

CCAM Dentaire



➤ **Elle fait partie de l'avenant conventionnel n°3 signé le 31/07/2013 entre l'UNCAM, l'UNOCAM et la CNSD**

Cet avenant comprend:

- **Le passage de NGAP en CCAM** pour les actes dentaires à l'exception de l'ODF au **1^{er} juin 2014**
- **Une revalorisation de certains actes dentaires et la création du dispositif de prévention de la femme enceinte** (mis en place au 01/12/2013 suite à la parution au JO du 30 novembre 2013)
- La mise en place du **devis conventionnel** (doit s'inscrire dans la renégociation de l'accord national pour les centres de santé qui aura lieu courant 2014 pour s'appliquer)
- L'élaboration d'une **charte des bonnes pratiques** entre l'UNOCAM et les chirurgiens-dentistes avec mise en place d'une commission de suivi.

Revalorisations Tarifaires

➤ Applicable depuis le 1^{er} décembre 2013

- **Examen de prévention de la femme enceinte au 4^{ème} mois de grossesse**
 - > Les femmes enceintes bénéficient d'un examen de prévention pris en charge à 100% avec dispense d'avance de frais
 - > 3 types d'examens :
 - Examen seul à 30€
 - Examen + 1 ou 2 clichés radiographiques intra buccaux à 42€
 - Examen + 3 ou 4 clichés radiographiques intra buccaux à 54€
- Applicable au 1^{er} juin 2014 avec la mise en place de la CCAM
- Création de l'acte : « **Evacuation d'un abcès parodontal** » d'un montant de **40€** (HBJB001)
- **Réévaluation d'actes médicaux :**
 - > Pose d'un plan de libération occlusale : 172.80€ (HBLD018)
 - > Pose d'une gouttière maxillaire ou mandibulaire pour hémostase ou porte topique : 86.40€ (LBLD003)
 - > Pose d'une gouttière maxillaire et mandibulaire pour hémostase ou porte topique : 172.80€ (LBLD006)
 - > Pose d'une orthèse métallique recouvrant totalement ou partiellement une arcade dentaire : 172.80€ (LBLD014)
- **Réévaluation d'actes chirurgicaux**
 - > Dégagement de plusieurs dents retenues ou incluses avec pose de dispositif de traction orthodontique : 156.75€ (HBPD001)
 - > Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose de dispositif de traction orthodontique : 104.50€ (HBPD002)
 - > Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose de dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau : 146.30€ (HBPA001)

- **Réévaluation de la visite**
 - > La VS (visite des chirurgiens-dentistes spécialistes) passe à 23€ en métropole
 - > La CS (consultation des chirurgiens-dentistes spécialistes) passe à
 - 25.30€ aux Antilles
 - 27.60€ en Guyane, à la Réunion et Mayotte
- **Réévaluation des soins conservateurs**
 - > Valorisation de la base de remboursement de la **couronne sur implant** à **107.50€** à l'identique de la couronne dentaire actuelle
 - > Création des restaurations d'angle sur les dents du secteur incisivo-canin:
 - 1 angle : 43€ (HBMD044)
 - 2 angles : 86€ (HBMD047)
- **Retraitements endodontiques :**

Les signataires s'engagent à examiner une revalorisation des actes de retraitement endodontiques

➤ **Revalorisations tarifaires relevant de l'avenant 2 et applicables au 1^{er} juin 2014 avec la mise en place de la CCAM**

- **Obturations coronaires :**
 - ❖ 1 face :
 - Passage de SC7 à SC8 soit **16,82€** à **19,28€**
 - ❖ 2 faces
 - Passage de SC12 à SC14 soit **28,92€** à **33,74€**

Principes de la CCAM

- Ce nouveau référentiel traduit la volonté de l'Assurance Maladie et des Pouvoirs Publics de moderniser le système actuel devenu obsolète, inadapté et peu précis
- Elle fait partie de la CCAM médicale en place depuis 2005 et concerne plusieurs chapitres dont le principal est le chapitre 7 (Système Digestif).
- Elle contient 620 actes. Tous les actes sont désormais inscrits à la nomenclature. Certains d'entre eux cependant sont « Non remboursables » par le Régime Obligatoire ou leur remboursement est soumis à certaines conditions mentionnées en tête de chapitre ou au niveau de l'acte.

> Il n'y a donc plus d'acte HN.

>3 types d'actes :

>Actes pris en charge par le régime obligatoire et opposables

>Actes pris en charge et à dépassement autorisé

>Actes non pris en charge et donc non remboursables par le régime obligatoire

- Il n'existe plus d'assimilation

- La transposition NGAP-CCAM se fait à enveloppe budgétaire constante. Les tarifs des actes demeurent donc identiques à ceux de la NGAP à l'exception des actes revalorisés ou créés.
- Elle est bijective c'est à dire qu'à un libellé correspond un code et un seul et réciproquement.
 - ✓ La CCAM est conçue de telle sorte que le praticien puisse décrire son acte avec un seul code. Toutefois, il sera possible d'associer des actes sous certaines conditions.
 - ✓ Un acte pratiqué par plusieurs disciplines est décrit dans la CCAM par un libellé unique, consensuel entre toutes les sociétés savantes concernées.
- La CCAM ne concerne que les actes techniques
 - ✓ Conservation des actes cliniques en NGAP : C, V, BDC, BR2 et BR4
 - ✓ Conservation du TO en NGAP
 - ✓ Suppression des lettres clefs : D, DC, SC, SPR, Z
- Elle ne concerne pas pour le moment l'ODF qui reste en NGAP (y compris pour les actes d'imagerie en spécialité 36)
- Disparition de la CIV et des prothèses résine définitives en dessous de 9 dents

La codification

Le code de l'acte :

 **AA AA NNN** (4 lettres et 3 chiffres)

Topographie de l'acte

A Codage du système : système digestif pour le dentaire correspondant à la lettre **H**

A Codage de l'organe ou de la fonction

A En fonction de l'acte principal du libellé : Action

- Ex : A=augmenter la taille, B= combler, G=extraire, J=drainer ...

A En fonction du mode d'accès ou de la technique utilisée : Voie d'abord

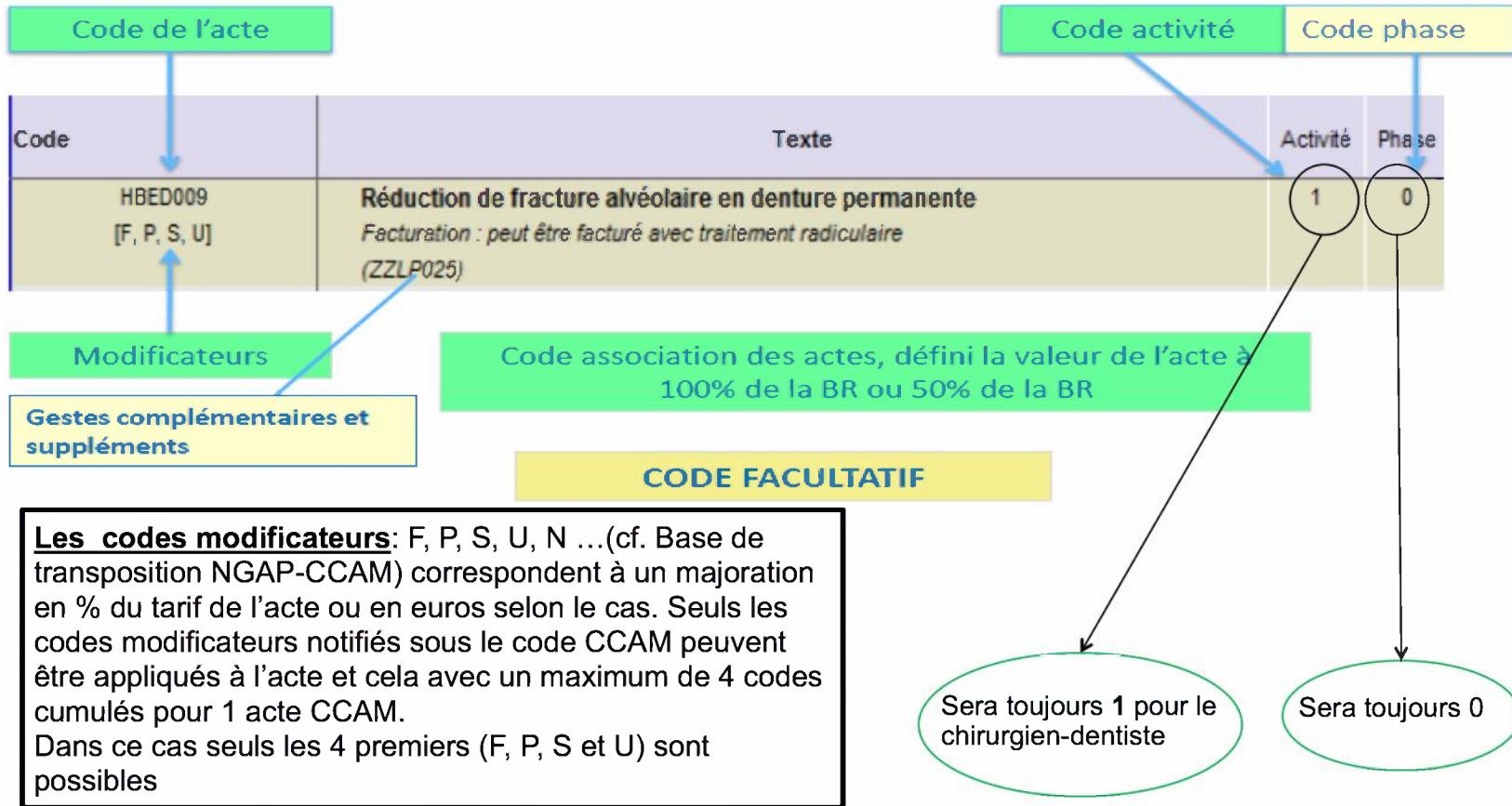
- Ex : A=abord ouvert, D=abord transorificiel, C=abord endoscopique, X=acte par rayon X

NNN : C'est un compteur de 3 chiffres qui n'a pas de signification particulière

Exemple : HBBD005 = Comblement (scellement) prophylactique des sillons, puits et fissures sur une dent

Codes obligatoires et facultatifs

CODES OBLIGATOIRES



=> A un acte correspond un code CCAM : AA AA NNN

A ce code CCAM peut venir s'ajouter

- **Un Code Modificateur**

➤ **N** : 15,7%

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

➤ **U** (Urgence) : 25.15€

- Acte réalisé en urgence par les médecins ou chirurgiens-dentistes, la nuit entre 20h et 8h

➤ **F** (Urgence nuit)

- Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié

➤ **P, S, E, Z ...** (cf. la base de transposition NGAP-CCAM)

!!! ~~Attention tous les actes ne peuvent pas avoir un code modificateur. Cette spécificité est mentionnée dans la fiche technique de l'acte~~

On ne peut pas associer plus de 4 codes modificateurs cumulés à un acte

Plusieurs actes peuvent être associés à condition

- Qu'ils soient réalisés sur le même patient

- Qu'ils soient réalisés au cours de la même séance

- Qu'ils soient réalisés par le même praticien

❖ Il existe des incompatibilités d'associations entre les différents actes : le traitement endodontique par exemple ne peut pas être associé à un acte de radio rétro alvéolaire autre que l'un des 2 forfaits endo qui sont :

- HBQK040 (forfait endo 2 radios)
- HBQK303 (forfait endo 3 radios)

Exemple d'actes associés

► 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

=> Dans ce cas lors de la facturation vous devrez associer le code association 4 à chacun des actes

- **Les Codes Association**

- 1 (tarification à 100%)
- 2 (tarification à 50%)
- 3 (tarification à 75%)
- **4** (tarification à 100% en association)

Le code pour associer des actes bucco-dentaires est le 4 (pour chaque acte associé) sauf pour la **gingivectomie** qui suit la règle générale de la CCAM médicale et est donc en code 1 pour la 1^{ère} et en code 2 pour la 2^{ème} (50% de la valeur de l'acte)

Un acte isolé sera facturé avec le code association 1

- L'anesthésie locale ou locorégionale fait partie intégrante de l'acte et ne donne donc pas lieu à une facturation supplémentaire
- Lorsque **2 actes identiques** sont réalisés au cours de la même séance le 2ème acte n'est plus à cotation identique X 50%. On a 2 codes différents
 - > Cotation CCAM extraction 36: HBGD036
 - > Cotation CCAM extraction 36 et 35 : HBGD043
 - > Cotation CCAM extraction 36, 35 et 34 : HBGD319

■ NGAP

Extraction

d'une dent permanente **DC 16**

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

■ CCAM

HBGD319

Avulsion de 3 dents
permanentes sur
arcade sans
alvèolectomie

- Apparition de la notion de sextant ou d'arcade qui doit être mentionnée (détartrage, parodontologie...) dans la facturation des actes comme le sont déjà les numéros de dents
 - Cavité buccale : **00**
 - Maxillaire : **01**
 - Mandibule : **02**
 - Sextants :
 - **03** : 18,17,16,15,14
 - **04**: 13,12,11,21,22,23
 - **05**: 24,25,26,27,28
 - **06**: 34,35,36,37,38
 - **07**: 33,32,31,41,42,43
 - **08**: 44,45,46,47,48
- **Le bridge** est désormais considéré comme un acte unitaire en CCAM et plus comme une juxtaposition d'actes par assimilation (piliers + inters assimilables à une prothèse amovible)
 - > 4 bridges de base 3 éléments (2 piliers et 1 inter) selon les matériaux utilisés
 - > HBLD040 : 1 pilier métal, 1 inter métal et 1 pilier céramique (CCM ou CCC)
 - > HBLD043 : 1 pilier métal, 1 inter céramique et 1 pilier céramique (CCM ou CCC)
 - > HBLD033 : Bridge 3 élément entièrement métallique
 - > HBLD023 : Bridge 3 éléments entièrement céramique (CCM ou CCC)
 - auxquels on rajoute
 - > Les piliers supplémentaires : HBLD081, HBLD087
 - > Les inters supplémentaires : HBLD490, HBLD342, HBLD082, HBLD479, HBLD433, HBLD072

- Les actes complémentaires ou supplémentaires ne peuvent pas être facturés de manière indépendante :
 - ✓ les inters de bridge ou piliers supplémentaires doivent toujours être facturés reliés au bridge de base 3 éléments ou
 - ✓ les dents contreplaquées reliées aux appareils amovibles

Ces actes sont indiqués en dessous du libellé de l'acte principal. Ceux en Z et ceux en Y ne peuvent pas être réalisés par un chirurgien-dentiste

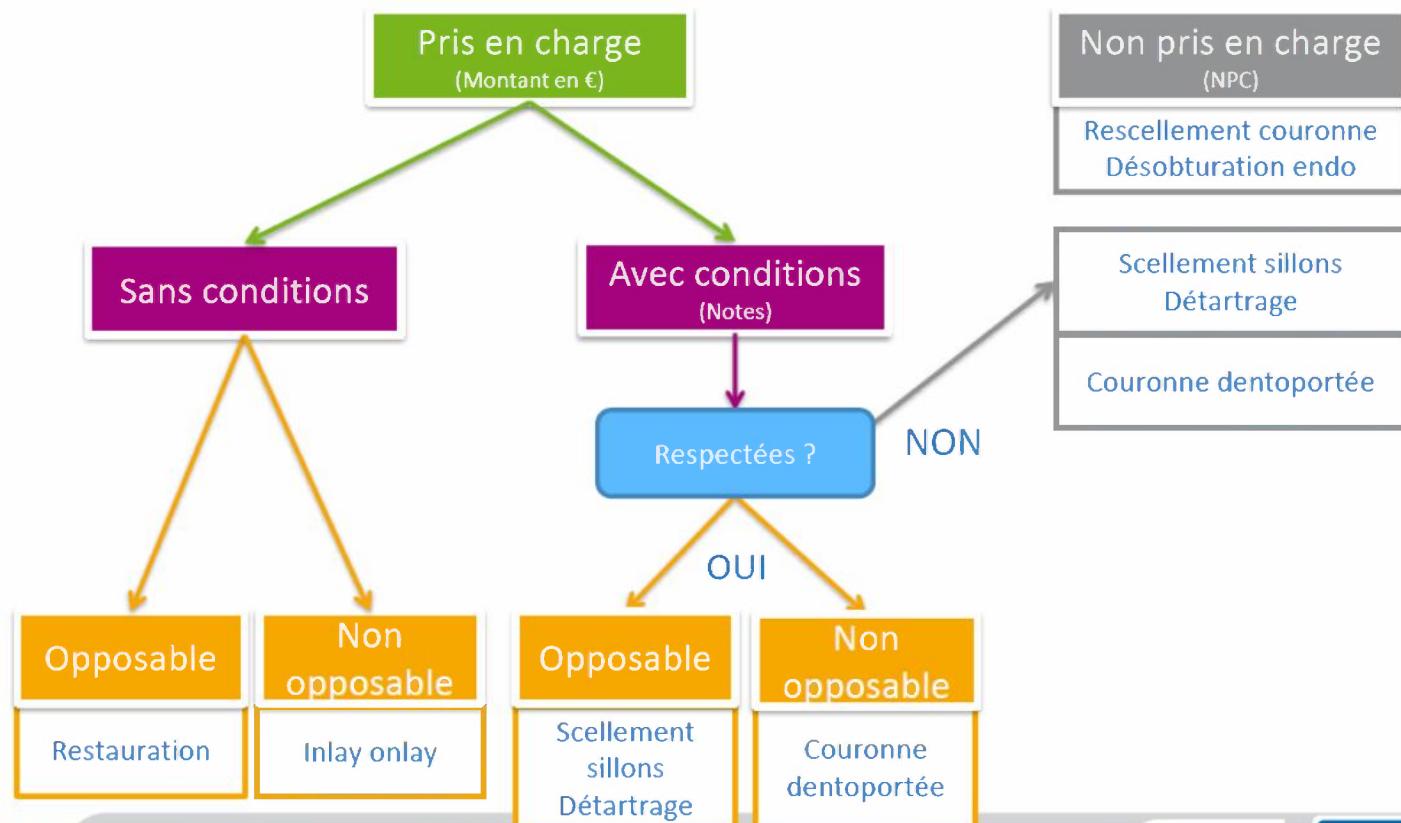
- Certains actes comme le détartrage sont soumis à des conditions de remboursement :
 - > Un maximum de 2 détartrages opposables et facturable sur une période de 6 mois

=> En dehors de ces règles le détartrage sera un acte non remboursable, à honoraire libre

- La CMU-C :
 - Transposition du panier de soins de la NGAP avec les codes de transposition (FDA et FDC) à quelques variantes près :
 - ✓ Disparition des prothèses définitives en résine du panier de soins en dessous de 9 dents. Si un appareil 5 dents en résine est réalisé il sera donc considéré comme une prothèse de transition et deviendra « non remboursable » car ne faisant plus partie du panier de soins
 - ✓ Inscription du bridge de base 3 éléments au panier de soins avec valorisation de l'inter à l'identique des piliers. La céramique ne sera prise en charge que jusqu'à la 1ère prémolaire.

- Certains actes, notamment en implantologie seront nomenclaturés mais ne donneront lieu à facturation que s'ils répondent aux règles de facturation qui sont rappelées en tête de chapitre. Dans le cas contraire ils seront notés NR (Non Remboursable) en base de remboursement pour la facturation au RC et ne devront pas faire l'objet d'une facturation au RO

Règles de facturation



Exemples de facturations : Passage de NGAP en CCAM

Obturation coronaire 3 faces sur 46

■ NGAP

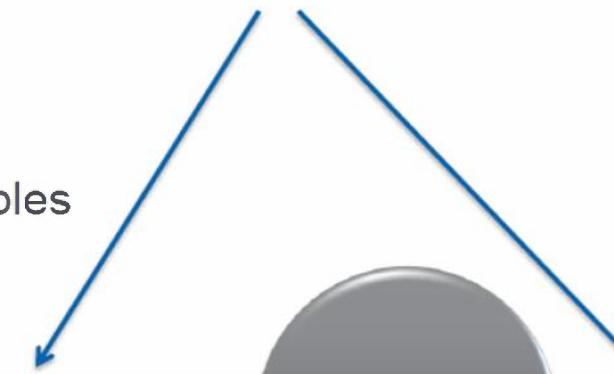
- Cavité composée, traitement global intéressant trois faces et plus **SC 17**

■ CCAM : 2 actes possibles



HBMD038

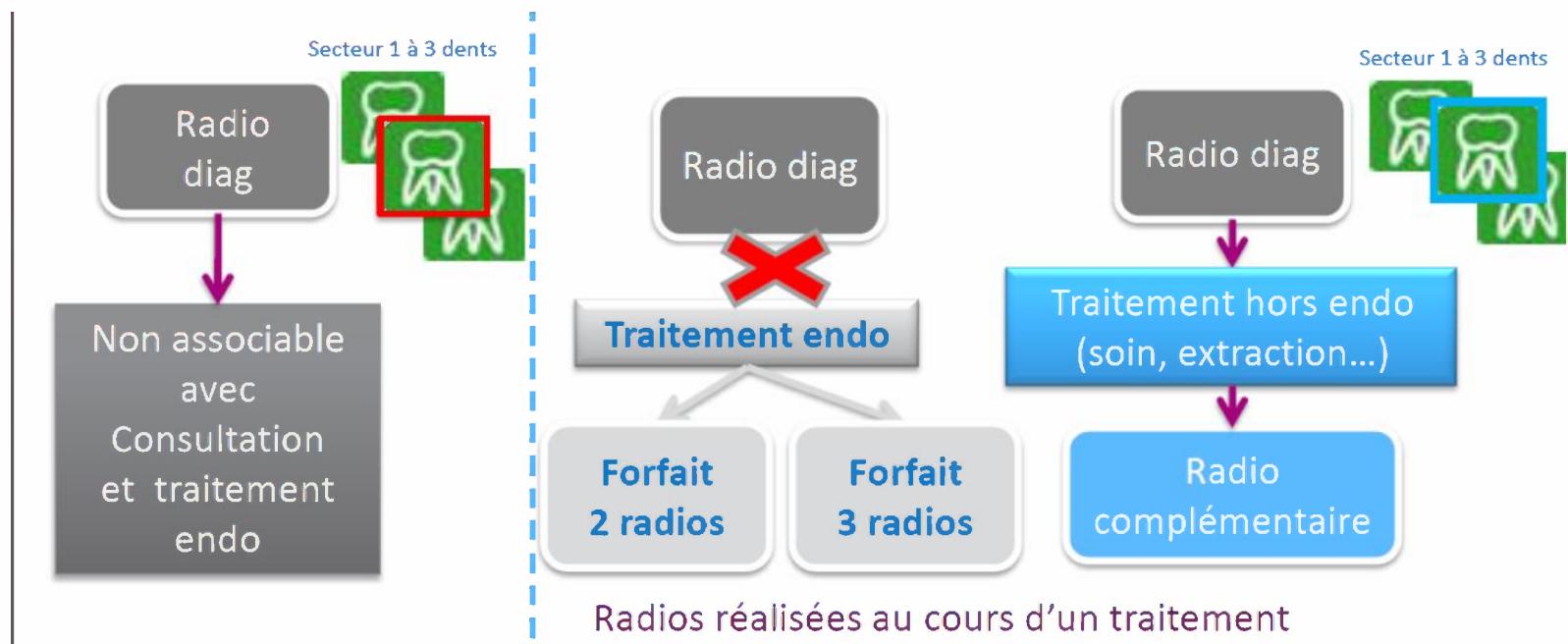
Restauration d'une dent
d'un secteur
prémolomolaire sur 3
faces ou plus par matériau
inséré en phase plastique
sans ancrage radiculaire



HBFD055

Restauration d'une dent
sur 3 faces ou plus par
matériau incrusté [inlay-
onlay]

Radiographies



Traitements endo et Radios

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



HBFD458

- 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

HBQK303

Stellite 14 dents

■ Prothèse stellite 14 dents

► NGAP

- Prothèse adjointe définitive 14 dents **SPR 85**
- Supplément plaque base métal **SPR 60**

► CCAM



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

Tarif=311,75€

Bridge de base : 3 dents

■ NGAP

- ▶ 2 x SPR 50 (12 et 14 conditions attribution justifiées)
- ▶ SPR 30 (13)

■ CCAM : 4 codes possibles

- ▶ 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'ancre métallique, 1 pilier d'ancre céramométallique ou en équivalents minéraux, et 1 élément intermédiaire métallique

HBLD043

• Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancre métallique, 1 pilier d'ancre 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'ancre métalliques et 1 élément intermédiaire métallique

HBLD023

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

La Facturation

ACTES EFFECTUÉS							
(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	dépass	frais de déplacement	
J J M M A A A A						I.D. ②	I.K.
A localisation anatomique	B	C	D	E	F	M.D. ③	nbre montant ③
	H						

- A** Date de réalisation de l'acte
- B** Code de l'**acte** (7 caractères)
- C** Code **activité** (1 si dentiste seul intervenant , 4 si anesthésie par médecin)
- D** Code **association**
- E** **Modificateurs** (4 possibles : U, N, etc.)
- F** Montant de l'honoraire
- H** Numéros des dents concernées, ou **sextants** ou **arcades**

ACTES EFFECTUÉS									
(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	dépas.	I.D. ② M.D.	frais de déplacement	I.K. nbre
11/09/2014 A	HBGD037 localisation anatomique 75 85	1		4	25,08				
11/09/2014 A	HBMD053 localisation anatomique 14	1	N	4	22,30				
11/09/2014 A	HBQK389 localisation anatomique 14	1		4	7,98				
J J M M A A A A A A	localisation anatomique ③								
PAIEMENT									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)								55,36	

Facturation chez un enfant de 12 ans de :

- ✓ L'avulsion de 75 et 85
- ✓ L'obturation 1 face de la 14 majorée du code modificateur N
- ✓ Une radio rétro alvéolaire de diagnostic de 14

Règles de facturation

- Tous les actes réalisés à partir du 1^{er} juin 2014 devront être facturés en CCAM
- Les factures émises à partir du 1^{er} juin pourront cumuler des actes en CCAM et des actes résiduels en NGAP (date de réalisation antérieure au 1^{er} juin 2014)
- Les devis dentaires non réalisés au 1^{er} juin 2014 devront être ressaisis en CCAM
- L'ODF sera toujours en NGAP ainsi que les actes de consultation. Les omnipraticiens (spécialité 19) qui font de l'orthodontie devront coder tous leurs actes en CCAM sauf les actes en TO qui eux resteront en NGAP
- Les praticiens spécialisés en ODF coderont entièrement en NGAP y compris pour leurs actes de radiologie
- La facturation doit comporter :
 - > 4 codes obligatoires:
 - > Code acte
 - > Code activité : toujours 1
 - > Code phase : toujours 0
 - > Code association : 1,2 ou 4
 - > Les codes optionnels
 - > Codes modificateurs

Les codes de regroupement

- Les actes seront facturés au RO avec leur code CCAM mais la transmission des données entre le RO et le RC se fera par le biais des codes de regroupement qui sont au nombre de 16. Les régimes complémentaires n'auront donc pas accès aux codes CCAM.

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