

NOUVEAU

La CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) entrera en application le 1^{er} juin prochain. ***Voici le deuxième d'une série d'articles présentant les principales caractéristiques de cette nomenclature médicale technique.***

Devis légal et CCAM

Marc Sabek

Docteur en Sciences Odontologiques, Docteur en Droit, Expert près la Cour d'appel d'Orléans

1. Le modèle conventionnel du devis légal

La loi HPST (21 juillet 2009) avait innové dans l'obligation d'information du patient.

Le chirurgien-dentiste devait mentionner « le prix d'achat » de la prothèse.

La loi Fourcade (10 août 2011) a modifié cette obligation ; ce serait « le prix de vente » de la prothèse.

Depuis le 1^{er} août 2012, l'application de cette règle se fait suivant le modèle du devis prévu par la Convention dentaire. Ce modèle-type a été légèrement aménagé par l'avenant conventionnel n° 3 (JO du 30 novembre 2013) pour l'adapter à l'entrée en vigueur de la CCAM à partir du 1^{er} juin 2014.

[illegible]

2. Les actes soumis à entente directe

Le changement de Nomenclature (passage en CCAM) ne modifie en rien les règles antérieures en matière d'honoraires et de tarification par l'assurance maladie.

En effet, la CCAM ne tarifie pas tous les actes qu'elle liste. Seuls les actes pris en charge par l'assurance maladie (opposables ou à entente directe) sont assortis d'un tarif qui correspond à la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Ainsi, au plan des honoraires, la CCAM n'apporte aucune modification du principe antérieur en médecine bucco-dentaire et qui distingue trois catégories :

- l'acte pris en charge (remboursable) et au tarif opposable ;
- l'acte pris en charge (remboursable), mais son tarif n'est pas opposable ;
- l'acte non pris en charge ou non remboursable (NPC ou NR). La formule « hors nomenclature » (HN) disparaît dans la mesure où la CCAM est censée lister tous les actes (remboursables ou non remboursables).

Pour les deux dernières catégories, les honoraires du chirurgien-dentiste sont soumis à entente directe avec le patient. Le praticien établit un devis préalable et fixe ses honoraires avec tact et mesure.

3. La « facturation » à l'Assurance maladie

Il faut bien entendre le verbe « facturer » ici au sens du jargon de l'Assurance maladie. Il signifie éditer et signer une feuille de soins (électronique ou papier) précisant les codes CCAM des actes réalisés et qui sont remboursables par la sécurité sociale.

Là encore, le passage en CCAM n'apporte aucune modification : seuls les actes remboursables (pris en charge) figurent sur la feuille de soins. Les actes NR sont « facturés » exclusivement sur une note d'honoraires remise au patient en fin de traitement.

4. Dans la pratique

La situation clinique ci-contre permet de bien illustrer l'ensemble de ces règles qui, globalement, sont celles appliquées en NGAP. Avec une différence notable, celle du codage de tous les actes (remboursables ou non) par la CCAM. Ce qui permet de légitimer, aux yeux du patient, les actes non pris en charge et de réconforter leur « indication médicale ».

La couronne coulée est infiltrée et doit être déposée. Il est envisagé de reprendre les soins endodontiques et réaliser par la suite une couronne céramo-céramique.



Le traitement envisagé comprend donc, de manière séquentielle, les actes suivants :

- 1** La dépose de la couronne est intitulée, à la CCAM, « Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire » (code HBGD027).
Cet acte est non remboursable (NR), sauf lorsqu'il est indiqué pour les patients traités par radiothérapie de lésion de la tête ou du cou (il est alors opposable et facturé 38,7 €).
- 2** La reprise du traitement endodontique est déclinée, à la CCAM, suivant deux actes distincts :
 - La désobturation canalaire est notée « Désobturation endodontique d'une molaire » (code HBGD033 NR).
 - La mise en forme canalaire et l'ensemble des gestes qui aboutissent à l'obturation canalaire correspondent à l'acte « Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente » (code HBFD024) tarifé à 81,94 € (opposable).
- 3** La couronne provisoire est intitulée « Pose d'une couronne dentaire dentoportée transitoire » (code HBLD037 NR).
- 4** Si la reconstitution prévue requiert un inlay-core simple (sans clavette), l'acte est intitulé « Pose d'une infrastructure coronoradiculaire sans clavette sur une dent [Inlay core] » (code HBLD007, tarifé à 122,55 €, non opposable).
- 5** La couronne céramo-céramique correspond à l'acte « Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique ou en équivalents minéraux » (code HBLD036, tarifé à 107,50 €, non opposable).

Le tableau ci-dessous permet de récapituler l'ensemble du traitement

Actes (libellés CCAM)	Code CCAM	Devis O/N	FS O/N	R/NR	Op/NOp
Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire	HBGD027	O	N	NR	NOp
Désobturation endodontique d'une molaire	HBGD033	O	N	NR	NOp
Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente	HBFD024	N	O	R	Op
Pose d'une couronne dentaire dentoportée transitoire	HBLD037	O	N	NR	NOp
Pose d'une infrastructure coronoradiculaire sans clavette sur une dent [Inlay core]	HBLD007	O	O	R	NOp
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique ou en équivalents minéraux	HBLD036	O	O	R	NOp

O : oui ; N : Non ;
 FS : facturation sur feuille de soin ;
 R : remboursable ;
 NR : non remboursable ;
 Op : tarif opposable ;
 NOp : non opposable.

Les autres informations à renseigner sur la feuille de soins feront l'objet d'un prochain article.

Référence : Honoraires et Nomenclature, la CCAM.
voir la 3^e de couverture



ACTES EFFECTUES									
(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : / /)									
dates des actes	codes des actes	C. M. V. M.	autres actes (TO...) éventuellement CCAM (qualificatifs, accessoires...)	montant des honoraires facturés	signature	état de déblocage			
						ID N.D.	date	I.L.	montant
localisation anatomique	HBFD024								
	36								
localisation anatomique	HBLD007								
	36								
localisation anatomique	HBLD036								
	36								
localisation anatomique									

PAIEMENT	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	
l'assureur n'a pas payé la part obligatoire	☐
l'assureur 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	☐

