

# Chirurgiens-dentistes



© 2016 Les Echos Publishing

L'Assurance maladie vient de modifier la procédure de facturation qui doit être mise en œuvre pour que les patients puissent bénéficier du remboursement des implants dentoportés. En effet, c'est désormais au chirurgien-dentiste de déterminer si l'acte est remboursable ou non.

Les bridges dentoportés et les bridges sur implants ont un code CCAM identique alors que seuls les premiers sont remboursés par la Sécurité sociale. Pour éviter des remboursements non dus, désormais tous les bridges seront considérés comme non remboursables et c'est au praticien d'indiquer que celui qu'il a réalisé peut être pris en charge.

Il doit pour cela, lorsqu'il remplit la feuille de soins papier ou électronique, indiquer qu'il s'agit d'un acte remboursable sous conditions : actes HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023 (bridges de base) inscrits au sous-chapitre 07.02.03.04, pose de prothèse dentaire fixée dentoportée ou implantoportée, ainsi que leurs gestes complémentaires en prothèse plurale fixée HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087 (piliers et intermédiaires de bridge).

Concernant la feuille de soins électronique, lorsque le logiciel de facturation interrogera la base de données pour savoir si l'acte inscrit est remboursable, non remboursable ou remboursable sous conditions, le praticien devra signaler sa volonté de faire rembourser l'acte en cochant la case

correspondante. Avec la feuille de soins papier, le praticien devra inscrire un « X » dans la zone « éléments de tarification CCAM ». En cas de non-respect de ces règles de facturation, l'assuré ne pourra pas se faire rembourser.

Cette nouvelle procédure, basée sur les indications du praticien, devrait permettre, en cas de contrôle d'activité, que le praticien ne se prévale plus d'une méprise ou d'une méconnaissance de l'informatique.

© 2016 Les Echos Publishing