

Prise en charge des victimes d'attentats

Modalités de facturation des éventuels dépassements dentaires

Date d'effet : 01/07/2017

Professionnels de santé concernés

Chirurgiens-dentistes et médecins de spécialités : Stomatologie, Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie

Contexte réglementaire

Depuis la LFSS pour 2016, les personnes blessées ou impliquées dans un acte de terrorisme bénéficient de la dispense d'avance des frais pour les dépenses en lien avec les actes de terrorisme, dans la limite des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie.

En modifiant l'article L. 169-8, l'article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a étendu le tiers-payant aux dépassements d'honoraires.

Les conséquences en pratique

- ☞ Les victimes d'attentats disposent d'une attestation spécifiant **la prise en charge intégrale et sans avance de frais de leurs soins en lien avec un acte de terrorisme.**
- ☞ Le statut de victime d'attentat prime sur les autres statuts des bénéficiaires de soins. Toutes les victimes d'attentats seront prises en charge de la même manière, conformément aux modalités présentées dans cette communication.
- ☞ La carte vitale est mise à jour d'une exonération « article 115 » qui permet une prise en charge à 100% toutes prestations.
- ☞ Si la carte vitale n'est pas à jour, le professionnel de santé saisit une exonération « autre » pour permettre une facturation à 100% de la base de remboursement
- ☞ Au vu de l'attestation, le professionnel de santé applique le tiers payant AMO sur l'ensemble de la dépense (100% du tarif conventionnel + éventuels dépassements) et transmet un flux unique vers l'AMO.
- ☞ L'AMO en tant que guichet unique rembourse l'intégralité des frais au professionnel de santé.

Comment facturer en SESAM-Vitale en cas de dépassements d'honoraires?

Le code prestation spécifique DDT : Dépassement Dentaire en Tiers Payant est créé.

Ce code, **utilisé uniquement dans le cadre de la prise en charge des victimes d'attentats**, permet la facturation d'un éventuel dépassement pratiqué par le professionnel de santé.

1. Logiciels n'intégrant pas encore l'avenant « Prise en charge des victimes d'attentats »¹

Cas n°1 : le montant facturé est inférieur ou égal à 150% de la base de remboursement

Le professionnel de santé facture comme habituellement, c'est-à-dire :

- La première ligne permet de facturer l'acte de prothèse dentaire dispensé.
- La seconde ligne permet la facturation du complément de prise en charge sous le code prestation ATD.

¹ Pour plus d'informations concernant cette évolution, contactez votre éditeur de logiciels

Prise en charge des victimes d'attentats

Modalités de facturation des éventuels dépassements dentaires

Pour rappel, le montant de l'ATD correspond à 50% au plus de la base de remboursement de l'acte de prothèse dentaire dispensé, dans la limite des frais réellement engagés.

Cas n°2 : le montant facturé est supérieur à 150% de la base de remboursement

La facturation est réalisée sur 3 lignes, une saisie supplémentaire est nécessaire par rapport au cas n°1

- La première ligne permet de facturer, sans dépassement, l'acte de prothèse dentaire dispensé.
- La seconde ligne permet la facturation du complément de prise en charge sous le code prestation ATD. Le montant de l'ATD correspond à 50% de la base de remboursement de l'acte de prothèse dentaire dispensé
- La troisième ligne permet la facturation du dépassement au-delà de 150% de la base de remboursement sous le code prestation DDT.

Le code DDT suit immédiatement la prestation dentaire faisant l'objet du dépassement

Afin d'éviter tout rejet de la facturation, le code prestation DDT doit être positionné immédiatement après l'acte auquel il se rapporte et qui fait l'objet du dépassement. L'ordre de la saisie est donc le suivant :

- acte du soin dentaire,
- suivi du complément ATD,
- suivi du code prestation DDT.

Exemples de facturation du code DDT

☞ Facturation d'une prothèse dentaire, dépense supérieure à 150% du tarif conventionnel (HBLD038 : Pose d'une couronne dentaire dentoportée métallique : 300€)

Code acte	Montant saisi PS	Montant transmis	Base remboursement	Montant remboursable AMO	Consignes de saisi PS
HBLD038	107.50	107.50	107.50	107.50	Saisir la base de remboursement= tarif conventionnel sans dépassement
ATD	53,75	53,75	53,75	53,75	Saisir 50% de la base de remboursement de l'acte support
DDT	138.75	138.75	138.75	138.75	Saisir le reste de la dépense : dépense réelle - (prothèse dentaire + complément)

☞ Remarque : Dans le cas où la dépense d'une prothèse dentaire est inférieure à 150% du tarif conventionnel, il n'y a pas de saisi d'un code prestation DDT (saisi de l'acte support + ATD)

Prise en charge des victimes d'attentats

Modalités de facturation des éventuels dépassements dentaires

- ☞ Facturation d'une prothèse dentaire et d'un inlay core, dépense supérieure à 150% du tarif conventionnel : HBLD007 (200€) et HBLD038 (300€)

Code acte	Montant saisi PS	Montant transmis	Base remboursement	Montant remboursable AMO	Consignes de saisi PS
HBLD007	122,55	122,55	122,55	122,55	Saisir la base de remboursement= tarif conventionnel sans dépassement
ATD	61,27	61,27	61,27	61,27	Saisir 50% de la base de remboursement de l'acte support
DDT	16.18	16.18	16.18	16.18	Saisir le reste de la dépense : dépense réelle - (prothèse dentaire + complément)
HBLD038	107.50	107.50	107.50	107.50	Saisir la base de remboursement= tarif conventionnel sans dépassement
ATD	53,75	53,75	53,75	53,75	Saisir 50% de la base de remboursement de l'acte support
DDT	138.75	138.75	138.75	138.75	Saisir le reste de la dépense : dépense réelle - (prothèse dentaire + complément)

2. Logiciels intégrant l'avenant « Prise en charge des victimes d'attentats »

- ☞ **Le professionnel de santé mentionne dans son logiciel de facturation le fait que les soins sont en rapport avec l'acte de terrorisme.**
- Le logiciel positionne automatiquement la facture en tiers payant.
 - le logiciel génère automatiquement :
 - o une ligne de prestations ATD pour la prise en charge du complément de 50%
 - o puis une ligne de prestation de dépassement, DDT pour le dépassement au-delà de 150% de la base de remboursement