

DOCUMENT DE SYNTHÈSE

Les grands principes de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire

SOMMAIRE

Introduction

I. Textes officiels	page 2
II. Les principes du codage.....	page 3
A - Acte global	page 3
B - Les gestes complémentaires et les suppléments	page 3
C - Code activité, code phase, code association.....	page 4
D - Compléments d'information	page 5
III. La prise en charge	page 6
IV. L'opposabilité	page 6
V. CMUC	page 7
VI. Supports de facturation	page 7

Ce document de synthèse présente les modalités d'application, au 1^{er} juin 2014, de la décision UNCAM du 15 octobre 2013, publiée au Journal Officiel du 8 décembre 2013. Cette décision concerne la mise en œuvre de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire actée par les avenants 2 et 3 à la convention des chirurgiens-dentistes et l'avenant 11 à la convention des médecins.

Introduction

A partir du 1^{er} juin 2014, les chirurgiens-dentistes et les médecins stomatologues coteront tous leurs actes bucco dentaires en CCAM à l'exception de l'orthodontie qui reste en NGAP.

- Les chirurgiens-dentistes spécialistes qualifiés en ODF (spécialité 36) continueront à coter en NGAP tous leurs actes techniques facturés en Z et en TO.
- Les chirurgiens-dentistes non spécialistes et les médecins stomatologues qui pratiquent l'orthodontie coteront en NGAP les actes techniques codés en TO et ORT. Tous les autres actes seront cotés en CCAM.

I Les textes officiels.

La CCAM est composée de 3 livres.

Le livre premier : dispositions générales, est constitué de 15 articles qui définissent les conditions de codage et de facturation des actes techniques.

Le livre II composé de 19 chapitres énumère l'ensemble des actes techniques. Leur classification s'effectue par appareil anatomique selon la déclinaison suivante :

- Chapitre
 - Sous chapitre
 - Paragraphe
 - Sous paragraphe
 - Acte

Exemple :

- *Chapitre 07 Appareil digestif (niveau 1)*
 - *Sous chapitre 07.02 actes thérapeutiques sur la bouche et l'oropharynx (niveau 2)*
 - *Paragraphe 07.02.02 Actes thérapeutiques sur les dents (niveau 3)*
 - *Sous paragraphe 07.02.02.05 Restauration des tissus durs de la dent (niveau 4)*
 - *Acte HBMD058 : Restauration d'une dent du secteur incisivo canin sur une face par matériau inséré en phase plastique (niveau 5)*

Chaque acte technique est identifié par un code (4 lettres + 3 chiffres) et un libellé

Les 4 lettres ont une signification descriptive, les 3 chiffres sont un compteur aléatoire.

Les deux premières lettres précisent la localisation anatomique de l'acte, la troisième lettre décrit l'action et la quatrième lettre le mode d'accès ou la technique utilisée.

Exemple :

HBGD036 avulsion d'une dent permanente sur l'arcade sans alvéolectomie

H=appareil digestif

B=dent

G=extraire

D=voie d'abord ouverte

Le libellé décrit un acte diagnostique et/ou thérapeutique complet et achevé. On dit que l'acte est global.

Le livre III : dispositions diverses précise les conditions de codage et de facturation des actes techniques.

La règle générale indique qu'au cours d'une même séance deux actes au plus peuvent être facturés : le premier à taux plein et le second à 50 % de sa valeur.

Pour la majorité des actes bucco-dentaires, il existe une dérogation à cette règle : plusieurs actes peuvent être associés à taux plein au cours de la même séance.

Les règles spécifiques d'association des actes bucco-dentaires sont précisées à l'article III-3, paragraphe B, point 2 « dérogations », alinéa g).

Le livre III décrit aussi les actes de la NGAP résiduelle (ODF).

II Les principes du codage.

A - Acte global

Chaque acte bucco-dentaire est considéré dans sa globalité. Le libellé de l'acte comprend l'ensemble des étapes nécessaires à sa réalisation. La facturation s'effectue lorsque l'acte est achevé.

Exemple : le tarif d'une avulsion dentaire inclut tous les gestes nécessaires à sa réalisation comme par exemple l'anesthésie locale.

Toutefois il existe des aménagements au principe de l'acte global. Il s'agit des gestes complémentaires et des adaptations pour la CCAM transitoire.

B - Les gestes complémentaires et les suppléments sont des actes qui ne peuvent être réalisés isolément, ils complètent un acte principal. Les codes des gestes complémentaires ou des suppléments autorisés sont mentionnés en regard de chacun des actes concernés ; ils sont regroupés dans des chapitres spécifiques.

- Les gestes complémentaires sont décrits dans le chapitre 18 et concernent, pour l'activité bucco-dentaire :
 - les radiographies en rapport avec un acte thérapeutique endodontique
 - la radiographie complémentaire éventuelle réalisée en dehors d'un acte thérapeutique endodontique
 - les éléments intermédiaires ou les piliers ajoutés au bridge de base de 3 éléments.

Le geste complémentaire est codé et facturé en même temps que l'acte principal (traitement endodontique ou hors endodontie et bridge de base) qui l'a induit.

Exemple 1 :

Traitement endodontique d'une molaire avec réalisation de radiographies pré, per et post opératoires. La facturation s'effectue une fois le traitement terminé.

HBFD024 : Exérèse du contenu canalair non vivant d'une molaire permanente

Geste complémentaire :

HBQK303 : Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires pour acte endodontique sur un secteur de 1 à 3 dents contigües comportant une radiographie préinterventionnelle, une radiographie perinterventionnelle et une radiographie finale.

Exemple 2 :

Réalisation d'un bridge céramo métallique de 4 éléments : 3 piliers et un inter.

Facturation :

Bridge de base :

HBLD023 : Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramo métalliques ou en équivalents minéraux et 1 élément intermédiaire céramo métallique ou en équivalents minéraux

Geste complémentaire :

HBMD087 : Adjonction d'un pilier d'ancrage céramo métallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]

- Les adaptations de la CCAM transitoire : les suppléments et modificateurs

Ils sont décrits dans le chapitre 19 et portent sur :

- les suppléments en prothèse adjointe : contre plaques ou dents massives
- les modificateurs :
 - . Les actes de radiographie réalisés sur les enfants de moins de 5 ans (modificateur E).
 - . Les majorations pour les actes réalisés en urgence la nuit, les dimanches et jours fériés (F, U)
 - . Les actes de restauration et d'endodontie réalisés sur les dents permanentes des enfants de moins de 13 ans (N).

Comme pour les gestes complémentaires, ces adaptations sont codées et facturées en même temps que le geste principal.

Exemple :

Réalisation d'une prothèse amovible à châssis métallique de 10 dents avec 4 contre plaques.

Facturation :

HBLD079 : Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents

YYYY259 : Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique.

C - Code activité, code phase, code association.

- Le code activité identifie le nombre d'intervenants nécessaires à la réalisation d'un acte :
 - 1 pour un seul opérateur, 2 et 3 si un deuxième et un troisième opérateur interviennent au cours de l'acte technique
 - 4 pour le médecin anesthésiste
 - 5 pour la circulation extra corporelle

En chirurgie dentaire on utilise le code activité 1

- Le code phase identifie les différentes phases de traitement lorsqu'elles existent. Lorsqu'il n'y a qu'une seule phase on utilise le code 0. Les actes qui comportent plusieurs phases sont réservés à quelques actes médicaux complexes.

En chirurgie dentaire, on utilise le code phase 0, son codage est facultatif.

- Le code association est utilisé lors de la réalisation de plusieurs actes, par le même praticien, sur un même patient, dans la même séance.

La règle générale indique que le premier acte est tarifé à 100 % (code association 1), que le deuxième acte est tarifé à 50 % (code association 2) ou à 75 % (code association 3).

Le code association 4, utilisé pour des actes spécifiques, signifie que tous les actes sont tarifés à 100%.

Ce code est utilisé pour la majorité des actes dentaires. Ces spécificités et les actes concernés sont précisés à l'article III-3, paragraphe B, point 2 « dérogations », alinéa g).

Toutefois, il existe quelques exceptions pour lesquelles le premier acte est coté à 100 % et le deuxième acte à 50%. On utilise alors les codes association 1 pour le premier acte et 2 pour le deuxième acte.

Exemple : réalisation de gingivectomies sur deux sextants dans la même séance. Le code association sera 1 pour le premier acte (tarifé à 100 %) et 2 pour le deuxième acte (tarifé à 50 %)

D - Compléments d'information

- Notes d'indication et de facturation ou de prise en charge

Afin de préciser le contenu technique des actes décrits ou leurs conditions d'utilisation, des informations supplémentaires peuvent accompagner les libellés. Ces notes d'utilisation sont situées, soit sous les libellés si elles sont d'ordre particulier, soit en tête de chapitre ou de subdivision si elles sont d'ordre général.

Principales notes d'indication :

- Les radiographies diagnostiques ne sont pas facturables avec un traitement endodontique pour lequel il est prévu des actes spécifiques de radiographie.
- Le scellement prophylactique des sillons est pris en charge en cas de risque carieux. La facturation est limitée aux 1eres et 2emes molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent avant le 14^e anniversaire.
- La prise en charge des traitements implanto prothétiques est limitée :
 - o aux agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare
 - o aux séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires
- Lors d'un détartrage, deux actes au plus peuvent être facturés par période de 6 mois.
- La couronne dentoportée est prise en charge quand la dent ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation ...
- Pour le bridge de base, au moins une des deux dents piliers doit présenter une restauration coronaire non durable.
- ...

Précisions sur le bridge.

Le bridge n'était pas décrit dans la NGAP et le praticien cotait par équivalence une couronne par pilier (SPR 50) et une prothèse adjointe pour l'inter (SPR 30).

Dans la CCAM, le bridge est une entité prothétique décrite et tarifée avec des conditions d'attribution qui lui sont propres.

La prise en charge est limitée aux bridges dentoportés.

Le bridge de base correspond à deux piliers et un inter.

Au moins une des deux dents piliers ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation.

Si les conditions de prise en charge des piliers ne sont pas réunies, le bridge n'est pas pris en charge et l'équivalence d'une prothèse adjointe pour l'inter ne peut pas être utilisée.

Il en est de même pour l'adjonction de pilier supplémentaire au bridge de base ; il est pris en charge s'il ne peut être reconstitué de façon durable par une obturation.

Si le praticien réalise un bridge de plus de 3 éléments, le bridge de base et les piliers supplémentaires ne devront figurer sur la feuille de soins que s'ils remplissent les conditions de prise en charge.

Si le bridge de base et/ou les piliers supplémentaires ne remplissent pas les conditions de prise en charge ; ils ne doivent pas figurer sur la feuille de soins et doivent faire l'objet d'un devis et d'une note d'honoraires.

Mode opératoire.

Des compléments d'information peuvent être précisés sous un libellé ou pour l'ensemble des actes d'un sous paragraphe.

Exemple :

Sous l'intitulé du sous paragraphe 07.02.02.06: « exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent », il est ajouté la note suivante :

« 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. »

Topographie

Pour localiser la dent ou le secteur buccal traité, la norme internationale ISO3950 a été retenue :

Cavité buccale	00															
Maxillaire	01															
Quadrant	10								20							
Sexant	03				04				05							
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Sextant	08				07				06							
Quadrant	40								30							
Mandibule	02															

III La prise en charge

Les actes décrits à la CCAM se répartissent en 4 familles :

- Actes pris en charge et remboursables
- Actes pris en charge mais non affectés d'un honoraire : actes pris en charge uniquement dans le secteur public (ex : Pose d'une épithèse orbitopalpébrale), actes pris en charge et codés en NGAP (ex. « Analyse céphalométrique craniofaciale bidimensionnelle)
- Actes pris en charge et remboursables sous conditions (ex : prise en charge de la pose d'implants uniquement dans le cas d'agénésies ou de cancer)

Lorsqu'un acte n'est pas pris en charge mais qu'il est décrit et codé dans la CCAM, le praticien qui le réalise n'établit pas de feuille de soins conformément à l'article 4.2 de la convention. Cependant, cet acte doit être inscrit dans le dossier du patient.

IV L'opposabilité

Selon l'article 4.2 de la convention, les actes de prothèse et les inlays onlays ne sont pas opposables et peuvent faire l'objet d'une entente directe.

Ces dispositions s'appliquent aux actes prothétiques de la CCAM anciennement cotés en SPR dans la NGAP ainsi qu'aux d'inlays et onlays (la liste est jointe en annexe, elle sera également disponible sur ameli.fr à partir du 1^{er} 2014).

Tous les autres actes sont à tarifs opposables.

Revalorisations tarifaires et actes nouveaux

Libellés	Tarifs en euros
Restauration coronaire 1 face	19,28
Restauration coronaire 2 faces	33,74
Restauration d'un angle d'une dent du secteur incisivo canin	43
Restauration des 2 angles d'une dent du secteur incisivo canin	86
Couronne implanto portée	107,50
Plan de libération occlusale	172,80
Orthèse métallique recouvrant partiellement ou totalement une arcade dentaire	172,80
Gouttière maxillaire ou mandibulaire pour hémostase ou porte topique	86,40
Gouttière maxillaire et mandibulaire pour hémostase ou porte topique	172,80
Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal	104,50
Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau	146,30
Dégagement de plusieurs dents retenues ou incluses avec pose de dispositif de traction orthodontique	156,75

Evacuation d'abcès parodontal	40
-------------------------------	----

Il est à noter que ces actes valorisés ou revalorisés sont à tarif opposable à l'exception de la couronne implantoportée et des restaurations coronaires par inlay onlay.

V Patients bénéficiaires de la CMUC



Le panier de soins prothétiques cotés en NGAP a fait l'objet d'une transposition vers les nouveaux codes CCAM à coût constant. A ce panier, il a été ajouté les 4 bridges de base dentoportés, le bridge de base est composé de 2 piliers et d'un inter, les éléments sont soit métalliques, soit céramométalliques.

Pilier	Inter	Pilier
Métallique	Métallique	Métallique
Métallique	Métallique	Céramo-métallique
Métallique	Céramo-métallique	Céramo-métallique
Céramo-métallique	Céramo-métallique	Céramo-métallique

La prise en charge des éléments céramo-métalliques est limitée aux incisives, canines et premières prémolaires.

Les bridges de plus de trois éléments ne font pas partie du panier de soins CMUC.

Les éléments céramocéramiques ne sont pas pris en charge.

Après publication de l'arrêté ministériel relatif au panier de soins CMUC, une lettre-réseau publiera les codes et libellés CCAM, les codes CMUC associés (FDC, FDA, FDR, FDO) ainsi que les tarifs de prise en charge. Cette information sera également disponible sur ameli.fr.

VI Les supports de facturation

- La version 1.40 de Sesam Vitale est indispensable.

Les éditeurs de logiciels dentaires sont informés du passage de la NGAP vers la CCAM et mettent en œuvre leurs nouveaux supports.

- Feuille de soins

La nouvelle feuille des soins est commune aux médecins et aux chirurgiens-dentistes (voir modèle en annexe).

Pour chaque acte réalisé, les informations à communiquer sont :

Code acte : 4 lettres + 3 chiffres (obligatoire)

Code activité : 1 pour les chirurgiens-dentistes (obligatoire)

Code phase de traitement : 0 pour les chirurgiens-dentistes (facultatif)

Code association : 1 ou 4 pour tarification à 100 %, 2 si un deuxième acte est tarifé à 50 %

Code modificateur : optionnel (urgence, jour férié, moins de 13 ans)

