

CIRCULAIRE

CIR-10/2014

Document consultable dans Médi@m

Date :

27/05/2014

Domaine(s) :

gestion des prestations en nature

gestion du risque

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

Décision UNCAM du 15 octobre 2013 concernant la mise en œuvre de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire ; nouvelle version de la CCAM (V34).

Liens :

Plan de classement :

P10-02 P06-01

Emetteurs :

DDGOS DDO

Pièces jointes : 2

à Mesdames et Messieurs les

- | | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input checked="" type="checkbox"/> CARSAT |
| | <input checked="" type="checkbox"/> UGECAM | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS <input checked="" type="checkbox"/> CTI |
| <input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils | <input checked="" type="checkbox"/> Régionaux | <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service |

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

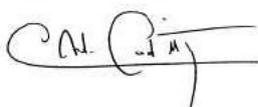
La décision UNCAM du 15 octobre 2013 modifie la Liste des Actes et Prestations (LAP) ; elle a pour objectif la mise en œuvre de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire au 1er juin 2014.

Une nouvelle base CCAM (version 34) est mise à disposition des éditeurs de logiciels selon le circuit en vigueur.

Mots clés :

CCAM ; NGAP ; Activité bucco-dentaire ; Chirurgiens dentistes ; Stomatologues

**Le Directeur Délégué
aux Opérations**



Olivier de CADEVILLE

**La Directrice Déléguée
à la Gestion et à l'Organisation des Soins**



Mathilde LIGNOT-LELOUP

CIRCULAIRE : 10/2014

Date : 27/05/2014

Objet : Décision UNCAM du 15 octobre 2013 concernant la mise en œuvre de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire ; nouvelle version de la CCAM (V34).

Affaire suivie par : Danièle DUGLUE (DDGOS/DOS/DACT) - daniele.duglue@cnamts.fr
Gérard SORNIN (DDGOS/DOS/DACT) - gerard.sornin@cnamts.fr

SOMMAIRE

Introduction

- 1. Textes officiels**
- 2. Les principes du codage**
 - 2.1 - Acte global
 - 2.2 - Les gestes complémentaires, les suppléments et les modificateurs
 - 2.3 - Code activité, code phase, code association
 - 2.4 - Compléments d'information
 - 2.5 - La topographie
- 3. La prise en charge**
- 4. L'opposabilité**
- 5. CMUC**
- 6. Supports de facturation**

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 prévue, notamment, par les avenants 2 et 3 à la convention des chirurgiens-dentistes libéraux et l'avenant 11 à la convention des médecins.

Introduction

A partir du 1^{er} juin 2014, tous les actes bucco-dentaires seront codés et facturés en CCAM quel que soit le praticien qui les réalise, à l'exception des actes d'orthodontie qui restent 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 d'orthodontie (lettres-clés TO et ORT). Tous les autres actes seront codés en CCAM.

1- Les textes officiels.

La CCAM est composée de 3 livres.

Le livre premier : dispositions générales, est constitué de 15 articles qui définissent les conditions générales de prise en charge et les règles d'écriture des actes techniques de la CCAM.

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 décrit les conditions particulières de codage et de facturation des actes techniques.

L'article III-1 précise que les actes d'orthodontie communs aux médecins et aux chirurgiens-dentistes restent codés en NGAP.

L'article III-2 donne la définition et la valeur des modificateurs applicables aux actes techniques.

L'article III-3 B, précise les règles d'association 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. Cependant, 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.

L'article III-4 reprend les dispositions générales et diverses relatives à la NGAP résiduelle.

2- Les principes du codage et de la facturation.

2.1 - 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, des suppléments et des modificateurs.

2.2 - 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 sont mentionnés entre parenthèses sous les libellés des actes pour lesquels ils sont autorisés. Le geste complémentaire ou le supplément est codé et facturé en même temps que l'acte principal qui l'a induit.

- 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.

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.

Acte principal :

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

Geste complémentaire :

HBQK303 : Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires pour acte endodontique sur un secteur de 1 à 3 dents contiguës 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 :

Acte principal (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 suppléments sont décrits dans le chapitre 19 et concernent, pour l'activité bucco-dentaire, les suppléments en prothèse amovible (contre plaques ou dents massives). Ils sont mentionnés entre parenthèses sous les libellés des actes pour lesquels ils sont autorisés.

Exemple1 :

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

Facturation :

Acte principal :

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

Supplément :

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

- les modificateurs sont également décrits dans le chapitre 19, ils sont mentionnés entre crochets sous le code des actes pour lesquels ils sont autorisés et concernent :
 - . 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 (modificateurs U et F)
 - . Les actes de restauration et d'endodontie réalisés sur les dents permanentes des enfants de moins de 13 ans (modificateur N).

Comme pour les gestes complémentaires et les suppléments, les modificateurs sont codés et facturés en même temps que l'acte principal.

Exemple2 :

Restauration d'une molaire permanente chez un enfant de moins de 13 ans.

Facturation :

Acte principal :

HBMD038 : Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire

Modificateur :

N : Majoration pour réalisation d'un acte de restauration des tissus durs de la dent et/ou d'endodontie sur des dents permanentes chez un enfant de moins de 13 ans

2.3 - 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.
- 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 %)

2.4 - Compléments d'information

2.4.1 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 en tête de chapitre ou de subdivision si elles sont d'ordre général, soit sous les libellés si elles sont d'ordre particulier.

Exemple de note d'ordre général :

Sous l'intitulé du sous paragraphe 07.01.04.01: « Radiographie de la bouche », il est ajouté la note suivante :

Par dents contiguës on entend : dents ayant des faces de contact mésiales et distales qu'il y ait diastème ou non.

Par secteur de 1 à 3 dents contiguës on entend : secteur de 1 ou 2 ou 3 dents comprenant la dent sur laquelle est centré le cliché radiographique et chacune de ses dents adjacentes.

Facturation : quel que soit le nombre de clichés réalisés sur un même secteur de 1 à 3 dents contiguës.

Ne peuvent pas être facturées pour un traitement endodontique

Exemple de note d'ordre particulier :

Sous le libellé de l'acte HBBD005 « Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent »,

il est ajouté la note suivante :

Indication : acte de prévention en cas de risque carieux

Facturation : la prise en charge est limitée aux 1^{ères} et 2^{èmes} molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent et avant le quatorzième anniversaire

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 1^{ères} et 2^{èmes} molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent avant le 14^{ème} anniversaire.

- La prise en charge des traitements implanto-prothétiques est limitée aux agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare et aux séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires.
- Concernant le 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.

2.4.2 Précisions sur le bridge.

Le bridge n'est pas décrit dans la NGAP et le praticien code 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.

Le bridge de base est constitué de deux piliers d'ancrage qui encadrent et soutiennent un élément intermédiaire. Un bridge de plus de trois éléments comporte un pilier à chacune de ses extrémités.

Conditions de prise en charge du bridge :

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 amovible pour l'inter ne peut pas être utilisée.

Le pilier supplémentaire ajouté au bridge de base n'est pris en charge que s'il ne peut être reconstitué de façon durable par une obturation.

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

La prise en charge est limitée aux bridges dentoportés.

Le bridge en extension, le bridge collé et le bridge sur inlays ne sont pas décrits dans la CCAM car non évalués par la Haute Autorité de Santé.

Cette évaluation va être mise en œuvre. Dans l'attente de l'avis de la HAS, il est convenu d'autoriser exceptionnellement la prise en charge temporaire des bridges en extension (Cantilever) selon les schémas thérapeutiques suivants :

Pilier métallique	Pilier métallique	Extension métallique	HBLD033
Pilier céramo métallique	Pilier céramo métallique	Extension céramo métallique	HBLD023
Pilier céramo métallique	Pilier métallique	Extension métallique	HBLD040
Pilier métallique	Pilier céramo métallique	Extension céramo métallique	HBLD043

L'élément en extension doit obligatoirement avoir la forme anatomique de la dent qu'il remplace.

L'encyclopédie médico chirurgicale recommande :

« Principes mécaniques pour la réalisation des bridges cantilever sur piliers dentaires

- Utilisation de couronnes complètes comme ancrages, choisis de préférence sur dents pulpées.
- Parallélisme important des préparations des moignons en les inclinant à l'opposé des extensions (inclinaison mésiale si extension distale : concept « piquet de tente »).
- Les forces s'exerçant sur l'élément en extension créent des zones de pression latérale sur la dent support la plus proche. Sur le pilier le plus éloigné, une force verticale contraire en résulte.
- Les dents à racine longue neutralisent mieux les forces exercées.
- Les bridges avec extension mésiale (incisive latérale ou prémolaire) supportent mieux les forces occlusales.
- Privilégier l'absence de contacts occlusaux sur l'extension lors des mouvements de latéralités ou diduction.
- L'élément en extension est porté par un bridge d'au moins deux piliers.

• *Indications plus orientées vers le remplacement des incisives latérales ou prémolaires, lorsque l'alternative implantaire est impossible* ».

Référence : *Traité EMC en odontologie « Différents types de bridge » 23-210-A-20 de 2005(S. Viennot, G. Malquarti, Y. Allard, C. Pirel)*

2.4.3 Précision sur les actes de chirurgie

Les actes d'avulsions sont déclinés par nombre de dents extraites (1 avulsion, 2 avulsions, ..., x avulsions) et par nature d'acte (avulsion simple, avulsion par alvéolectomie, avulsion avec séparation des racines, ...etc) selon le type de dent (temporaire, permanente, ...).

Le praticien doit coder l'acte dont le libellé correspond au nombre de dents qu'il a extraites.

Exemple : Si le praticien extrait 5 dents permanentes, il doit coder HBGD497 : Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie

2.4.4 Précision

2.4.5 sion sur les actes de restauration

Pour l'acte HBMD053 : « Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire », la prise en charge est limitée à deux restaurations quel que soit le nombre de lésions sur la face.

Une note sera ajoutée dans la prochaine version CCAM.

2.5 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															

3. 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) ou actes pris en charge qui restent cotés en NGAP (ex. : LAQK010 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)
- Actes non pris en charge

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 et faire l'objet d'un devis et d'une note d'honoraire.

4- 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 inlays et onlays (**la liste est jointe en annexe**).

Tous les autres actes inscrits à la liste des actes et prestations pris en charge sont à tarifs opposables.

Des mesures de revalorisation et de valorisation ont été prévues lors de la mise en œuvre de la CCAM pour les actes bucco-dentaires dans les avenants 2, 3 et 11.

Revalorisations tarifaires et tarifs des actes nouveaux au 1^{er} juin 2014

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	43,00
Restauration des 2 angles d'une dent du secteur incisivo canin	86,00
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	40,00

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.

5. Patients bénéficiaires de la CMUC

Le panier de soins prothétiques CMUC cotés en NGAP a fait l'objet d'une transposition, à coût constant, vers les nouveaux codes CCAM. Les 4 bridges de base dentoportés nouvellement décrits à la CCAM ont été ajoutés au panier de soins CMUC.

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.

Un arrêté ministériel relatif au panier de soins CMUC précisant les codes et libellés CCAM ainsi que les tarifs de prise en charge sera publié. Cette information sera également disponible sur ameli.fr.

Exemple : Réalisation d'une couronne céramo-métallique sur une incisive

ACTES EFFECTUES										
(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	1	autres actes (FD / autres de l'activité CCAM / médicaments associés)	montant des honoraires facturés	montant	travaux de déplacement				
14102014	HBLD036	1		107,50						
localisation anatomique	1 1									
14102014			FDC	267,50						
localisation anatomique										
J J M M A A A A										
localisation anatomique										
J J M M A A A A										
localisation anatomique										
PAIEMENT										
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					375,00					
l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire					X	l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire				X
signature du praticien ayant effectué l'acte ou les actes		SPECIMEN			signature de l'assuré(e)		SPECIMEN			impossible de signer
FSDSTO 02-2014 S3153c										

6- Les supports de facturation

- Facturation électronique en Sesam Vitale

Un logiciel agréé en version Sesam Vitale 1.40 est indispensable pour facturer en CCAM.

Les éditeurs de logiciels dentaires sont informés du passage de la NGAP vers la CCAM et mettent en œuvre les évolutions nécessaires à leurs logiciels afin de permettre aux praticiens de facturer leurs prestations en CCAM le 1^{er} Juin 2014. Les éditeurs devront passer l'agrément « CCAM pour l'activité bucco-dentaire », ouvert au CNDA depuis le 31 janvier 2014.

- Facturation électronique hors Sesam Vitale

Les éditeurs de logiciels des établissements tous secteurs seront informés des modifications apportées à la CCAM via un support adapté.

- Facturation sur feuille de soins papier

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)

Les caisses primaires sont informées de la création d'une nouvelle feuille de soins papier.

Feuille de soins

- Soins d'un enfant de 12 ans
 - Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade
 - Restauration prémolomolaire 1 face 19,28€ + 3,02€ = 22,30€
 - Radiographie diagnostique rétroalvéolaire

ACTES EFFECTUES									
(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 J)									
dates des actes	codes des actes	activités	C. CS X/VS	autres actes (TO...) éléments de la fonction CCAM (modificateurs, associations...)	montant des honoraires facturés	dépass	frais de déplacement		
							I.D. M.D.	nombre	I.K. montant
11/09/2014	HBGD037	1		4	25,08				
localisation anatomique	75 85								
11/09/2014	HBMD053	1	N	4	22,30				
localisation anatomique	36								
11/09/2014	HBQK389	1		4	7,98				
localisation anatomique	36								
PAIEMENT									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					55,36				

France
Caisse Nationale

Où trouver l'information ?

A partir du 1^{er} juin 2014, le site Ameli.fr/exercer au quotidien/... permettra de télécharger la CCAM et de trouver l'ensemble des documents nécessaires à son application pour l'activité bucco-dentaire.