERCHER PAR MOT-CLÉ', 'RECHERCHER PAR CODE', and 'CONSULTER LA CCAM PAR CHAPITRE'; and '> OUTILS' with 'LISTE DES ACTES FRÉQUENTS PAR SPÉCIALITÉ'. On the left sidebar, there is a section 'À LA UNE' with a sub-section 'Téléchargement' for 'CCAM Version 31', which includes a brief description of updates and a link to 'Lire l'article ...'.

Seulement à partir du 1^{er} Juin 2014 les actes CCAM bucco-dentaires facturables seront consultables sur le site Ameli.fr

Règles de la CCAM

REGLES DE LA CCAM : Acte global

- La CCAM est fondée sur le principe de l'acte global
 - Le libellé décrit acte diagnostique et/ou thérapeutique **complet et achevé**
 - Le libellé comprend **l'ensemble des étapes** nécessaires à la réalisation de l'acte

L'anesthésie locale pour les actes de petite chirurgie fait partie de l'acte

Actes CCAM

La CCAM comprend :

- des Actes isolés (AI)
 - Actes qui peuvent être réalisés de manière indépendante
ex : « avulsion d'une dent définitive sur l'arcade »
- des Procédures (P)
 - regroupements usuels d'actes isolés
ex: Pose de gouttières maxillaire et mandibulaire pour hémostase ou portetopique
- des Actes complémentaires
 - Actes qui ne peuvent être réalisés isolément
ex : les inter de bridge
- des suppléments et modificateurs
 - Contreplaque – enfant de moins de 13 ans

Acte isolé

NGAP

Extraction de 2 dents permanentes

- d'une dent permanente **DC16**
- de chacune des suivantes au cours de la même séance **DC8**

CCAM

HBGD043

- Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
- 50,16 €

Procédure

- Regroupement usuel d'actes isolés

LBLD006	Pose de gouttières maxillaire et mandibulaire pour hémostase ou portetopique
---------	--

Geste complémentaires

- Geste complémentaire

geste facultatif qui ne peut être facturé de manière indépendante

HBGD035

- Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade
- *(ZZLP025, HBQK061)*



18.02 - Gestes complémentaires

HBQK061

- Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües, perinterventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique

Modificateurs

HBFD033

Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente

[F, N, U]

(ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK303)

19.03.02	Age du patient	
N	Majoration pour réalisation d'un acte de restauration des tissus durs de la dent et/ou d'endodontie sur des dents permanentes chez un enfant de moins de 13 ans	15,70%

Les suppléments autorisés pour un acte sont inscrits sous le libellé

Association d'actes

- Les associations d'actes correspondent à la réalisation de plusieurs actes
 - dans le même temps
 - pour le même patient
 - par le même praticien

- Il existe des incompatibilités d'association entre les différents actes

Associations compatibles

- Le Dr Roulette réalise sur Mr Patient Pierre le 23/10/2014
 - sur la 13



HBQK389

- Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües

HBGD036

- Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie

– sur la 12



HBMD050

- Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire

Associations compatibles

- Actes en série
 - sur deux arcades
 - Prothèse maxillaire

HBMD017

- Adjonction ou changement d'1 élément d'une prothèse dentaire amovible

- Prothèse mandibulaire

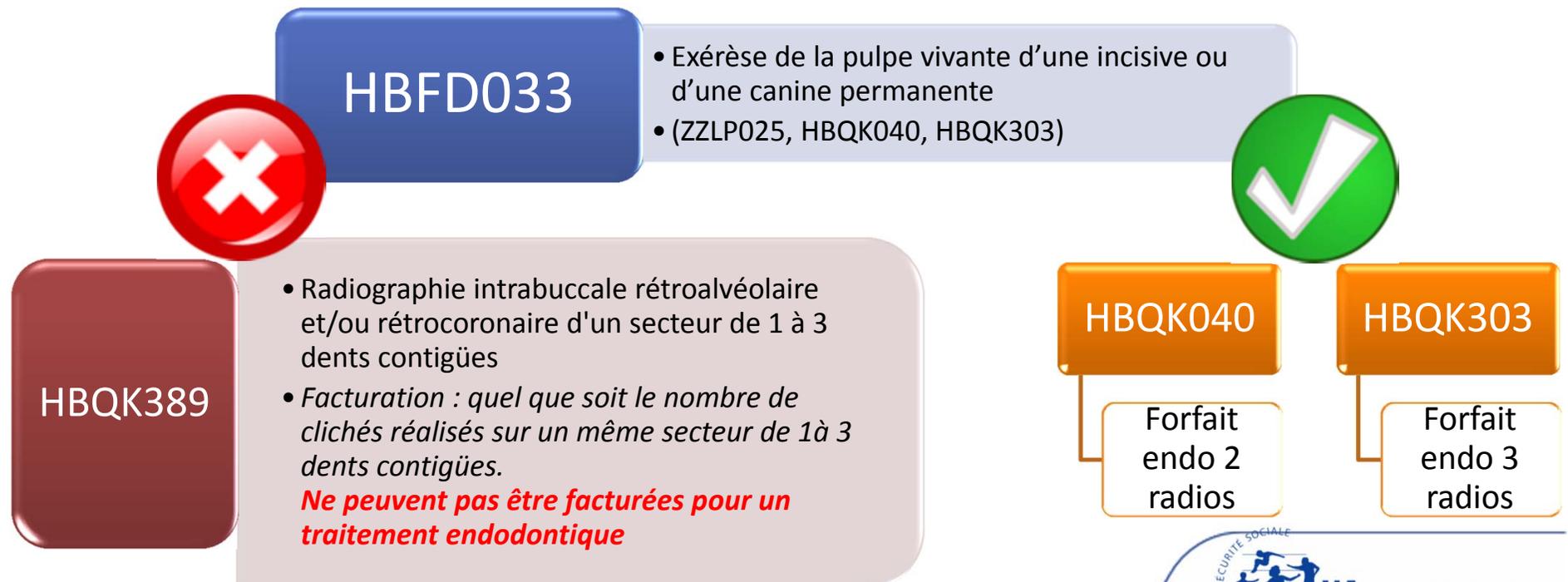
HBMD017

- Adjonction ou changement d'1 élément d'une prothèse dentaire amovible



Associations incompatibles

- Note d'indication de réalisation interdit cette association
 - sur la 12



Associations incompatibles

- Actes en série
 - sur les 16, 26 et 36



HBBD005

- Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent

HBBD006

- Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents



HBBD007

- Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents

Associations incompatibles

- Actes en série
 - sur une arcade



HBMD017

- Adjonction ou changement d'1 élément d'une prothèse dentaire amovible

HBMD017

- Adjonction ou changement d'1 élément d'une prothèse dentaire amovible



HBMD114

- Adjonction ou changement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible

Associations incompatibles

- Il n'est pas possible d'associer un acte technique avec une consultation ou une visite



HBBD005

- Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent

C

- Consultation

Notes

- Afin de préciser le contenu technique des actes décrits ou leurs conditions d'utilisation ou de prise en charge :
des informations supplémentaires peuvent accompagner les libellés.
- Ces notes sont situées soit :
 - sous les libellés si elles sont d'ordre particulier ,
 - en tête de chapitre ou de subdivision si elles sont d'ordre général.
- Elles précisent les conditions :
 - de réalisation de l'acte :
 - indications médicales,
 - environnement, formation,
 - nécessité d'un recueil prospectif de données.
 - de prise en charge ou/et de facturation.

Notes

- Notes - Indications de facturation

Note d'ordre général

18.02.07.01 Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif

Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique :

- d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare
- des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires

HBQK040

Radiographies intrabucales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique

[F,U]

Facturation : forfaitaire quel que soit le nombre de clichés réalisés et de séances

Note d'ordre particulier

Notes

- Indications de réalisation
 - Les actes pris en charge sous conditions de réalisation

07.02.02.04

Prophylaxie buccodentaire



HBBD005

Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur une dent

Indication : acte de prévention en cas de risque carieux ; avant 14 ans 1ère et 2ème molaires permanentes ; le risque carieux doit être impérativement évalué

Notes

- Pris en charge sous conditions

HBJD001
Détartrage et
polissage des
dents

- Deux actes au plus peuvent être facturés par période de 6 mois. Un détartrage complet doit être réalisé en un ou deux actes maximum.

Temps	Pris en charge	BR	Honoraires	Devis
T	Oui	28,92 €	28,92 €	Non
T + 15 jours	Oui	28,92 €	28,92 €	Non
T + 2 mois	Non	NR	XX €	Oui
T + 4 mois	Non	NR	XX €	Oui
T + 6 mois	Oui	28,92 €	28,92 €	Non

Notes

- Pris en charge sous conditions

HBBD005

Comblement [Scellement]
prophylactique des puits,
sillons et fissures sur 1 dent

- Indication : acte de prévention en cas de risque carieux ; avant 14 ans 1ère et 2ème molaires permanentes ; le risque carieux doit être impérativement évalué

Temps	Pris en charge	BR	Honoraires	Devis
12 ans	Oui	21,69 €	21,69 €	Non
14 ans	Non	NR	XX €	Oui
Prémolaire	Non	NR	XX €	Oui

Notes

- Pris en charge sous conditions

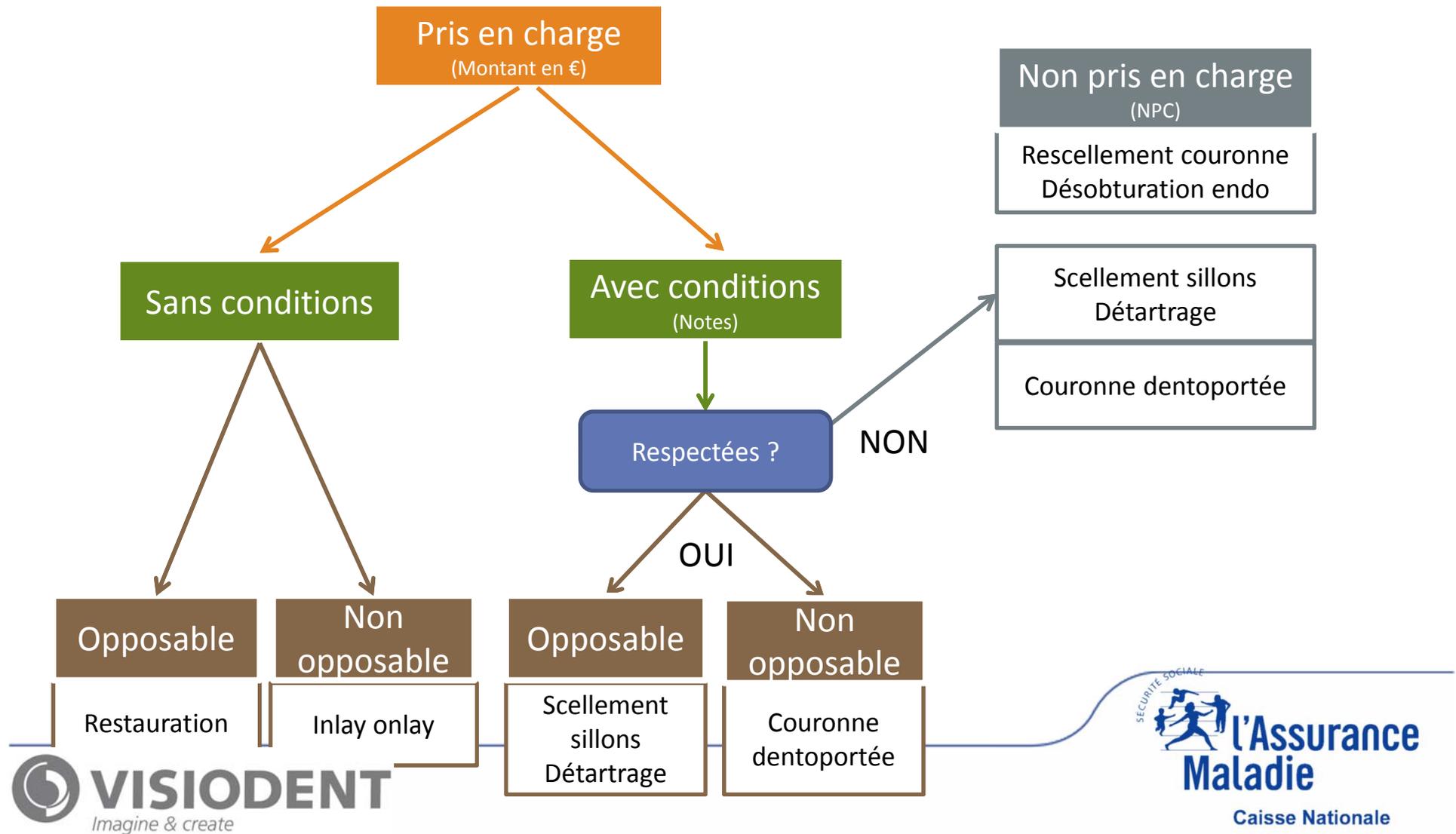
LBLD015

**Pose d'1 implant
intra osseux intra
buccal, chez l'adulte**

- Facturation: - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare
- - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires

Indication	Pris en charge	BR	Honoraires	Devis
maladie rare	Oui	422,18 €	422,18 €	Non
	Non	NR	XX,00 €	Oui

Règles de prise en charge d'un acte



Au quotidien

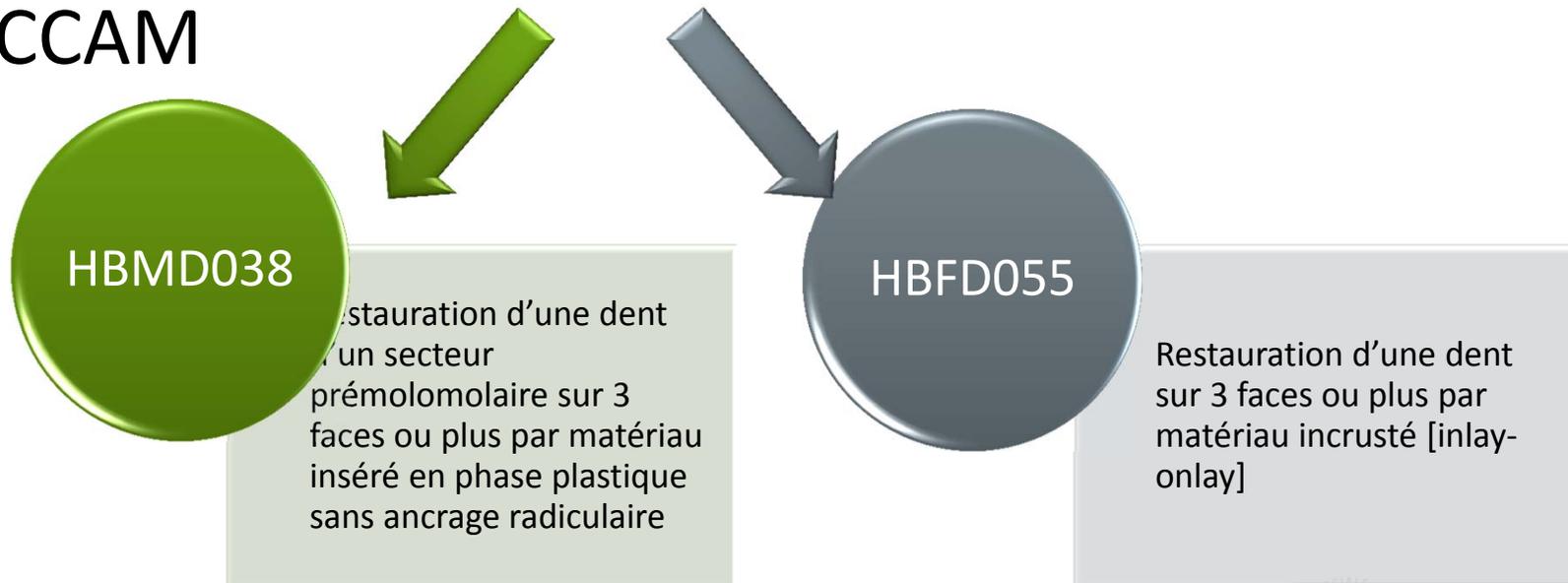
QUELQUES EXEMPLES

Obturation 3 faces sur 46

- NGAP
 - Cavité composée, traitement global intéressant trois faces et plus

SC 17

- CCAM



Obturation endodontique 14

- NGAP

- Pulpectomie coronaire et radiculaire avec obturation des canaux et soins consécutifs à une gangrène pulpaire (traitement global) : groupe prémolaires **SC 20**

- CCAM

48,20 €



HBFD395

Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature



HBBD234

Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification



HBFD021

Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire



HBFD297

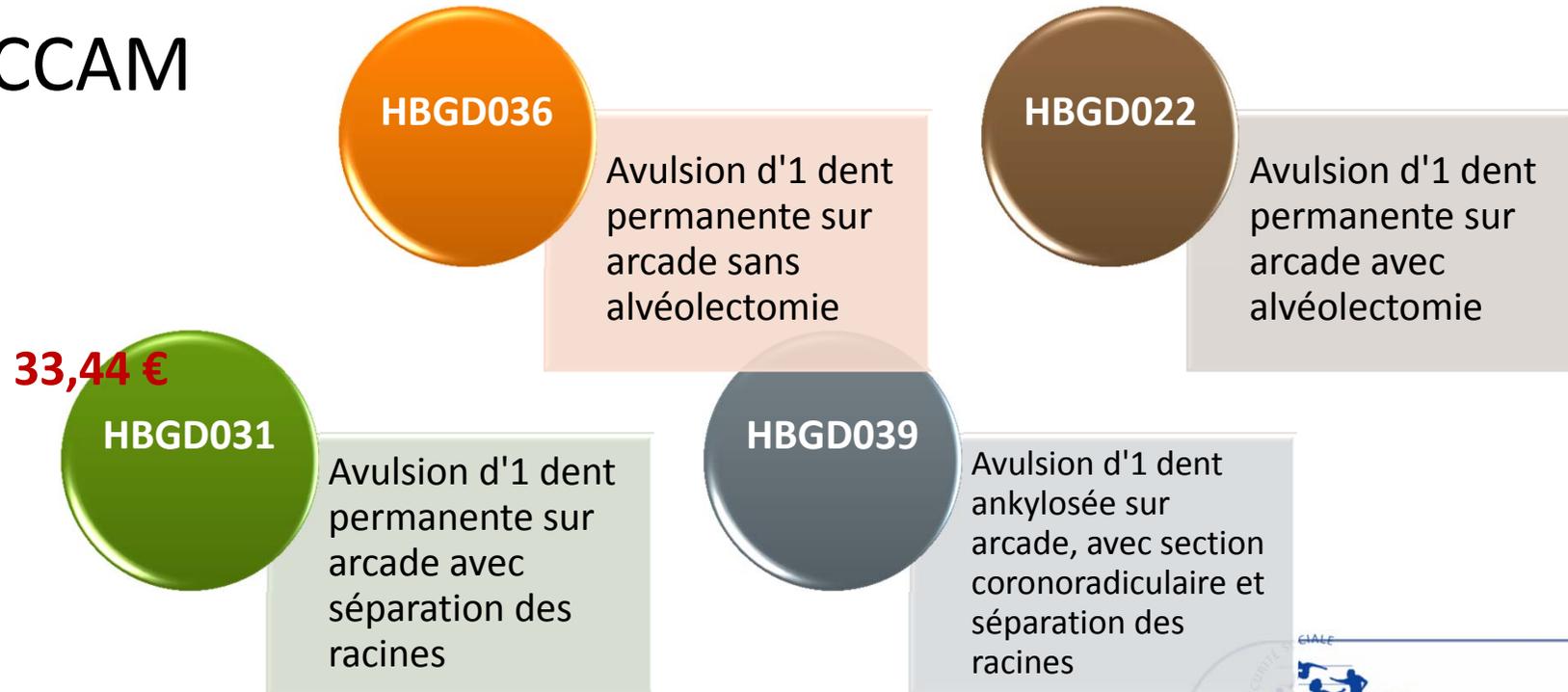
Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire

Extraction de 36

- NGAP

Extraction d'une dent permanente sans alvéolectomie **DC 16**
avec alvéolectomie **DC 10**

- CCAM



Extractions de 14 15 16

- **NGAP**

Extraction

d'une dent permanente **DC 16**

de chacune des suivantes au cours de la même séance **DC 8 + 8**

- **CCAM**

HBGD319

Avulsion de 3 dents
permanentes sur
arcade sans
alvéolectomie

Parodontie

- NGAP
 - Gingivectomie étendue à un sextant (de canine à canine, de prémolaire à dent de sagesse) **DC 20**
- CCAM

41,80 €

HBFA007

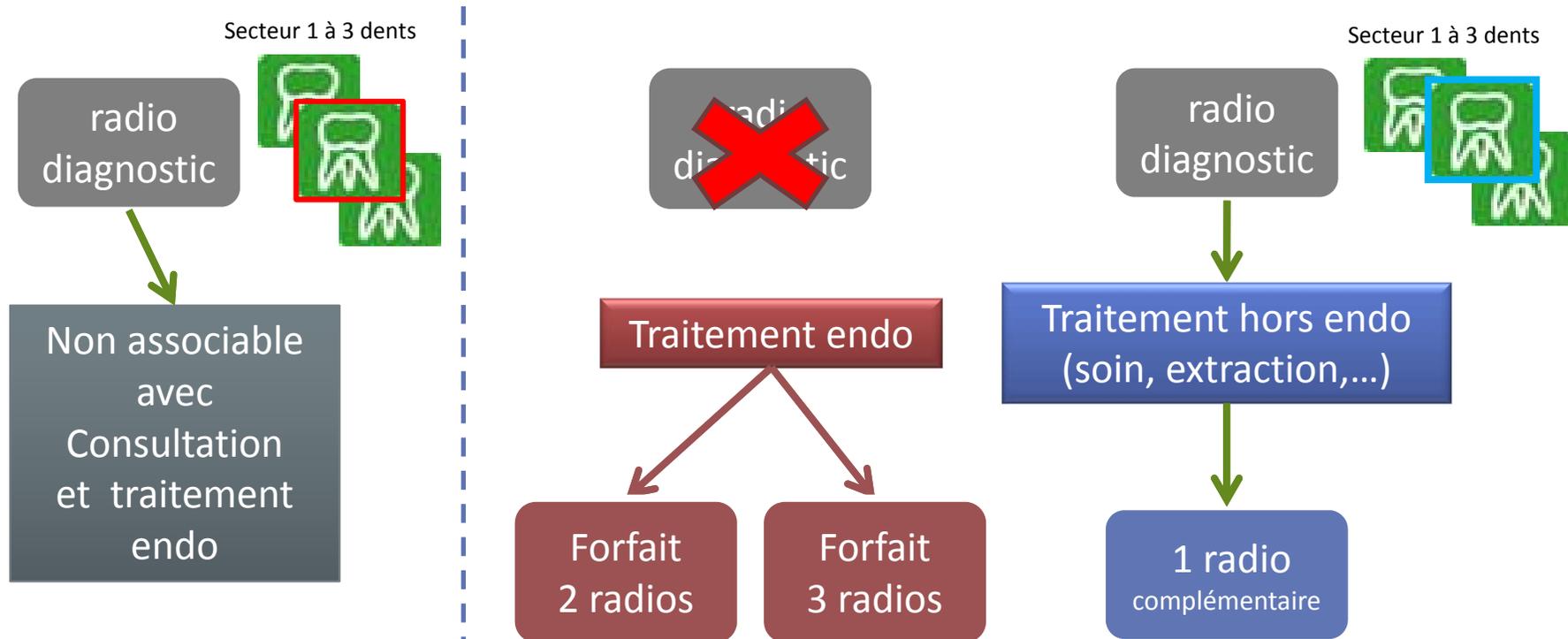
Gingivectomie
sur un secteur
de 4 à 6 dents

HBGB006

Surfaçage
radiculaire
dentaire sur un
sextant

NR Honoraires libres

Radiographie



Radios réalisées au cours d'un traitement

Radiographie

- Radiographies diagnostiques

07.01.04.01 Radiographie de la bouche

Par dents contigües

.....

Facturation : quel que soit le nombre de clichés réalisés sur un même secteur de 1 à 3 dents contigües

Ne peuvent pas être facturées pour un traitement endodontique

HBQK389

- Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües
- 7,98 €

- Pris en charge sous conditions

Radiographies complémentaires pour traitements endodontiques

18.02.07.01 Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif

HBQK040

- Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües **préinterventionnelle ou perinterventionnelle** avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique
- *Facturation : forfaitaire quel que soit le nombre de clichés réalisés et de séances*
- 11,97 €

HBQK303

- Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües **préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale** pour acte thérapeutique endodontique
- *Facturation : forfaitaire quel que soit le nombre de clichés réalisés et de séances*
- 15,96 €

Radios complémentaires & traitement endodontiques

- Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente .
(ZZLP025, HBQK040, **HBQK303**)

HBFD458

- Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale **pour acte thérapeutique endodontique**
- *Facturation : forfaitaire quel que soit le nombre de clichés réalisés et de séances*

HBQK303

Radio complémentaire pour traitement hors endodontie

- Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie
- (ZZLP025, **HBQK061**)

HBGD036

- Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües, perinterventionnelle et/ou finale, **en dehors d'un acte thérapeutique endodontique**
- *Facturation : quel que soit le nombre de clichés réalisés*

HBQK061

Reprise de traitement endodontique

07.02.02.06	Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent
	L'exérèse de la pulpe vivante ou l'exérèse du contenu canalaire non vivant d'une dent inclut la mise en forme canalaire et l'obturation radiculaire.
	Lorsque le contenu canalaire est un matériau d'obturation, l'acte n'inclut que la mise en forme canalaire et l'obturation radiculaire.

HBGD 040 Désobturation endodontique d'une incisive ou d'une canine **Non pris en charge et à conserver dans le dossier du patient**

HBGD017 Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire **Pris en charge**

Prothèse

- Prothèse adjointe 14 dents
 - NGAP **SPR 85**
 - CCAM

HBLD031

Pose d'une prothèse amovible **définitive** complète unimaxillaire à plaque base résine

HBLD032

Pose d'une prothèse amovible **de transition** complète unimaxillaire à plaque base résine

Prothèse

- 2 Prothèses adjointes 14 dents haut et bas
 - NGAP **SPR 85 + SPR 85**
 - CCAM HBLD031+ HBLD031 ? **NON**

HBLD031



Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine

HBLD035

Pose d'une prothèse amovible définitive complète **bimaxillaire** à plaque base résine

Prothèse

- Prothèse stellite 14 dents

- NGAP

- Prothèse adjointe définitive 14 dents
 - Supplément plaque base métal

SPR 85

SPR 60

- CCAM

HBLD047

Pose d'une
prothèse amovible
définitive complète
unimaxillaire à
châssis métallique

311,75€

Prothèse

- Prothèse en résine 4 dents
 - NGAP
 - Prothèse adjointe définitive 4 dents **SPR 35**
 - CCAM
 - Prothèses adjointes définitives de moins de 9 dents : non retenues par la HAS

HBLD476

Pose d'une prothèse amovible de **transition** à plaque base résine, comportant 4 dents

HBLD332

Pose d'une prothèse amovible **définitive** à châssis **métallique**, comportant 4 dents

Prothèse fixée

- NGAP

- couronne provisoire

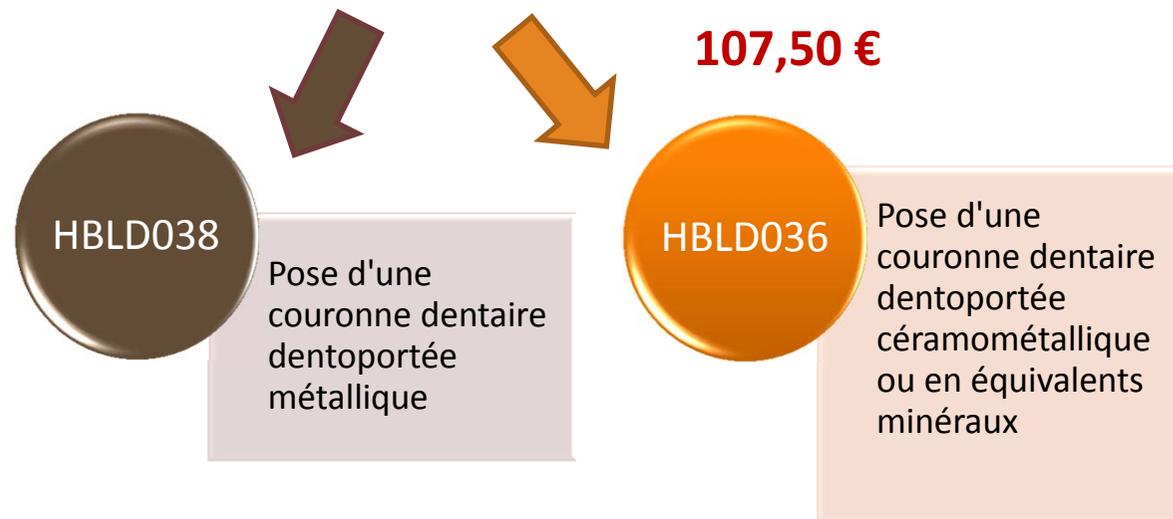


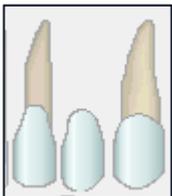
- CCAM



- couronne définitive

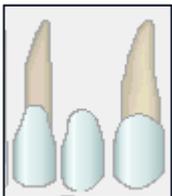
SPR 50 (condition d'attribution justifiée)





Le bridge

- NGAP
 - Équivalent 2 couronnes **2 x SPR 50** (conditions attribution justifiées)
 - Équivalent prothèse 1 à 3 dents **SPR 30** (même si 2 inters)
- CCAM
selon le type de dent et de reconstitution
 - Acte principal
 - Bridge de base de 3 dents (2 piliers + 1 inter)



Bridge de 3 dents

- **NGAP**

- **2 x SPR 50** (12 et 14 conditions attribution justifiées)

- **SPR 30** (13)

- **CCAM**

Bridge de base, dépend du type de couronne et de l'inter de bridge

HBLD040

- Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et 1 élément intermédiaire métallique

HBLD043

- Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux

HBLD033

- Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique

HBLD023

- Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux

Conditions d'attribution

- Bridge de base - 3 dents

Prothèse dentaire fixée dentoportée quand au moins une dent pilier ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation. La ou les radiographies dont la nécessité médicale est validée scientifiquement sont conservées dans le dossier du patient

Le bridge dont un des deux piliers est non reconstituable durablement par une obturation est pris en charge avec une base de remboursement à la valeur de 279,50 €

Conditions d'attribution

- Bridge de base - 3 dents

- NGAP

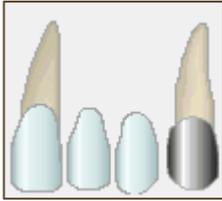
- P(RD) - Inter - P(RD) SPR 30 BR : 64,50 €
 - P(NRD) - Inter - P(RD) SPR 80 BR : 172,00 €
 - P(NRD) - Inter - P(NRD) SPR 130 BR : 279,50 €

- CCAM

- P(RD) - Inter - P(RD) NR
 - P(NRD) - Inter - P(RD) BR : 279,50 €
 - P(NRD) - Inter - P(NRD) BR : 279,50 €

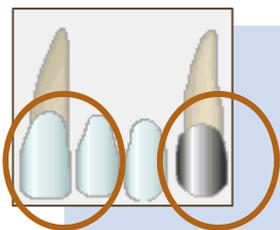
RD = reconstituable durablement

NRD = non reconstituable durablement



Bridge de 4 dents

- 2 Piliers – 2 Inters
 - NGAP
 - Équivalent 2 couronnes **2 x SPR 50** (conditions attribution justifiées)
 - Équivalent prothèse 1 à 3 dents **SPR 30** (même si 2 inters)
 - CCAM
selon le type de dent et de reconstitution
 - **Acte principal**
 - Bridge de base de 3 dents (2 piliers + 1 inter) **BR = 279,50€**
 - **Acte complémentaire**
 - Adjonction d'un intermédiaire **BR = 0€**



Bridge de 4 dents

- Acte principal (BR=279,50€)

Bridge de base de 3 dents (2 piliers, 1 inter) selon le type de dent

HBLD040

- Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant
- 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux,
- et 1 élément intermédiaire métallique

HBLD043

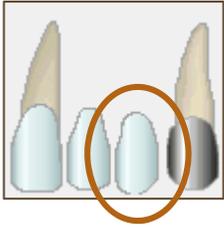
- Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant
- 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux,
- et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux

HBLD033

- Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant
- 2 piliers d'ancrage métalliques
- et 1 élément intermédiaire métallique

HBLD023

- Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant
- 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux
- et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux



Bridge de 4 dents

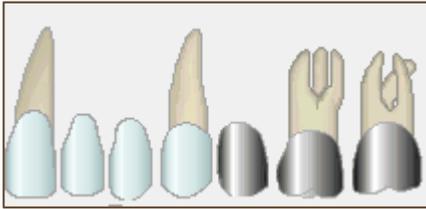
- Acte complémentaire
 - Adjonction d'un intermédiaire selon le type de dent
 - **BR=0 € pour l'ajout d'un 1^{er} et d'un 2^e élément intermédiaire, le 1^{er} élément intermédiaire est inclus dans le bridge de base (équivalent prothèse de 1 à 3 dents)**

HBMD490

- Adjonction d'un 1^{er} élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale fixée
- [2^e élément métallique intermédiaire de *bridge*]

HBMD479

- Adjonction d'un 1^{er} élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée
- [2^e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de *bridge*]



Bridge de 7 dents

- 4 Piliers - 3 Inters

- NGAP

- Possibilité de coter 4 SPR 50 (selon conditions d'attribution)
- Équivalent prothèse 1 à 3 dents SPR 30

- CCAM

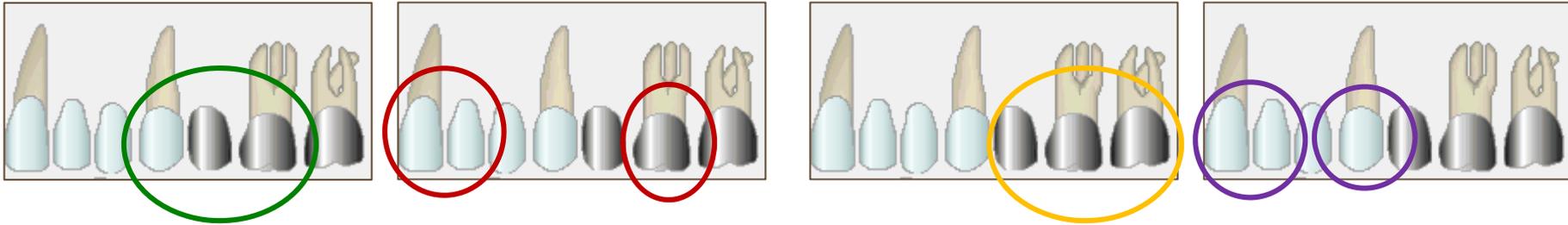
5 codes au choix multiple selon le type de dent

- 1 Acte principal

- Bridge de base de 3 dents (2 piliers, 1 inter)
- Le bridge de base doit être pris en charge pour pouvoir facturer les actes complémentaires

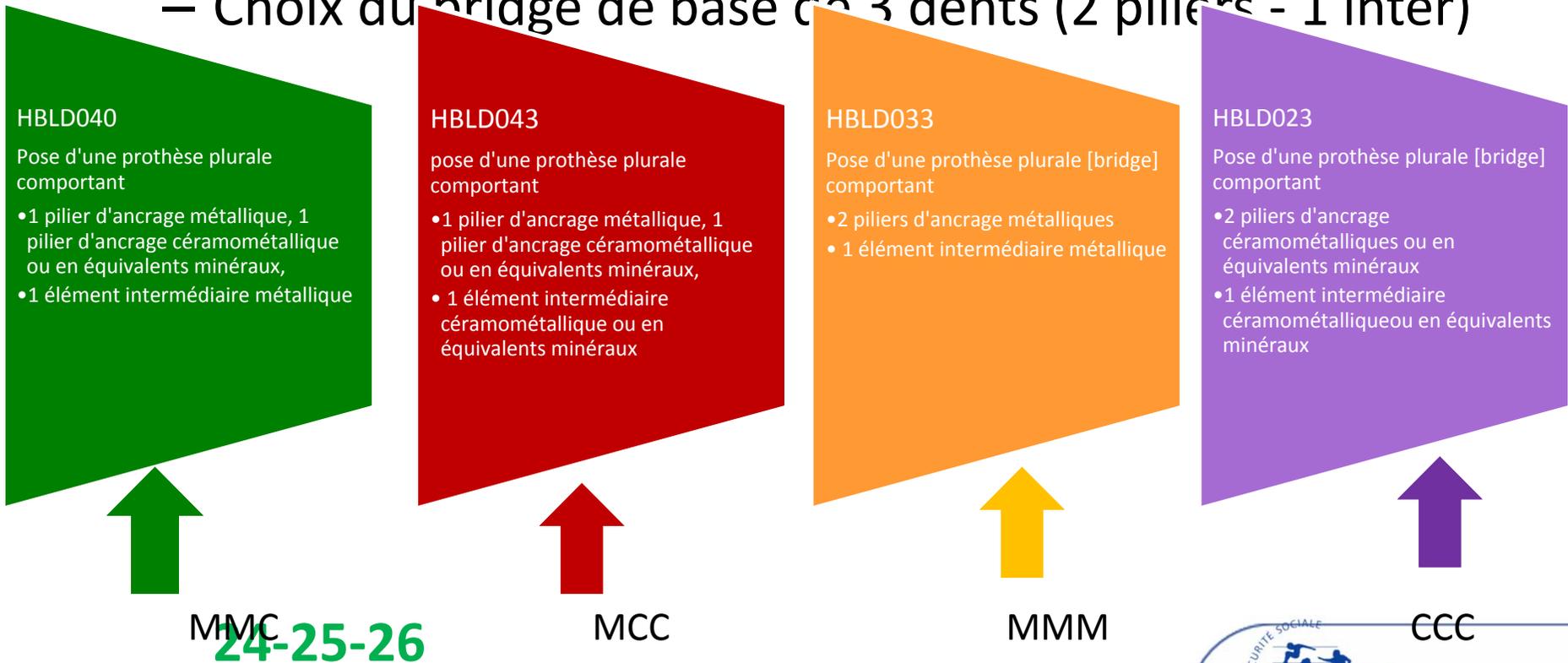
- 4 Actes complémentaires

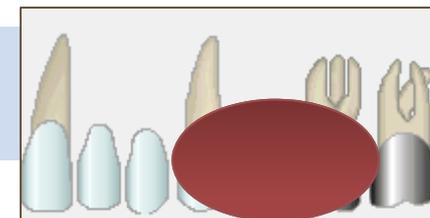
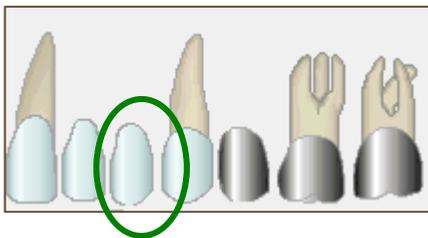
- 2 Piliers (quand les dents ne sont pas reconstituables durablement)
- 2 Inters



- Acte principal

- Choix du bridge de base de 3 dents (2 piliers - 1 inter)





24-25-26 HBLD040 bridge de base BR 279,50 €

- Acte complémentaire
– Choix du 2ème inter

HBMD490

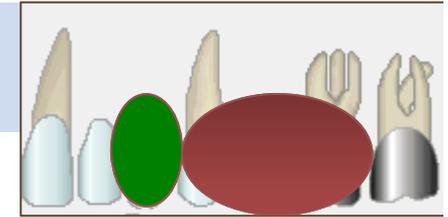
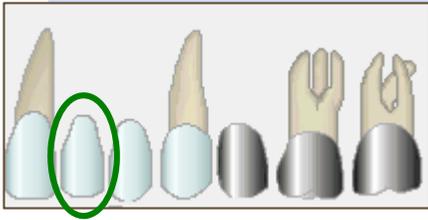
Adjonction d'un 1^{er} élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [2^e élément métallique intermédiaire de *bridge*]

HBMD479

Adjonction d'un 1^{er} élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [2^e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de *bridge*]

23





24-25-26 HBLD040 bridge de base BR 279,50 €

23 HBMD479 2^{ème} inter BR 0,00 €

- Acte complémentaire
– Choix du 3^{ème} inter

HBMD342

Adjonction d'un 2^e élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale
[3^e élément métallique intermédiaire de bridge]

HBMD433

- Adjonction d'un 2^e élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée
[3^e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]

22

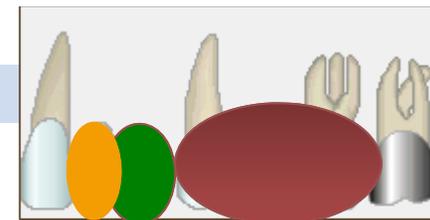
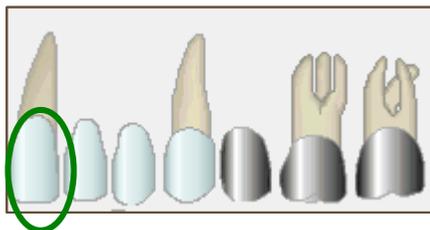


SOCIALE



**l'Assurance
Maladie**

Caisse Nationale



- Acte complémentaire
– Choix du 3ème Pilier

24-25-26	HBLD040	bridge de base BR	279,50 €
23	HBMD479	2 ^{ème} inter BR	0,00 €
22	HBMD433	3 ^{ème} inter BR	0,00 €

HBMD087

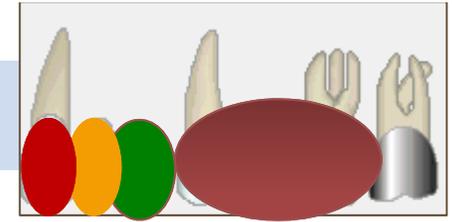
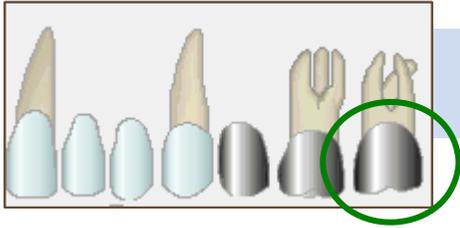
Adjonction d'un pilier d'ancrage
céramométallique ou en équivalents
minéraux à une prothèse dentaire plurale

21



HBMD081

Adjonction d'un pilier d'ancrage
métallique à une prothèse dentaire
plurale



- Acte complémentaire
 - Choix du 4ème Pilier

24-25-26	HBLD040	bridge de base	BR	279,50 €
23	HBMD479	2 ^{ème} inter	BR	0,00 €
22	HBMD433	3 ^{ème} inter	BR	0,00 €
21	HBMD087	3 ^{ème} pilier	BR	107,50 €

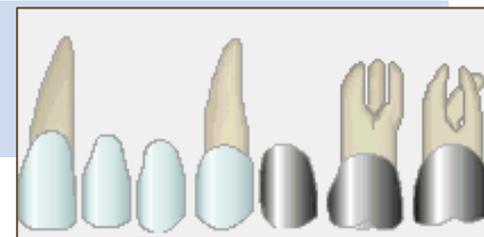
HBMD087

Adjonction d'un pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale

HBMD081

Adjonction d'un pilier d'ancrage métallique à une prothèse dentaire plurale

Bridge de 7 dents



- Codage CCAM du bridge

21	HBMD087	3 ^{ème} pilier	BR	107,50 €
22	HBMD433	3 ^{ème} inter	BR	0,00 €
23	HBMD479	2 ^{ème} inter	BR	0,00 €
24-25-26	HBLD040	bridge de base		279,50 €
27	HBMD081	4 ^{ème} pilier	BR	107,50€

Avenant 2 et 3 des chirurgiens dentistes
Avenant 11 des médecins

LES NOUVELLES MESURES

Nouveautés de l'avenant 2

- Revalorisation sur les cavités 1 face
 - Passe de 16,87€ à 19,28€

HBMD043

- Restauration d'une dent sur 1 face par matériau incrusté [inlay-onlay]

HBMD058

- Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire

HBMD053

- Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire

Nouveautés de l'avenant 2

- Revalorisation sur les cavités 2 faces
 - Passe de 28,92€ à 33,74€

HBMD046

- Restauration d'une dent sur 2 faces par matériau incrusté [inlay-onlay]

HBMD050

- Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire

HBMD049

- Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire

Désobturation endodontique

- Aucune base de remboursement
- Renvoyés pour étude de valorisation ultérieure en CHAP... **Acte non remboursable**

HBGD30

• Désobturation endodontique d'une incisive ou d'une canine

HBGD233

• Désobturation endodontique d'une première prémolaire maxillaire

HBGD001

• Désobturation endodontique d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire

HBGD033

• Désobturation endodontique d'une molaire

Restauration d'angles ≠ 3 faces

– Valorisation +5 % par rapport à l'obturation 3 faces

HBMD044

- Restauration d'une dent d'un secteur incisivo canin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire 43 €

HBMD047

- Restauration d'une dent d'un secteur incisivo canin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire 86 €

Couronne sur implant

- Acte à entente directe
 - Comme en NGAP

HBLD418

- Pose d'une couronne dentaire implantoportée
- Base de remboursement à 107,50 €
 - Équivalent SPR 50

Création d'un libellé spécifique pour la différencier des couronnes dentoportées.

Les implants ne sont pas pris en charge

Gouttières

HBLD018

- Pose d'un plan de libération occlusale
- Base de remboursement 172,80 € (115,20€ en NGAP)

LBLD014

- Pose d'une orthèse métallique recouvrant totalement ou partiellement une arcade dentaire
- Base de remboursement 172,80 €

LBLD003

- Pose d'une gouttière maxillaire ou mandibulaire pour hémostase ou portetopique
- Base de remboursement 86,40 € (57,60 € en NGAP)

LBLD006

- Pose de gouttières maxillaire et mandibulaire pour hémostase ou portetopique
- Base de remboursement 172,80 €

• **Opposables**

Dégagement d'une dent

HBPD002

- Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal
- 104,50 € (83,60 € NGAP)

HBPA001

- Dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau
- 146,30 € (83,60 € NGAP)

HBPD001

- Dégagement de plusieurs dents retenues ou incluses avec pose de dispositif de traction orthodontique
- 156,75 € (94,05 € NGAP)

• **Opposables**

Inscription d'un nouvel acte

HBJB001

- Évacuation d'abcès parodontal
- 40 €

- Prise en charge d'un acte dont la cause est urgente et douloureuse
 - **Opposable**

CMU-C

- Transposition des actes du panier de soins de NGAP en CCAM
 - Un code
 - Un libellé
 - Une base de remboursement
 - Un montant maximum autorisé
 - Un code de transposition (FDA,...)
- Disparition des prothèses résine de 1 à 3 dents jusqu'à 8 dents.
- Inscription du bridge de base de 3 dents dans le panier de soins (4 actes CCAM)

Codes de regroupement

Nbre	Codes	Libellés
1	ADC	Actes de chirurgie
2	ADI	Actes d'imagerie
3	ATM	Actes techniques médicaux (hors imagerie)
4	AXI	Actes de Prophylaxie et Prévention
5	END	Actes d'endodontie
6	IMP	Pose d'implants ou de matériel pour implantologie
7	INO	Actes Inlay-Onlay
8	PAM	Prothèses amovibles définitives métallique
9	PAR	Prothèses amovibles définitives résine
10	PDT	Prothèses dentaires provisoires
11	PFC	Prothèses Fixes Céramiques
12	PFM	Prothèses Fixes Métalliques
13	RPN	Réparations sur prothèse
14	SDE	Soins Dentaires
15	TDS	Parodontologie - tissus de soutien de la dent
16	ICO	Actes Inlay-cores

Facturation AMO

Facturation

Pour être pris en charge par l'AMO

- L'acte doit être inscrit à la CCAM
- Il doit être inscrit sur la liste des actes pris en charge
- Il doit remplir les conditions de réalisation et de facturation décrites dans les notes
- Il doit être effectué par le professionnel de santé

Facturation

- Ne sont facturables à l'Assurance Maladie
 - que les actes pris en charge, un tarif est inscrit = Base de remboursement
 - Un acte non pris en charge n'a pas de montant, il est noté « non pris en charge NPC »



Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euro)
HBLD045	Application dentaire d'un vernis de reminéralisation sur une arcade	1	0	Non pris en charge
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur une dent <i>Indication : acte de prévention en cas de risque carieux ; avant 14 ans 1ère et 2ème molaires permanentes</i>	1	0	21,69

Facturation

- Notes - Indications de réalisation
 - Les actes pris en charge sous conditions de réalisation

07.02.02.04

Prophylaxie buccodentaire

HBBD005

Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur une dent

Indication : acte de prévention en cas de risque carieux ; avant 14 ans 1ère et 2ème molaires permanentes ; le risque carieux doit être impérativement évalué

Facturation

- Notes - Indications de facturation

18.02.07.01 Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif

Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique :

- d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare
- des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires

HBQK040

Radiographies intrabucales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique

[F,U]

Facturation : forfaitaire quel que soit le nombre de clichés réalisés et de séances



Facturation

- Notes - Indications de facturation

HEJD001	Détartrage et polissage des dents	28,92 €
	<i>Facturation : Deux actes au plus peuvent être facturés par période de 6 mois</i> <i>Un détartrage complet doit être réalisé en 1 ou 2 actes maximum</i>	



Code activité

- identifie pour un même acte le nombre d'intervenants nécessaires
- est défini en référence aux règles de l'art. Il est constant et obligatoire.
 - 1 pour un seul intervenant
 - 2 ou 3 pour les autres opérateurs
 - 4 pour l'anesthésiste dans les anesthésies générale ou locorégionale
 - 5 pour la CEC (surveillance circulation extracorporelle)
- **Le Chirurgien dentiste aura toujours un code activité 1**

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euro)	Remb. ss Cdtions	Accord Préalable	Exo. TM	Regrou pement
HBED009 [F, P, S, U]	Réduction de fracture alvéolaire en denture permanente <i>Facturation : peut être facturé avec traitement radiculaire (ZZLP025)</i>	1	0	104,50			1	ADC
HBED015 [F, P, S, U]	Réduction de fracture alvéolaire en denture mixte ou incomplète <i>Facturation : peut être facturé avec traitement radiculaire (ZZLP025)</i>	1	0	104,50			1	ADC

Code phase de traitement

- «0» par défaut, lorsqu'il n'y a qu'une seule phase de traitement
 - «1» identifie la première phase de traitement,
 - «2» la deuxième phase,
 - «3» la troisième phase.
- Il n'est pas nécessaire d'inscrire le code phase 0 lors de l'exécution d'actes bucco-dentaire.

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euro)	Rembt. ss Cdtions	Accord Préalable	Exo. TM	Regrou pement
HBED009 [F, P, S, U]	Réduction de fracture alvéolaire en denture permanente <i>Facturation : peut être facturé avec traitement radiculaire (ZZLP025)</i>	1	0	104,50			1	ADC
HBED015 [F, P, S, U]	Réduction de fracture alvéolaire en denture mixte ou incomplète <i>Facturation : peut être facturé avec traitement radiculaire (ZZLP025)</i>	1	0	104,50			1	ADC

Codes modificateurs

- C'est une information associée à un acte. Il identifie un critère particulier pour la réalisation ou la valorisation de l'acte.

HBFD033

[F, N, U]

Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente

(ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK303)

Codes modificateurs

[E, F, N, U]

MODIFICATEUR ÂGE (E)

Réalisation d'un acte de radiographie chez un patient de **moins de 5 ans +49%**

MODIFICATEUR DIMANCHE OU JOURS FERIES (F)

Acte réalisé en urgence un **dimanche** ou **jour férié**,
Forfait **19.06 €**

MODIFICATEUR -13 ANS (N)

Majoration pour traitement des dents permanentes des enfants de
moins de 13 ans +15,70%

Modificateur Urgence (U)

Urgence chirurgiens dentistes **NUIT 20h – 8h**
Forfait **25,15 €**

Exemple : Codes modificateurs

- NGAP Obturation sur 16
 - Cavité composée, traitement global intéressant trois faces et plus **SC 17**
 - **Enfant de - de 13 ans**, Cavité composée, traitement global intéressant trois faces et plus **SC 20**
- CCAM



HBMD038

Restoration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire



N

Majoration pour traitement des dents permanentes des enfants de moins de 13 ans

$$\text{BR} : 40,97\text{€} + 40,97 * 15,70\% = 47,40 \text{€}$$

Suppléments et gestes complémentaires

HBLD033	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique
	(HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087)

Gestes complémentaires et suppléments : se trouvent sous le libellé

Associations d'actes

- Les associations d'actes correspondent à la réalisation de plusieurs actes
 - dans le même temps
 - pour le même patient
 - par le même praticien
 - pas d'incompatibilité entre les actes
- Code association
 - valeurs de 1 à 5
 - module la valeur de l'acte en fonction des autres effectués dans la séance

Code association

- **1** signifie que l'acte est tarifé à 100 %.
- **2** signifie que l'acte est tarifé à 50 %.
- **3** signifie que l'acte est tarifé à 75 %.
- **4** signifie que tous les actes de l'association sont tarifés à 100 %, utilisé pour les cas spécifiques
- **5** signifie que les actes sont tarifés à 100 % pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée,

Association d'actes

- Pour les actes dentaires
L'article III-3 2-g du Livre III précisent les actes bucco-dentaires qui sont associables entre eux, à taux plein, quel que soit leur nombre

Dans ce cas :

- 1^o acte
 - 100% de sa valeur ; le code association est 4)
- 2^{ème} acte
 - 100% de sa valeur ; le code association est 4)
- 3^{ème} acte
 - 100% de sa valeur ; le code association est 4 ; sans limitation de nombre

Sauf pour quelques actes qui suivent la règle générale (50% le second Gingivectomie ne fait partie des modalités particulières de l'article III-3- 2-g)

Calcul de la Base de Remboursement

- Après avoir lu les codes associations des actes et après avoir pris connaissance de tous les actes CCAM présents dans la facture, le logiciel de gestion (sesam vitale) calcule la valeur définitive de la base de remboursement des actes CCAM.

Exemple de facturation : Association d'actes

- Adaptation des règles de facturation à notre exercice

Date	Code	Libellé	Dents	Code association	BR	Taux à appliquer au tarif	Honoraires
16/09/2014	HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	14	4	28,92 €	100%	28,92 €
16/09/2014	HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	15	4	28,92 €	100%	28,92 €
16/09/2014	HBGD036	Avulsion d'une dent permanente sur arcade sans alvéolectomie	16	4	33,44 €	100%	33,44 €
16/09/2014	HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade	53 63	4	25,08 €	100%	25,08 €

Exemple de facturation : Association d'actes

- Pour les 2 actes suivant la règle générale dans une séance
 - les codes association sont 1 pour l'acte de tarif le plus élevé, 2 pour l'autre acte ; pour les actes bucco-dentaires ou les suppléments, le code association est 1.
 - Le code 4 ne peut pas être employé avec un autre code association.

Date	Code	Libellé	Dents	Code association	BR	Taux à appliquer au tarif	Honoraires
16/09/2014	HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	14	1	28,92 €	100%	28,92 €
16/09/2014	HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents	23 24 25 26	1	41,80 €	100%	41,80 €
16/09/2014	HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents	33 34 35 36	2	41,80 €	50%	20,90 €
16/09/2014	HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade	53 63	1	25,08 €	100%	25,08 €

Exemple de facturation : Association d'actes

- **2 séances**

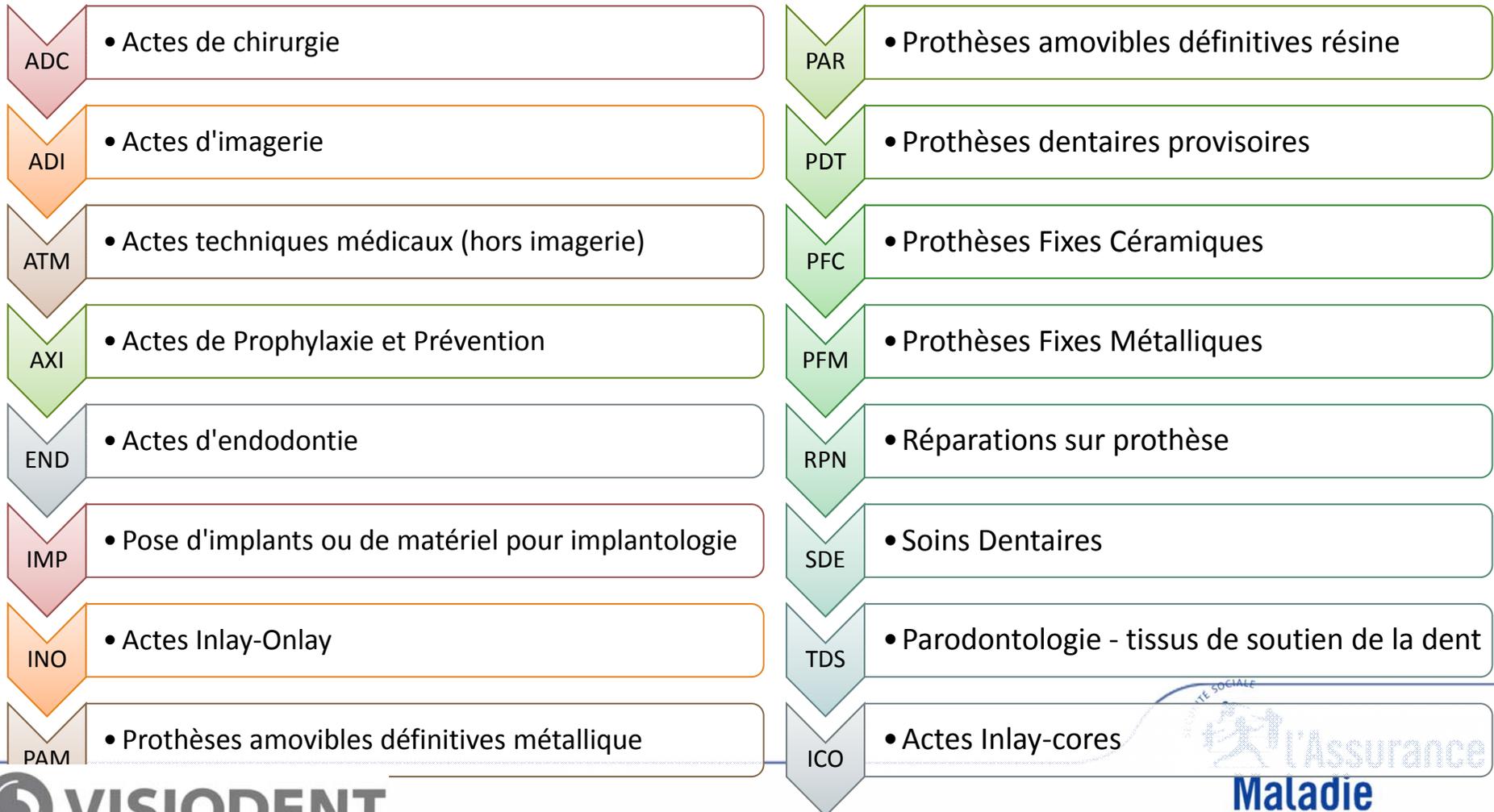
- 1^{ère} Tous les actes sont associés entre eux à 100% code 4
- 2^{ème} 1 acte suivant le règle générale est associé à lui-même code 1 pour 100% et code 2 pour 50%

Date	Code	Libellé	Dents	Code association	BR	Taux à appliquer au tarif	Honoraires
01/09/2014	HBGD036	Avulsion d'une dent permanente sur arcade sans alvéolectomie	16	4	33,44 €	100%	33,44 €
01/09/2014	HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade	73 83	4	25,08 €	100%	25,08 €
16/09/2014	HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	14	1	28,92 €	100%	28,92 €
16/09/2014	HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents	23 24 25 26	1	41,80 €	100%	41,80 €
16/09/2014	HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents	33 34 35 36	2	41,80 €	50%	20,90 €
16/09/2014	HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade	53 63	1	25,08 €	100%	25,08 €

Codes de regroupement

- 16 codes agrégés signifiants, sont transmis à la place du code CCAM à l'AMC. Ils correspondent à des familles d'actes de même nature et sont inscrits après chaque libellé dans la base CCAM.
- Ils sont générés automatiquement par les logiciels de télétransmission ou lors de la liquidation.
- Ces codes figurent sur le décompte adressé à l'assuré.

Codes de regroupement



Codes regroupement

le devis et note d'honoraires
HBLD038



dans le dossier du patient
**HBLD038 (couronne
métal)**



Décompte
Code de regroupement PFM



FSE ou FSP
HBLD038

Flux Noémie
Code de regroupement PFM

Honoraires

- Acte pris en charge opposable,
 - montant de la base de remboursement calculé par un module Sesam Vitale.
- Acte pris en charge à entente directe,
 - montant de la base de remboursement calculé par un module Sesam Vitale. Honoraires libres
- Acte non pris en charge
 - Honoraires libres

Facturation

4 CODES

- Code de l'acte ***HBBD005 (obligatoire)***
- Code activité ***1 pour CD (obligatoire)***
- Code phase de traitement ***0***
- Code Association ***4 ou 1 pour 100% 2 pour 50%***

Et éventuellement

- Codes Modificateurs ***4 possibles***

|

Facturation

Code	Texte	Activité	Phase
HBED009 [F, P, S, U]	Réduction de fracture alvéolaire en denture permanente <i>Facturation : peut être facturé avec traitement radiculaire (ZZLP025)</i>	1	0

Code de l'acte

Code activité

Code phase

Modificateurs

Gestes complémentaires et suppléments

Code association des actes, défini la valeur de l'acte à 100% de la BR ou 50% de la BR

Aide à la facturation

Conseils de contrôles à effectuer lors de la facturation

- Actes non opposables et opposables (liste existante)
- Conditions de prise en charge – notes de paragraphe ou de libellés
 - du détartrage
 - des radios réalisées au cours d'un traitement endodontique
 - des radios hors endodontie
 - du bridge
 - des implants uniquement pour agénésies et cancer
 - Etc.

Propositions transmises aux éditeurs de logiciels

FSE

- **Agrément en version 1.40 obligatoire** du module de télétransmission et du logiciel de gestion pour facturer les actes CCAM.
- Les **SRT** services de réglementation et tarification de la nomenclature CCAM sont
 - inclus dans cette version
 - mis à jour par l'intermédiaire de l'éditeur
 - gérés uniquement par Sesam Vitale.

La feuille de soins

Feuille de soins

Nouvelle
feuille de soins

cerfa N° 100070x **feuille de soins bucco-dentaires** numéro de facture (facultatif)

CHIRURGIEN DENTISTE MEDECIN date JJ/MM/AAAA

Art. R. 151-42 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 112 du Code des professions médicales d'exercice et des médecins de la guerre

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le praticien)
nom et prénom
nom de famille - de naissance - suivi de nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)
numéro d'immatriculation
date de naissance JJ/MM/AAAA
votre organisme de rattachement en cas de dispense d'assurance des frais (à remplir par le praticien, le cas échéant)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))
nom et prénom
nom de famille - de naissance - suivi de nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)
numéro d'immatriculation
ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DU PRATICIEN **IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE**

PRATICIEN REMPLACANT
nom et prénom
identifiant
dispositif de coordination de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES ACTES

MALADIE (cf. nomenclature des actes médicaux, voir les annexes de la ligne suivante)
actes en rapport avec une A.L.D. action de prévention autre
accident causé par un tiers non oui date JJ/MM/AAAA

ACTES dispensés au titre de l'art. L. 115 (cf. la notice au verso - cf. précité de *** et les recommandations importantes)

AT/MP numéro ou date JJ/MM/AAAA

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case
si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous
nom et prénom du médecin :
accès direct spécifique urgence hors résidence habituelle médecin traitant remplacé accès hors coordination

ACTES EFFECTUES
(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : JJ/MM/AAAA)

dates des actes	codes des actes	autres actes (TO...) éléments de justification CCAM (prothèses, association...)	montant des honoraires facturés					
JJ/MM/AAAA								
localisation anatomique								
localisation anatomique								
localisation anatomique								
localisation anatomique								

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du praticien ayant effectué l'acte ou les actes signature de l'assuré(e) impossibilité de signer

Feuille de soins

ACTES EFFECTUES										
(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)										
dates des actes	codes des actes	activités	C, CS V, VS	autres actes (TO,...) éléments de tarification CCAM (modificateurs, association,...)	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement			
							I.D. ② M.D.	nbre	I.K. montant ③	
J J M M A A A A										
localisation anatomique										
J J M M A A A A										
localisation anatomique										
J J M M A A A A										
localisation anatomique										
J J M M A A A A										
localisation anatomique										

PAIEMENT	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	
l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire <input type="checkbox"/>	l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire <input type="checkbox"/>
signature du praticien ayant effectué l'acte ou les actes	signature de l'assuré(e)
	impossibilité de signer <input type="checkbox"/>

FSDSTO 10-2013 S315x

Feuille de soins

ACTES EFFECTUES											
<i>(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)</i>											
dates des actes	codes des actes	activités	C, CS V, VS	autres actes (TO,...) éléments de tarification CCAM (modificateurs, association,...)	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement				
							I.D. ②	M.D.	nbre	I.K. montant ③	
J J A A A A											
localisation anatomique											

- A** **date** de réalisation de l'acte
- B** **numéro** des dents concernées, ou **sextant** ou **arcade**
- C** code de **l'acte** (7 caractères)
- D** code **activité** (1 si dentiste seul intervenant , 4 si anesthésie par médecin)
- E** **Modificateurs** (4 possibles)
- F** code **Association** (valeurs 1,2,4)
- G** Remboursement exceptionnel

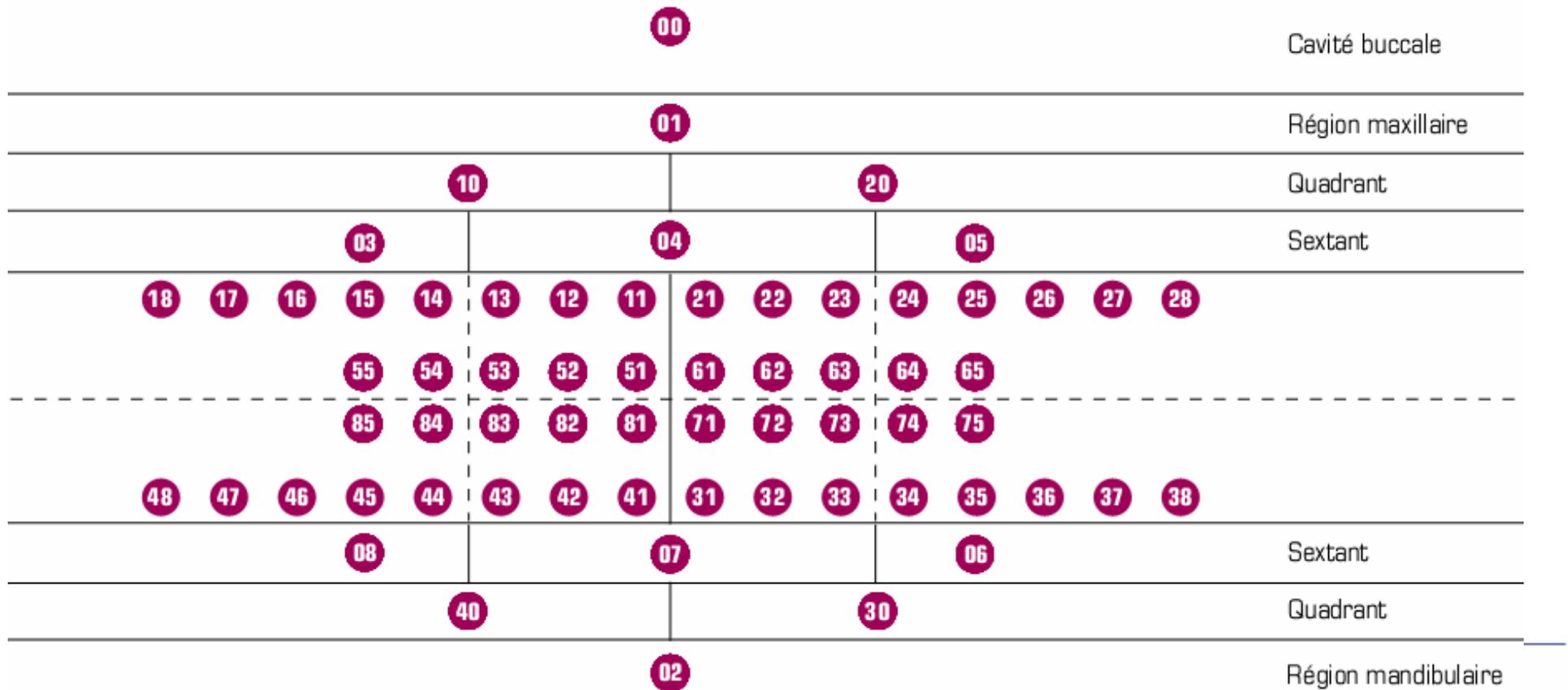
H Montant de l'honoraire

Dents, sextants, arcades

- Dans le cadre de la NGAP, une prestation correspondant à une seule dent soignée.
- Dans le cadre de la CCAM une prestation peut comporter jusqu'à 16 occurrences de dents soignées.
- *Numérotation sextants et maxillaires :*
 - 01 maxillaire
 - 02 mandibule
 - 03 Sextant supérieur droit
 - 04 Sextant antéro-supérieur
 - 05 Sextant supérieur gauche
 - 06 Sextant inférieur gauche
 - 07 Sextant antéro-inférieur
 - 08 Sextant inférieur droit

Dents, sextants, arcades

Norme ISO 3950



Feuille de soins

- Acte NGAP et CCAM
 - Consultation
 - Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade
(dates différentes)

ACTES EFFECTUES									
<i>(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)</i>									
dates des actes	codes des actes	activités	C, CS V, VS	autres actes (TO,...) éléments de tarification CCAM (modificateurs, association,...)	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ② M.D.	nbre	I.K. montant ③
11/09/2014 localisation anatomique			C		23,00				
18/09/2014 localisation anatomique	HBGD037 75 85	1			25,08				
localisation anatomique									
localisation anatomique									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 48,08

Feuille de soins

- Soins d'un enfant de 12 ans
 - Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade
 - Restauration prémolomolaire 1 face 19,28€ + 3,02€ = 22,30€
 - Radiographie diagnostique rétroalvéolaire

ACTES EFFECTUES									
<i>(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)</i>									
dates des actes	codes des actes	activités	C, CS V, VS	autres actes (TO,...) éléments de tarification CCAM (modificateurs, association,...)	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ② M.D.	nbre	I.K. montant ③
11/09/2014	HBGD037	1		4	25,08				
localisation anatomique	75 85								
11/09/2014	HBMD053	1	N	4	22,30				
localisation anatomique	36								
11/09/2014	HBQK389	1		4	7,98				
localisation anatomique	36								
J J M M A A A A)									
localisation anatomique									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 55,36

Feuille de soins

- Actes en série
 - Avulsion de 10 dents définitives sans alvéolectomie
 - Radiographies diagnostique rétroalvéolaires 4 secteurs ≠

ACTES EFFECTUES													
<i>(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)</i>													
dates des actes	codes des actes					activités	C, CS V, VS	autres actes (TO,...) éléments de tarification CCAM (modificateurs, association,...)	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
	I.D. ② M.D.	nbre	I.K. montant ③										
11/09/2014 localisation anatomique ↻	HBGD064	07	14	34	35	26	1	4	183,92				
11/09/2014 localisation anatomique ↻	HBQK443	14	26	11	34		1	4	31,92				
J J M M A A A A localisation anatomique ↻													
J J M M A A A A localisation anatomique ↻													

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 215,84

Feuille de soins

- Acte d'orthodontie
 - Facturation d'un semestre

ACTES EFFECTUES									
<i>(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)</i>									
dates des actes	codes des actes	activités	C, CS V, VS	autres actes (TO,...) éléments de tarification CCAM (modificateurs, association,...)	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ② M.D.	nbre	I.K. montant ③
11/09/2014				TO 90	XXX,00				
localisation anatomique ↻									
J J M M A A A A									
localisation anatomique ↻									
J J M M A A A A									
localisation anatomique ↻									
J J M M A A A A									
localisation anatomique ↻									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) XXX,00

Résumé

NGAP

Sans codage

Libellé non standardisé

Fréquence des actes approximative

Lettre clé + coefficient

SC 17 = 40,97 €

Montant des lettres clés paramétrable

Un seul numéro de dent par acte

Informatique conseillée

Sesam vitale 1.31



CCAM

Codage

Libellé standardisé, Liste médicale des actes

Description globale de l'activité dentaire

Actes complémentaires

Coefficient majoration

HBMD038 = 40,97 €

Montant calculé par un module Sésam Vitale

Plusieurs numéros de dents possibles par acte

Informatique indispensable

Sesam Vitale 1.40

Avenant 3

Présentation des mesures

Mise en œuvre du dispositif de prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes

- Modalités :

- Prise à charge à 100% avec dispense d'avance des frais d'un examen de prévention du 4^{ème} mois de grossesse jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement.
- Contenu de l'examen : anamnèse, examen bucco-dentaire et éducation sanitaire.
Réalisé par les CD libéraux, et à compter du 1^{er} juin 2014 par les stomatologistes.
- Tarifs de l'examen et des éventuelles radios associées : identiques à ceux de l'EBD enfants, avec dispense d'avance des frais :
 - **BDC** (examen simple) : **30€**
 - **BR2** (examen avec 1 ou 2 radiographies intrabuccales) : **42€**
 - **BR4** (examen avec 3 ou 4 radiographies intrabuccales) : **54€**

*Soins consécutifs à l'examen réalisés entre le 4^{ème} et le 6^{ème} mois de grossesse : prise en charge à 70 %
À partir du 6^{ème} mois de grossesse, prise en charge au titre du risque maternité et donc à 100%.*

- Envoi des invitations à réception de la déclaration de grossesse : courrier, imprimé de prise en charge spécifique, et 2 fiches conseils d'hygiène bucco-dentaire pour la mère et son bébé.

➔ *Entrée en vigueur légale : 1^{er} décembre 2013, mais compte tenu de l'impact de sa mise en œuvre sur nos systèmes d'informations, le dispositif n'est effectif et ne pourra être facturé qu'au plus tôt à la mi-février 2014.*

Mesures diverses

- Revalorisation tarifaires au 1^{er} juin 2014 :
 - VS à 23 € en France métropolitaine
 - CS et VS à 25,30€ aux Antilles
 - CS et VS à 27,60€ en Guyane, à la Réunion et à Mayotte
- **Devis dentaire : adaptation du modèle de devis pour le passage au 1^{er} juin 2014 à la CCAM (ex: intégration du code CCAM)**

Merci de votre attention