


De: Cathy cathy.assoun@wanadoo.fr 
Objet: Fwd: SD31 / CCAM V38
Date: 31 janvier 2015 08:53
À: patricktallet Tallet patricktallet@mac.com

Bisouuuus
Cathy
ps: café un de ces jours...?

Début du message réexpédié :

De : "SCD 31" <scd.toulouse@wanadoo.fr>
Objet : SD31 / CCAM V38
Date : 30 janvier 2015 10:58:44 UTC+01:00
À : "SCD 31" <scd.toulouse@wanadoo.fr>



9 avenue Jean Gonord - 31500 TOULOUSE
Tél. : 05 62 47 06 60 Fax : 05 62 47 07 10 e-mail : scd.toulouse@wanadoo.fr

Vous trouverez ci-dessous les modifications engendrées par la V38 (intégralité en PJ) à lire attentivement.

Il suffit de mettre vos logiciels à jour pour qu'elles soient actives

1. **Modification de notes**

a. HBMD053 = Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire.

Une note de facturation indique désormais que **la prise en charge est limitée à deux restaurations 1 face, quel que soit le nombre de**

lésions sur la face. C'est une décision du Directeur Général de l'UNCAM que nous avons contestée. Malgré cette restriction, la valeur de deux restaurations 1 face est augmentée de 33 % par rapport à la NGAP.

À noter :

- cette limitation ne concerne pas le secteur incisivo-canin,
- cette note n'interdit pas la réalisation et la facturation au patient d'une 3^{ème} restauration, elle précise simplement les limites de la prise en charge. À partir d'une 3^{ème} restauration, il s'agit d'un acte NPC soumis à information préalable du patient,
- elle est limitée au seul acte HBMD053 et ne concerne donc pas l'association avec d'autres actes. Rien n'interdit d'associer 2 restaurations HBMD053 avec un autre acte de restauration sur la même face.

b. LBLD003 et LBLD006 : gouttières pour hémostase ou porte-topiques. La prise en charge est limitée à l'application de gel fluoré dans le cas d'une radiothérapie de la sphère oropharyngée. C'est le retour à la règle qui existait en NGAP et correction d'un oubli lors de la transposition.

c. HBMB081 et HBMD087 : piliers supplémentaires de bridge. La prise en charge n'est possible que si la dent ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation. C'est la correction d'un oubli.

2. Ajout de modificateurs

a. HBJB001 : évacuation d'un **abcès parodontal**
Cet acte bénéficie dorénavant de la **majoration F dimanche et jours fériés**.

b. HBQK040, HBQK303 et HBKQ061 = radios complémentaires
Ces actes bénéficient de la majoration E = + 49 % pour un enfant de moins de 5 ans.

3. Suppression d'association

La radio complémentaire HBKQ061 (ex Z3) n'est plus **associable aux inlay-core et inlay-core à clavette**.

Si le contrôle après pose s'avère justifié, il faudra utiliser le code **HBQK389** radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües. **Ce changement est fait à notre demande et permet d'éviter toute interprétation restrictive du contrôle médical.**

4. **Changement de subdivision**

HBLD030 Pose d'une prothèse dentaire complète transvissée implantoportée est déplacé de 07.02.03.04 « Pose de prothèse dentaire fixée dentoportée ou implantoportée » à 07.02.03.03 « Pose de prothèse dentaire amovible ». **Ce changement est fait à notre demande pour éviter la suppression de sa prise en charge.** Nous avons argumenté qu'il s'agissait bien d'une prothèse amovible et non d'un bridge.

5. **Ajout de notes**

Au 07.01.04.01 « Radiographie de la bouche », retour de la note existant en NGAP : « *Si l'examen radiographique est numérisé, pour donner lieu à remboursement, il doit pouvoir être matérialisé par au moins un support papier de format égal ou supérieur à 70 x 90 mm indiquant la date de cet examen, l'identification du patient et celle de la dent ou des dents concernées.* »

« *Le support papier doit comporter une ou plusieurs images d'un format au moins égal à 2,5 fois celui d'un cliché argentique standard.* »

6. **Remboursement sous conditions ajouté pour 80 actes**

Les actes d'implantologie, pris en charge dans le cas des agénésies rares et des suites de cancers buccaux ou maxillaires, comportaient une note de facturation précisant les conditions de prise en charge. Il en résultait une confusion et des risques d'erreurs car rien n'empêchait la facturation par défaut à l'Assurance Maladie de tous les actes d'implantologie.

Le remboursement sous conditions change la donne. Lorsque le libellé signale un acte avec « RC » : il faut dorénavant indiquer «X» sur la feuille de soins dans la case « éléments de tarification CCAM » ou cocher la case prévue en FSE pour obtenir une prise en charge. Sans cette indication, l'acte est par défaut NPC... et ne doit donc pas figurer sur une feuille de soins.

7. **Tarification de l'acte LBGD001 – Ablation de moyen de contention maxillaire**

Il existait à la CCAM un acte d'ablation de moyen de contention maxillaire et/ou mandibulaire intrabuccal non pris en charge.

La décision UNCAM du 9 septembre 2014 acte la prise en charge de cet acte LBGD001 au tarif de 41,80 €.

8 **Modifications « techniques »**

- Modification des localisations dentaires d'un code

Suppression des localisations dentaires 14 et 24 de l'acte HBGD002
Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines

- Changement de tarif de 4 actes complémentaires aux bridges (inters 2 et 3)

Le tarif des actes suivants HBMD490, HBMD342, HBMD479 et HBMD433 est mis à 0,10 € au lieu de 0 €. Il s'agit des adjonctions d'un premier ou d'un second élément intermédiaire complémentaire (puisque'un inter est toujours compris dans le bridge de base)

Lors de la négociation, nous avons attiré l'attention de l'UNCAM sur l'impossibilité pour Sesam-Vitale de tarifer un acte à 0 €, objection balayée par les services techniques de l'UNCAM et qui s'est avérée exacte. Pour contourner cette difficulté, l'UNCAM a décidé unilatéralement de porter ce tarif à 0,10 €, ce qui ne fait qu'accroître le ridicule de la situation.

Pour notre part, nous avons fait la proposition de tarifer ces actes à la même valeur que les autres intermédiaires de bridge, soit 10,75 € ce qui présentait l'avantage de simplifier le codage des bridges. Cette proposition a été rejetée sèchement par l'UNCAM qui s'est cantonnée sur ses positions et pourtant le coût n'était pas si élevé que cela : moins de un million d'euros.

- Ajout pour 4 actes pour nos spécialités (D1 ou D2)

- Les actes HAJA003 Parage et/ou suture de plaie cutanée non transfixiante de lèvre et HAJA006 Parage et/ou suture de plaie transfixiante de lèvre nous sont désormais autorisés en prescription et en exécution.

- Les actes MDQK001 radiographie de la main ou de doigt et MDQK002 radiographie bilatérale de la main et/ou du poignet, selon 1 incidence sur un seul cliché de face sont également autorisés en prescription et en exécution.

- Modification du nombre de localisation dentaire minimum attendue pour 2 actes

- Pour l'acte HBQK041 HBQK041 Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 14 secteurs distincts de 1 à

3 dents contigües, le nombre de localisation dentaire minimum attendue est mis à 0.

- Pour l'acte LBLD006 LBLD006 Pose de gouttières maxillaire et mandibulaire pour hémostase ou portetopique le nombre localisation dentaire minimum attendu est également mis à 0.

Ø Pour ces deux actes aucune localisation n'est donc nécessaire.

Bonne MAJ

