

FACTURATION DES SOINS DENTAIRES POUR LES PATIENTS CMUC

Situation 1

ACTES CCAM ou NGAP dans la liste du "PANIER DE SOINS"

► Actes concernés

Il s'agit des prothèses conjointes et adjacentes (actes CCAM) et de l'orthopédie dento-faciale (ODF) TO/ORT (actes NGAP)

- **Nouveauté** le bridge de base comportant 3 éléments est désormais intégré dans le panier de soins. Ce bridge de base est composé de 2 piliers (anciennement côté "SPR50" par pilier) et 1 élément intermédiaire (anciennement côté "SPR30").

► Règles de facturation

- Indiquez sur le support réglementaire de facturation de l'Assurance Maladie la cotation CCAM (ou NGAP pour l'ODF) sur une première ligne de l'acte réalisé et sur une seconde ligne le code transposition CMUC correspondant.

- Indiquez le montant total de vos honoraires, dépassement inclus, dans la limite du prix fixé par le "panier de soins" CMUC

► voir le tableau de transposition et des tarifs du panier de soins [ici](#)

► Exemple de facturation d'un acte figurant dans la liste du panier de soins

Pose d'une couronne céramométallique sur 12 (uniquement pour les incisives, canines et 1^{ères} prémolaires)

Codage et facturation :

HBLD036 : pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique ou en équivalents minéraux

Dates des actes	Codes des actes	Activité	C CS V VS	Autre actes (TO) Modificateurs associations	Honoraires	Dépassement
14/12/2014	HBLD036	1			107,50	
Localisation Anatomique	12					
14/12/2014		1		FDC	267,50	
Localisation Anatomique	12					

Situation 2

ACTES CCAM ou NGAP dans la liste du "PANIER DE SOINS" avec DEMANDE PARTICULIÈRE du PATIENT et donc considérés comme "HORS PANIER DE SOINS CMUC"

Cette exigence particulière de votre patient, dépassant les situations prises en charge par le "panier de soins", notamment pour raison esthétique, est possible uniquement pour les 3 types d'actes suivants :

► Actes de prothèse

- Couronne céramo-métallique sur les 2^{èmes} prémolaires et les molaires,
- Les bridges de plus de 3 éléments

► Actes d'ODF

- Multi attaches en céramique

Dans ces 3 seules situations, vous pouvez appliquer un dépassement d'honoraires qui va au-delà du prix limite fixé par le "panier de soins", en respectant toutefois les règles de facturation suivantes :

- Remettez un devis préalable descriptif à votre patient bénéficiaire de la CMUC pour accord
- Le montant de votre dépassement d'honoraires est fixé avec tact et mesure
- Indiquez la mention "ED" (pour "Entente Directe") sur votre support de facturation réglementaire
- Indiquez dans votre facturation le nouveau code CMUC correspondant à l'acte (FPC pour les actes de prothèse ou FPO pour l'ODF multi attaches en céramique)
- Indiquez le montant total des honoraires perçus, dépassement inclus
- Votre patient vous règle directement le montant du dépassement

FACTURATION DES SOINS DENTAIRES POUR LES PATIENTS CMUC

Cette exigence particulière de votre patient, dépassant les situations prises en charge par le "panier de soins", notamment pour raison esthétique, est possible uniquement pour les 3 types d'actes suivants :

- ▶ Actes de prothèse
 - Couronne céramo-métallique sur les 2^{èmes} prémolaires et les molaires,
 - Les bridges de plus de 3 éléments
- ▶ Actes d'ODF
 - Multi attaches en céramique

Dans ces 3 seules situations, vous pouvez appliquer un dépassement d'honoraires qui va au-delà du prix limite fixé par le "panier de soins", en respectant toutefois les règles de facturation suivantes :

- Remettez un devis préalable descriptif à votre patient bénéficiaire de la CMUC pour accord
- Le montant de votre dépassement d'honoraires est fixé avec tact et mesure
- Indiquez la mention "ED" (pour "Entente Directe") sur votre support de facturation réglementaire
- Indiquez dans votre facturation le nouveau code CMUC correspondant à l'acte (FPC pour les actes de prothèse ou FPO pour l'ODF multi attaches en céramique)
- Indiquez le montant total des honoraires perçus, dépassement inclus
- Votre patient vous règle directement le montant du dépassement

Codes de transposition en cas d'exigence particulière du patient CMUC

codes CCAM	Acte ou traitement	Lettre clé et coefficient NGAP	Code CMUC	Tarif minimum pris en charge par l'Assurance Maladie	Dépassement maximal autorisé (panier de service)	Tarif maximum pris en charge par l'Assurance Maladie
ACTES DE PROTHÈSE						
HBLD036	Pose d'1 couronne dentaire céramométallique ou en équivalents minéraux - Hors couronnes dentaires céramocéramiques - Pour couronnes dentaires céramométalliques sur 2 ^e prémolaire et molaire	/	FPC	107,50€	122,50€	230€
ACTES D'ODF						
/	Multi attaches en céramique	TO/ORT 90	FPO	193,50€	270,50€	464€

▶ exemple de facturation en cas de demande particulière du patient CMUC

Pose d'une couronne céramométallique sur 2^{ème} prémolaire ou molaire

Codage et facturation :

HBLD036 : pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique ou en équivalents minéraux

Dates des actes	Codes des actes	Activité	C CS V VS	Autre actes (TO) Modificateurs associations	Honoraires	Dépassement
14/12/2014	HBLD036	1			277,50	
Localisation Anatomique	37					
14/12/2014		1		FPC	122,50	
Localisation Anatomique	37					

Total des honoraires facturés : 400 €

Total pris en charge par la caisse (prix limite fixé par le panier de soins) : 230 €

Différence à la charge du patient CMUC ayant l'exigence particulière : 170 €

Modalités de facturation des bridges de plus de 3 éléments

- ▶ Le bridge de base (3 éléments) est pris en charge selon les modalités du "panier de soins - situation 1"
- ▶ Les piliers et intermédiaires de bridge supplémentaires sont pris en charge aux tarifs de responsabilité repris ci-dessous. Vous pouvez pratiquer des dépassements d'honoraires pour ces éléments ajoutés au bridge de base, à condition d'avoir obtenu le consentement éclairé du patient et présenté un devis
- ▶ voir le tableau tarifs responsabilité [ici](#)



FACTURATION DES SOINS DENTAIRES POUR LES PATIENTS CMUC

Situation 3

ACTES CCAM AU TARIF OPPOSABLE ET NE FIGURANT PAS DANS LA LISTE DU "PANIER DE SOINS"

► Actes concernés

Il s'agit notamment des soins conservateurs, des soins chirurgicaux, des agénésies dentaires multiples et des actes remboursés par assimilation

► Règles de facturation

- L'Assurance Maladie rembourse ces actes sur la base du tarif de responsabilité. Ne pratiquez pas de dépassement d'honoraires
- Vous établissez une feuille de soins électronique

Exemples d'actes :

- Détartrage et polissage des dents HBJD001 à 28,92 €
- Pose d'un plan de libération occlusale HBLD018 à 172,80 €

Situation 4

ACTES CCAM AU TARIF NON OPPOSABLE ET NE FIGURANT PAS DANS LA LISTE DU "PANIER DE SOINS"

► Actes concernés

- Il s'agit notamment des actes de prothèses et les inlays onlays. Cliquez [ici](#) pour consulter la liste des actes bucco-dentaires au tarif non opposable. Pour ces actes, vous pouvez pratiquer des dépassements d'honoraires à condition d'avoir obtenu le consentement éclairé du patient et présenté un devis.

► Règles de facturation

- Remettez un devis préalable descriptif à votre patient bénéficiaire de la CMUC pour accord. Ce devis précise le montant total des honoraires, le tarif de responsabilité de l'Assurance Maladie, le reste à charge du patient.
- Le montant de votre dépassement d'honoraires est fixé avec tact et mesure.
- Indiquez la mention "ED" sur votre support de facturation réglementaire.
- Il n'y a pas de code CMUC à mentionner puisque ces actes ne figurent pas dans le panier de soins CMUC.
- Indiquez le montant total des honoraires perçus, dépassement inclus.
- Votre patient vous règle directement le montant du dépassement.

Situation 5

ACTES NON REMBOURSABLES "

► Actes concernés

- Il s'agit des actes non répertoriés dans la CCAM, non pris en charge par l'Assurance Maladie.

► Règles de facturation

- Remettez un devis préalable descriptif à votre patient bénéficiaire de la CMUC pour accord.
- Le montant de vos honoraires est fixé avec tact et mesure.
- Vous ne devez pas utiliser les supports de facturation de l'Assurance Maladie même si les actes hors nomenclature sont associés à des actes remboursables.
- Vous établissez votre facturation sur un support qui vous est propre.
- Votre patient vous règle directement l'intégralité du montant des soins.

Rappel :

- TO : cotation pour le chirurgien-dentiste
- ORT : cotation pour le stomatologue