

---

**informations CCAM - CMUC - Prothèses et panier de soins****De :****date :** lun. 27/07/2015 11:36**À**

&lt;

Docteur,

Dans le cadre de la prise en charge des soins prothétiques dentaires, il est apparu nécessaire d'apporter des précisions sur l'utilisation des codes de transposition du panier de soins pour les couronnes céramo-métalliques et les prothèses plures.

**1 Couronne dentaire céramo-métallique ou en équivalents minéraux code HBLD036 (hors couronne dentaire céramo-céramique) dans le panier de soins :**

Le panier de soins limite la prise en charge aux incisives, canines et premières prémolaires. Le code de transposition à renseigner sur une 2ème ligne de facturation est **FDC**, et le montant total de prise en charge sera 375.

Pour les deuxièmes prémolaires et molaires, il n'est donc pas possible de positionner le code de transposition FDC, car ce code entraîne une prise en charge de 375, non prévue par les textes pour ces dents.

**2 Couronne dentaire céramo-métallique ou en équivalents minéraux, code HBLD036 (hors couronne dentaire céramo-céramique) au-delà du panier de soins CMU C :**

En cas d'exigence particulière du bénéficiaire de la CMU complémentaire qui souhaite faire réaliser une couronne céramo-métallique sur 2e prémolaire ou molaire, cette prothèse peut faire l'objet d'une alternative thérapeutique au-delà de ce que prévoit le panier de soins CMU C.

**La facturation**

Pour ces actes, il est possible de facturer un dépassement d'honoraires à un patient bénéficiaire de la CMU complémentaire, **après consentement éclairé de celui-ci**.

Dans cette situation, avant de commencer le traitement, le chirurgien-dentiste est tenu de remettre à son patient **un devis descriptif\*\***, avec une information claire sur le montant restant à sa charge.

Il convient de rappeler les termes de l'article R.4127-240 du code de la santé publique qui prévoit que « le chirurgien-dentiste doit toujours déterminer le montant de ses honoraires avec tact et mesure. Les éléments d'appréciation sont, indépendamment de l'importance et de la difficulté des soins, la situation matérielle du patient [...] ».

Lors de la facturation, porter la mention « ED » (entente directe) sur la feuille de soins et utiliser les codes de transposition FPC.

**FPC** désigne « forfait prothèses conjointes hors panier de soins CMU C ». Ce code regroupe les couronnes céramo-métalliques sur 2e prémolaire ou molaire.

**3 Prothèses plures (bridges) dont le bridge de base contient un élément céramo-métallique (pilier ou inter) sur deuxième prémolaire ou molaire :**

Le panier de soins, ne prévoyant pas de couronne céramo-métallique sur les deuxièmes prémolaires et molaires, les bridges de base comportant un élément céramo-métallique à partir des deuxièmes prémolaires ne sont pas prévus dans le panier de soin.

**Il n'existe pas de possibilité « d'alternative thérapeutique » pour les bridges :** dans les situations non décrites dans le panier de soins, la prise en charge et la facturation seront identiques à celles d'un patient ne bénéficiant pas de la CMUC. Avant de commencer le traitement, le chirurgien-dentiste est tenu de remettre à son patient **un devis descriptif\*\***, avec une information claire sur le montant restant à sa charge.

Le tarif de prise en charge est de 279,50 (70% par IAMO et 30% par le fond CMUC), en tiers payant. L'entente directe sera entièrement à la charge du patient.

Le code CCAM est identique à celui utilisé pour un patient hors CMUC par exemple HBLD023 (sans code de transposition), pour un bridge entièrement céramo-métallique.

**Remarque :** afin d'obtenir la prise en charge d'un bridge de base comportant un pilier céramo-métallique sur 2e prémolaire ou molaire dans le cadre du panier de soins, il n'est pas prévu d'utiliser le code CCAM d'un bridge entièrement métallique (HBLD033) avec le code de transposition FDC.

Les modalités de facturation sont les suivantes :

- le bridge de base est pris en charge s'il correspond aux modalités de l'arrêté du 28 mai 2014 (panier de soins)
- les piliers et inter de bridge supplémentaires sont pris en charge aux tarifs de responsabilité de l'assurance maladie par le régime obligatoire et le fond CMUC. Le praticien peut pratiquer des dépassements d'honoraires pour les éléments ajoutés au bridge de base après avoir obtenu le consentement éclairé de son patient et présenté un devis.

**Remarque :** afin d'obtenir une prise en charge dans le cadre du panier de soins, il n'est pas prévu de facturer une couronne unitaire en place d'un pilier supplémentaire.

Pour rappel, la [table des codes](#) de transposition des soins dentaires prothétiques pris en charge par la CMU complémentaire.

En vous remerciant de prendre bonne note de ces informations.

*\*\* à l'instar du devis prévu par la convention nationale des chirurgiens-dentistes pour les traitements pouvant faire l'objet d'une entente directe.*

\*\*\*\*\*

"Le contenu de ce courriel et ses éventuelles pièces jointes sont confidentiels. Ils s'adressent exclusivement à la personne destinataire. Si cet envoi ne vous est pas destiné, ou si vous l'avez reçu par erreur, et afin de ne pas violer le secret des correspondances, vous ne devez pas le transmettre à d'autres personnes ni le reproduire. Merci de le renvoyer à l'émetteur et de le détruire.

Attention : L'Organisme de l'émetteur du message ne pourra être tenu responsable de l'altération du présent courriel. Il appartient au destinataire de vérifier que les messages et pièces jointes reçus ne contiennent pas de virus. Les opinions contenues dans ce courriel et ses éventuelles pièces jointes sont celles de l'émetteur. Elles ne reflètent pas la position de l'Organisme sauf s'il en est disposé autrement dans le présent courriel."

\*\*\*\*\*