

Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire

Présentation

SOMMAIRE

■ Avenant 3 :

- Classification Commune des actes médicaux
 - Généralités
 - Les textes officiels
 - Le classement des actes
 - Les règles de la CCAM
 - Exemples de codage au quotidien
 - Les nouvelles mesures
 - La facturation
 - La feuille de soins

- Les autres mesures

GENERALITES

Un nouveau référentiel

- 2 référentiels cohabitaient
 - **la NGAP** pour les professions libérales
 - Liste d'actes remboursables par l'AMO, non codés
 - **le CdAM** (Catalogue des Actes Médicaux)
 - À vocation descriptive et comme nomenclature utilisé en établissements publics et privés

En 1996 décision de refonte totale avec objectif

- Liste unique Public –Privé
 - Description de toute l'activité médicale par codage des actes

Les principes

- Exhaustivité
 - Répertoire tous les actes techniques, Pris en charge ou Non
- Bijectivité
 - Un libellé = un code et un seul
 - Le même acte pratiqué par différentes disciplines fait l'objet d'un libellé unique consensuel.
- Non ambiguïté des libellés
 - Pour garantir précision et cohérence, la CCAM

Les principes

- Maniabilité
 - Compréhensible par tous
- Évolutivité
 - Les actes “émergents” seront inscrits temporairement
 - Tout nouvel acte pratiqué doit être validé par la HAS, décrit et être codé
 - Tout acte obsolète doit disparaître du référentiel

Calendrier et modalités d'application

- La CCAM doit être mise en place
1er juin 2014
- D'ici là
 - Adaptation des logiciels des caisses et des praticiens
 - Formation assurée par la CNAMTS, le réseau de l'assurance maladie et les partenaires
- Lorsqu'elle entrera en application
 - Pas de période de transition

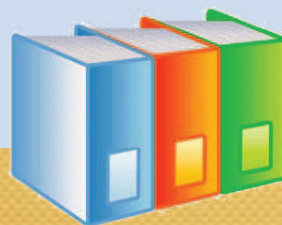
Conséquences : NGAP ⇒

1 - Les chirurgiens dentistes **CCAM** (spécialité 19) y compris ceux pratiquant l'orthodontie et médecins stomatologues (spécialité 18)

- Disparition des lettres clés et coefficients
 - pour les actes en **D, DC, KC, SC, SCM, SPR, PRO, Z**
- Ne restent en NGAP que les actes correspondant
 - aux actes cliniques **C, Cs, V, Vs, ainsi que BDC, BR2 et BR4**
 - aux indemnités forfaitaires et kilométriques **IF, IK, IKM, IKS**
 - **aux lettres clé TO et ORT**

TEXTES OFFICIELS

LES LIVRES



Textes

- Les textes officiels
 - **3 Livres** : validés par la CHAP dentistes du 06/09/2013 et la CHAP médecins du 25/09/2013
 - Livre I = Dispositions générales
 - Livre II = Listes des actes CCAM avec le détail de la prise en charge par l'Assurance Maladie.
 - Livre III = Dispositions diverses

- **3 avenants conventionnels**

- Avenants 2 et 3 – chirurgiens dentistes

Livre I : Dispositions

- Article I-1 **générales**

- Les dispositions du Livre I s'appliquent aux médecins et chirurgiens dentistes libéraux et salariés pour la prise en charge ou le remboursement de leurs actes techniques par l'assurance maladie.

- Article I-2

- La liste des actes techniques remboursables, mentionnée au Livre II et établie en application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale,

Livre II : La liste des actes pris en

07.02.02.04

Prophylaxie buccodentaire

Codes	Libellés	Activité	Phase	Tarif				
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent	1	0	21,69			1	AXI
	<i>Indication : acte de prévention en cas de risque carieux</i> <i>Facturation : la prise en charge est limitée aux 1res et 2es molaires permanentes et ne peut intervenir q'une fois par dent et avant le quatorzième anniversaire</i>							
HBBD006	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents	1	0	43,38			1	AXI
	<i>Indication : acte de prévention en cas de risque carieux</i> <i>Facturation : la prise en charge est limitée aux 1res et 2es molaires permanentes et ne peut intervenir q'une fois par dent et avant le quatorzième anniversaire</i>							
HBBD007	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents	1	0	65,07			1	AXI
	<i>Indication : acte de prévention en cas de risque carieux</i> <i>Facturation : la prise en charge est limitée aux 1res et 2es molaires permanentes et ne peut intervenir q'une fois par dent et avant le quatorzième anniversaire</i>							

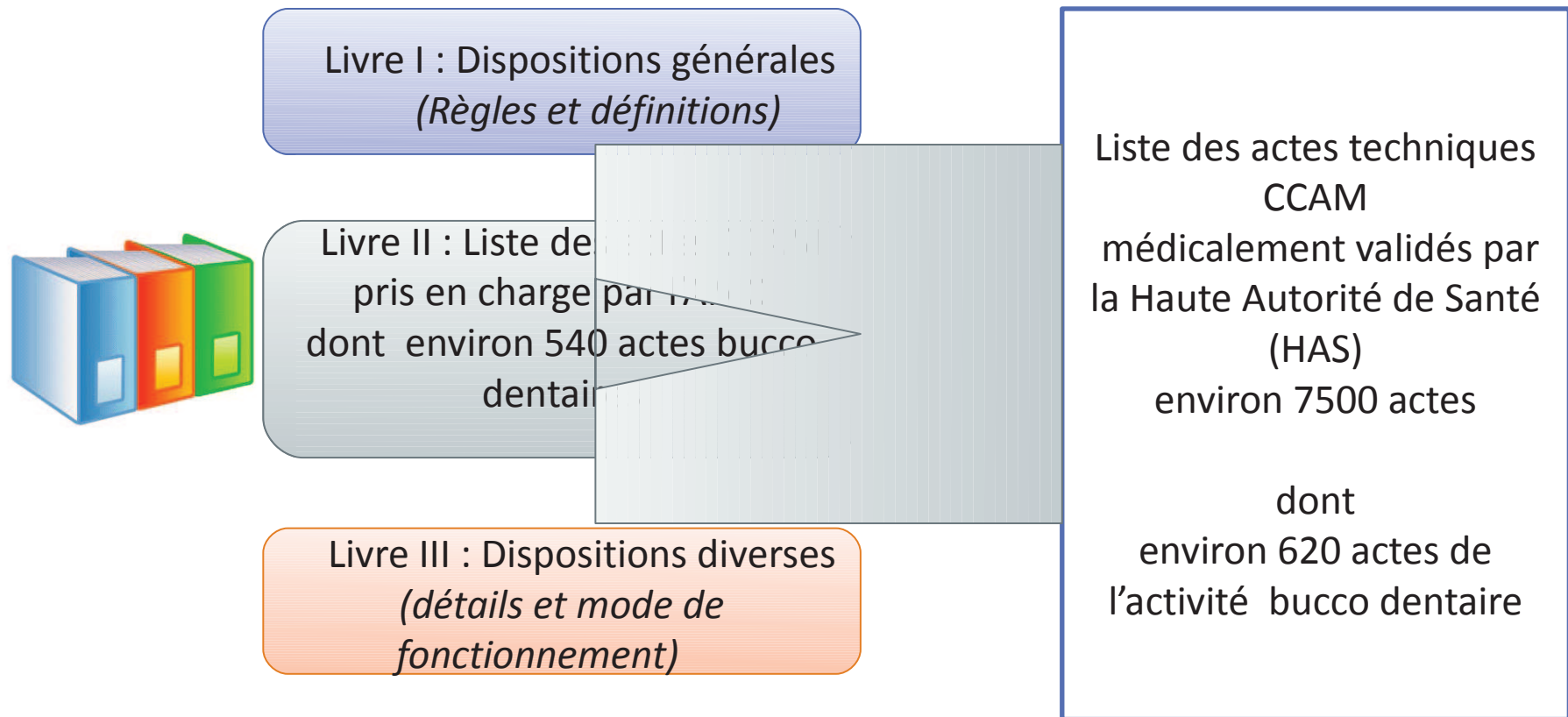
Livre III : les dispositions diverses

Dispositions tarifaires, majorations, limitations

- Article III-1
 - Par dérogation à l'article Ier-1 du Livre Ier, continuent à relever des dispositions mentionnées dans l'arrêté du 27 mars 1972 modifié relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux : les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques exécutés en laboratoire d'analyses de biologie médicale, les actes de prélèvement réalisés par les médecins biologistes, les actes de pratique thermale, les actes de chimiothérapie anti-cancéreuse, les actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux, les actes communs aux médecins et aux auxiliaires médicaux et les actes d'orthodontie communs aux médecins et aux chirurgiens dentistes.
- Article III-3 Point2- Dérogations- g)

Les actes bucco-dentaires des sousparagraphe suivants sont associables
à taux plein quel que soit le nombre

CCAM



Avenant 3 et charte

Inscrit l'ensemble des actes techniques effectués en CCAM sur le devis et note d'honoraires

Pris en charge avec ED et NPC (NR)



Code l'ensemble des actes techniques effectués en CCAM dans le dossier du patient

Pris en charge et NPC (NR)

FSE ou FSP



Envoie uniquement à l'AMO les actes pris en charge

DRE



N'envoie pas de flux à l'AMC du patient



**l'Assurance
Maladie**

Caisse Nationale

CLASSEMENT DES ACTES CCAM

Chapitres
Sous chapitres
Paragraphes
Sous paragraphes
Description des actes

Classement

Les principes

- Classement par grands appareils et non par spécialités
- Non mention de la pathologie dans les libellés

Classement par grand appareil : les chapitres

- 01- Système nerveux central, périphérique et autonome
- 02 - Œil et annexes
- 03 - Oreille
- 04 - Système circulatoire
- 05 - Système immunitaire et hématopoïétique
- 06 - Appareil respiratoire

- **07 - Appareil digestif**

Les actes dentaires dans la CCAM

- Actes diagnostiques
 - Radiographie de la bouche
- Actes thérapeutiques sur les dents
 - Prophylaxie
 - Soins conservateurs
 - Traitements endodontiques
 - Chirurgie... cosmétologie, occluso
- Prothèses dentaires
 - Pose de prothèse dentaire amovible

Les 5 niveaux

1. Chapitre 7 = Appareil digestif

2. Sous-chapitre 07.02 : Actes thérapeutiques sur la bouche
et l'oropharynx

3. Paragraphe 07.02.02 : Actes thérapeutiques sur les dents

4. Sous paragraphe 07.02.02.05 : Restauration des tissus durs de la dent

HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
[N]	(ZZLP025, HBQK061)

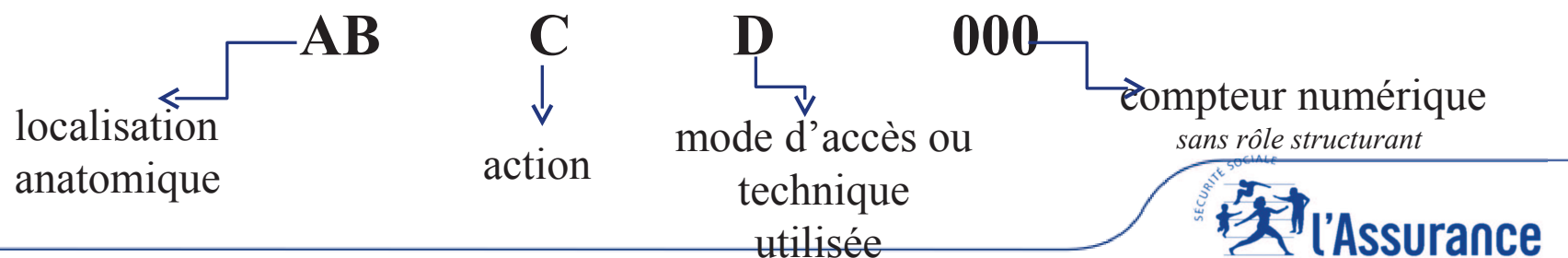
Les principes de description

- Principe de « l'acte global »
- Classement par grands appareils et non par spécialités
- Niveau de détail suffisant mais non excessif
- Non mention de la pathologie dans le libellé
- Précision de chaque libellé

Codage

Codes alphanumériques semi-structurés à sept caractères correspondant aux axes pertinents de description dans le libellé : **ABCD000**

- une partie initiale, sur quatre caractères alphabétiques majuscules
- partie terminale à trois caractères numériques en chiffres arabes



Codage de la CCAM

Exemple de codage en CCAM dentaire

Avulsion d'une dent permanente sur arcade sans alvéolectomie : HBGD036

HB



localisation
anatomique

G



action

D



mode d'accès ou
technique utilisée

036



compteur numérique



appareil digestif = H
Dent = HB



Extraire



Abord ouvert

Sites internet :

www.ameli.fr : Rubrique professionnel de santé - Exercer au quotidien - Nomenclatures et codage
www.atih.fr

La liste des actes

- <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>



CCAM en ligne

CCAM
Classification Commune des Actes Médicaux

Trouver un acte | Téléchargement | Outils | Règles de facturation | Aide

Votre classeur : 0 fiche d'acte | 0 liste de résultat mémorisée

> TROUVER UN ACTE

RECHERCHER PAR MOT-CLÉ | RECHERCHER PAR CODE | CONSULTER LA CCAM PAR CHAPITRE

> OUTILS

LISTE DES ACTES FRÉQUENTS PAR SPÉCIALITÉ

À LA UNE

Téléchargement

CCAM Version 31

La V31 met en œuvre, au 1er juillet 2013, 4 nouveaux modificateurs, modifie le libellé du modificateur K et le tarif de certains actes d'imagerie et de la séance d'acupuncture (pour celle-ci les fichiers informatiques n'intègrent pas la nouvelle note de facturation), 1 supplément est supprimé.

> Lire l'article ...

Seulement à partir du 1er Juin 2014 les actes CCAM bucco-dentaires facturables seront consultables sur le site Ameli.fr

Règles de la CCAM



**l'Assurance
Maladie**

Caisse Nationale

REGLES DE LA CCAM : Acte global

- La CCAM est fondée sur le principe de l'acte global
 - Le libellé décrit
acte diagnostique et/ou thérapeutique **complet et achevé**
 - Le libellé comprend
l'ensemble des étapes nécessaires à la réalisation de l'acte
- L'anesthésie locale pour les actes de petite chirurgie fait partie de l'acte*

Actes CCAM

La CCAM comprend :

- des Actes isolés (AI)
 - Actes qui peuvent être réalisés de manière indépendante

ex : « avulsion d'une dent définitive sur l'arcade »

- des Procédures (P)
 - regroupements usuels d'actes isolés

Acte isolé

NGAP

Extraction de 2 dents permanentes

- d'une dent permanente **DC16**
- de chacune des suivantes au cours de la même séance DC8

CCAM

Procédure

- Regroupement usuel d'actes isolés

LBLD006	Pose de gouttières maxillaire et mandibulaire pour hémostase ou portetopique
---------	--

Geste complémentaires

- Geste complémentaire

geste facultatif qui ne peut être facturé de manière indépendante



18.02 - Gestes complémentaires

Modificateurs

HBFD033

Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente

[F, N, U]

(ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK303)

19.03.02

Age du patient

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

15,70%

Les suppléments autorisés pour un acte sont inscrits sous le libellé

Association d'actes

- Les associations d'actes correspondent à la réalisation de plusieurs actes
 - dans le même temps
 - pour le même patient
 - par le même praticien
- Il existe des incompatibilités d'association entre les différents actes

Associations compatibles

- Le Dr Roulette réalise sur Mr Patient Pierre le 23/10/2014
 - sur la 13



– sur la 12

Associations compatibles

- Actes en série
 - sur deux arcades
 - Prothèse maxillaire
- Prothèse mandibulaire



Associations incompatibles

- Note d'indication de réalisation interdit cette association
 - sur la 12



Associations incompatibles

- Actes en série
 - sur les 16, 26 et 36



Associations incompatibles

- Actes en série
 - sur une arcade



Associations incompatibles

- Il n'est pas possible d'associer un acte technique avec une consultation ou une visite



Notes

- Afin de préciser le contenu technique des actes décrits ou leurs conditions d'utilisation ou de prise en charge :

des informations supplémentaires peuvent accompagner les libellés.

- Ces notes sont situées soit :
 - sous les libellés si elles sont d'ordre particulier ,
 - en tête de chapitre ou de subdivision si elles sont d'ordre général.

Notes

- Notes - Indications de facturation

Note d'ordre général

18.02.07.01 Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif

Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique :

- d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare
- des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires

HBQK040

Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique

[F,U]

Facturation : forfaitaire quel que soit le nombre de clichés réalisés et de séances

Note d'ordre particulier

Notes

- Indications de réalisation
 - Les actes pris en charge sous conditions de réalisation

07.02.02.04

Prophylaxie buccodentaire



HBBD005

Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur une dent

Indication : acte de prévention en cas de risque carieux ; avant 14 ans 1ère et 2ème molaires permanentes ; le risque carieux doit être impérativement évalué

Notes

- Pris en charge sous conditions

Temps	Pris en charge	BR	Honoraires	Devis
T	Oui	28,92 €	28,92 €	Non
T + 15 jours	Oui	28,92 €	28,92 €	Non
T + 2 mois	Non	NR	XX €	Oui
T + 4 mois	Non	NR	XX €	Oui
T + 6 mois	Oui	28,92 €	28,92 €	Non

Notes

- Pris en charge sous conditions

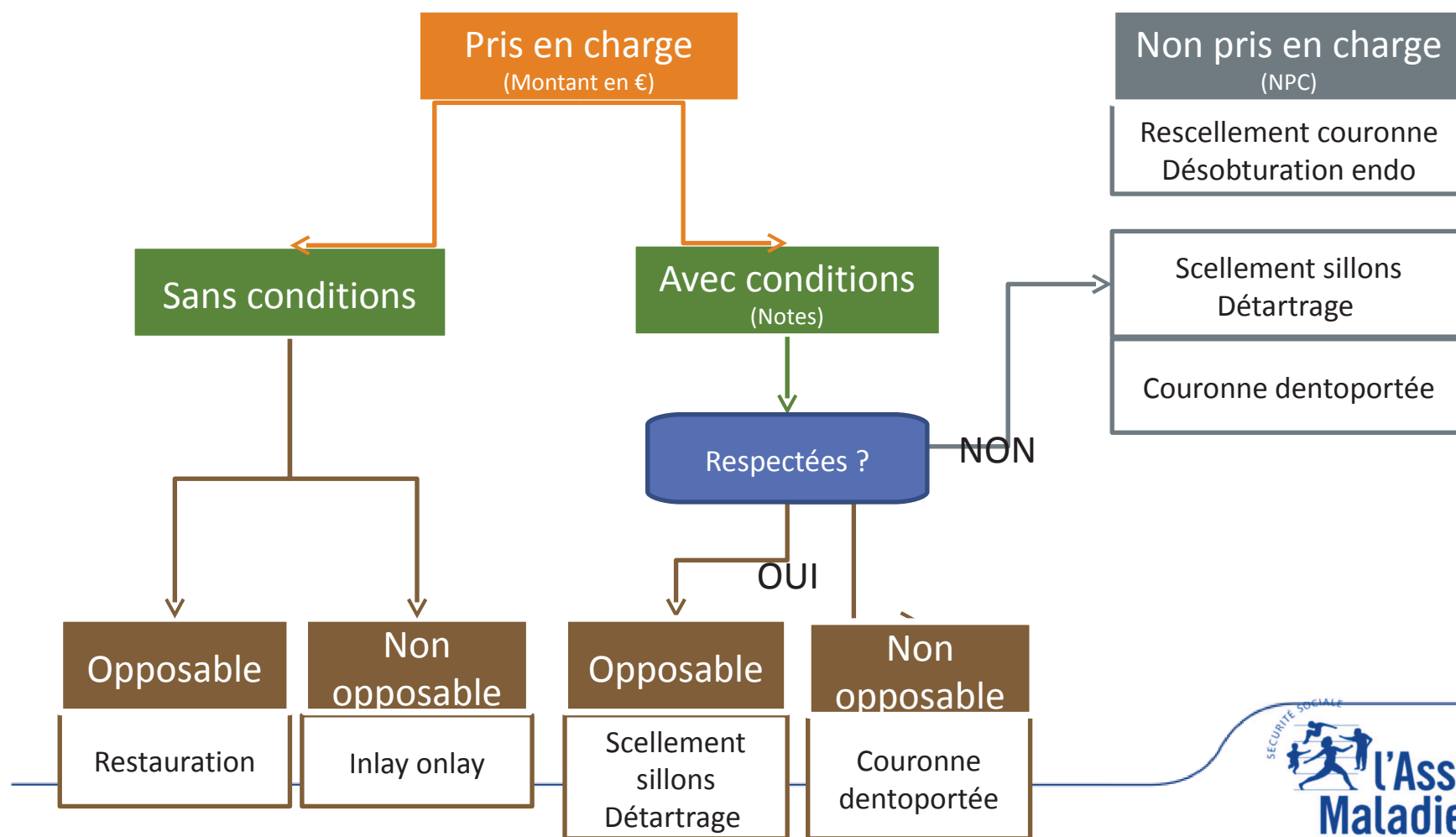
Temps	Pris en charge	BR	Honoraires	Devis
12 ans	Oui	21,69 €	21,69 €	Non
14 ans	Non	NR	XX €	Oui
Prémolaire	Non	NR	XX €	Oui

Notes

- Pris en charge sous conditions

Indication	Pris en charge	BR	Honoraires	Devis
maladie rare	Oui	422,18 €	422,18 €	Non
	Non	NR	XX,00 €	Oui

Règles de prise en charge d'un acte



Au quotidien

QUELQUES EXEMPLES

Obturation 3 faces sur 46

- NGAP
 - Cavité composée, traitement global intéressant trois faces et plus **SC 17**

- CCAM



Obturation endodontique 14

- NGAP
 - Pulpectomie coronaire et radiculaire avec obturation des canaux et soins consécutifs à une gangrène pulpaire (traitement global) : groupe prémolaires **SC 20**

48,20 €

- CCAM

Extraction de 36

- **NGAP**

Extraction d'une dent permanente sans alvéolectomie **DC 16**

avec alvéolectomie **DC 10**

- **CCAM**

33,44 €

Extractions de 14 15 16

- **NGAP**

Extraction

d'une dent permanente **DC 16**

de chacune des suivantes au cours de la même séance **DC 8 + 8**

- **CCAM**

Extraction de ½ 16

- **NGAP**

Inexistant

NR ou NPC

- **CCAM NR non inscrit sur les feuilles de soins - Honoraires libres**

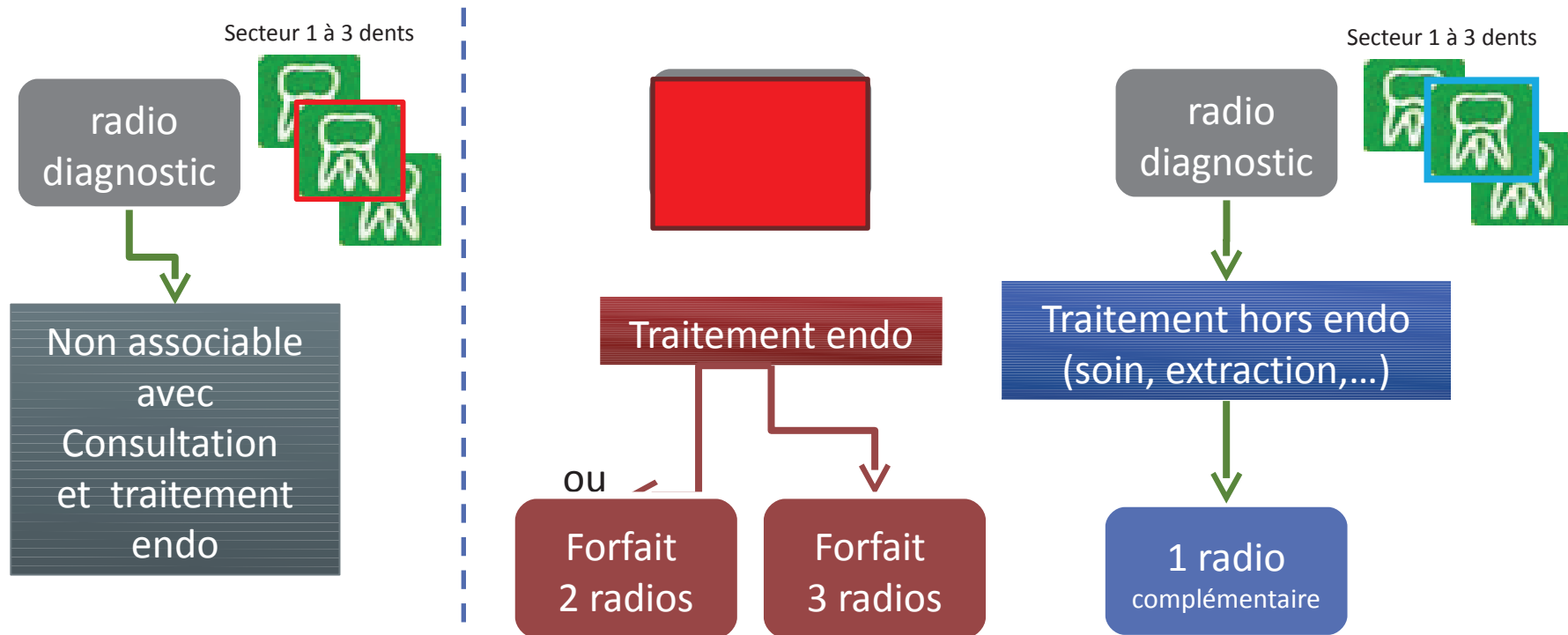
Parodontie

- NGAP
 - Gingivectomie étendue à un sextant (de canine à canine, de prémolaire à dent de sagesse) **DC 20**

- CCAM
41,80 €

NR Honoraires libres

Radiographie



Radios réalisées au cours d'un traitement

Radiographie

- **Radiographies diagnostiques**

07.01.04.01 Radiographie de la bouche

Par dents contigües

.....

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

Ne peuvent pas être facturées pour un traitement endodontique

Radiographies complémentaires pour traitements endodontiques

18.02.07.01 Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif

Radios complémentaires & traitement endodontiques



Reprise de traitement endodontique

07.02.02.06	Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent
	L'exérèse de la pulpe vivante ou l'exérèse du contenu canalaire non vivant d'une dent inclut la mise en forme canalaire et l'obturation radiculaire.
	Lorsque le contenu canalaire est un matériau d'obturation, l'acte n'inclut que la mise en forme canalaire et l'obturation radiculaire.

Radio complémentaire pour traitement hors endodontie



Prothèse

- Prothèse adjointe 14 dents
 - NGAP SPR 85
 - CCAM

Prothèse

- 2 Prothèses adjointes 14 dents haut et bas
 - NGAP SPR 85 + SPR 85
 - CCAMHBLD031+ HBLD031 ? NON



Prothèse

- Prothèse stellite 14 dents

- NGAP

- Prothèse adjointe définitive 14 dents SPR 85
 - Supplément plaque base métal SPR 60

- CCAM

311,75€

Prothèse

- Prothèse en résine 4 dents
 - NGAP
 - Prothèse adjointe définitive 4 dents SPR 35
 - CCAM
 - Prothèses adjointes définitives de moins de 9 dents : non retenues par la HAS

Prothèse fixée

- NGAP

- couronne provisoire

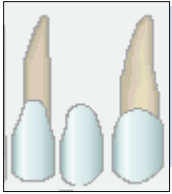


- CCAM_{NR} ou NPC

- couronne définitive
SPR 50 (condition d'attribution justifiée)



107,50 €



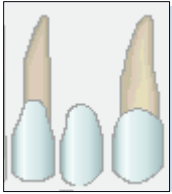
Le bridge

- NGAP
 - Équivalent 2 couronnes 2 x SPR 50 (conditions attribution justifiées)
 - Équivalent prothèse 1 à 3 dents SPR 30 (même si 2 inters)

- CCAM

selon le type de dent et de reconstitution

- Acte principal



Bridge de 3 dents

- NGAP
 - 2 x SPR 50 (12 et 14 conditions attribution justifiées)
 - SPR 30 (13)
- CCAM

Bridge de base, dépend du type de couronne et de l'inter de bridge

MMC

MCC

MMM

Conditions d'attribution

- Bridge de base - 3 dents

Prothèse dentaire fixée dentoportée quand au moins une dent pilier ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation. La ou les radiographies dont la nécessité médicale est validée scientifiquement sont conservées dans le dossier du patient

Le bridge dont un des deux piliers est non reconstituable durablement par une obturation est pris en charge avec une base de remboursement à la valeur de 279,50 €

Conditions d'attribution

- Bridge de base - 3 dents

- NGAP

- P(RD) - Inter - P(RD) SPR 30 BR : 64,50 €
 - P(NRD) - Inter - P(RD) SPR 80 BR : 172,00 €
 - P(NRD) - Inter - P(NRD) SPR 130 BR : 279,50 €

- CCAM

- P(RD) - Inter - P(RD) NR
 - P(NRD) - Inter - P(RD) BR : 279,50 €
 - P(NRD) – Inter - P(NRD) BR : 279,50 €

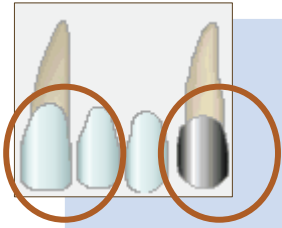


Bridge de 4 dents

- 2 Piliers – 2 Inters
 - NGAP
 - Équivalent 2 couronnes 2 x SPR 50 (conditions attribution justifiées)
 - Équivalent prothèse 1 à 3 dents SPR 30 (même si 2 inters)
 - CCAM

selon le type de dent et de reconstitution

- Acte principal



Bridge de 4 dents

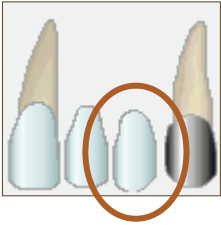
- Acte principal (BR=279,50€)

Bridge de base de 3 dents (2 piliers, 1 inter) selon le type de dent

MMC

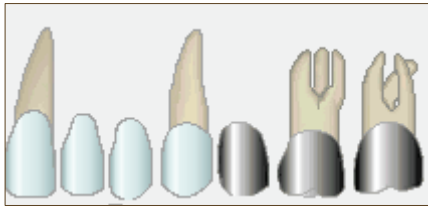
MCC

MMM



Bridge de 4 dents

- Acte complémentaire
 - Adjonction d'un intermédiaire selon le type de dent
 - **BR=0 € pour l'ajout d'un 1er et d'un 2è élément intermédiaire, le 1er élément intermédiaire est inclus dans le bridge de base (équivalent prothèse de 1 à 3 dents)**

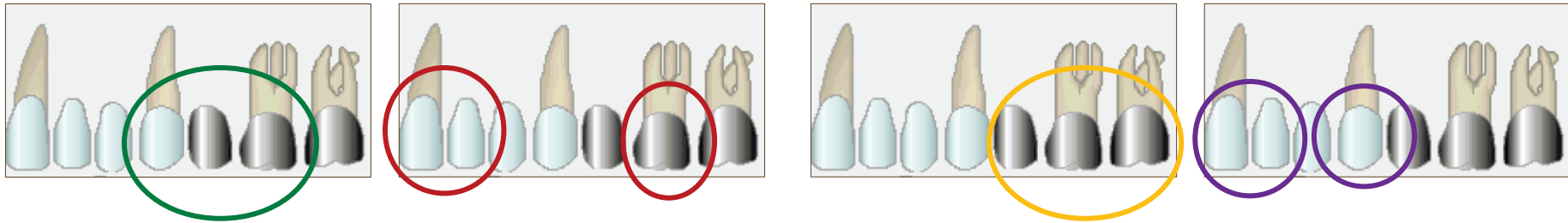


Bridge de 7 dents

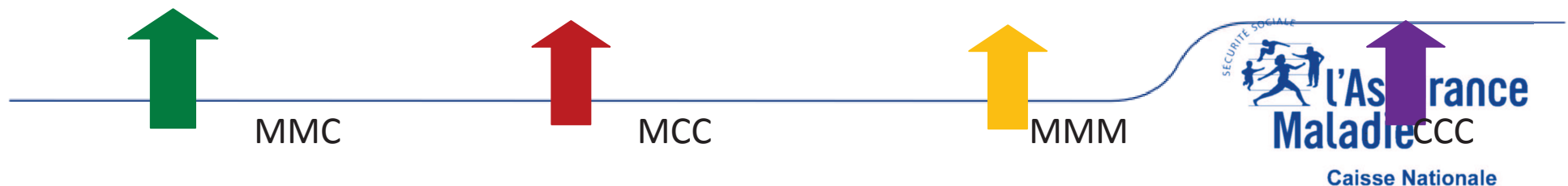
- 4 Piliers - 3 Inters
 - NGAP
 - Possibilité de coter 4 SPR 50 (selon conditions d'attribution)
 - Équivalent prothèse 1 à 3 dents SPR 30
 - CCAM

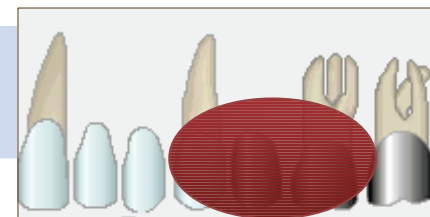
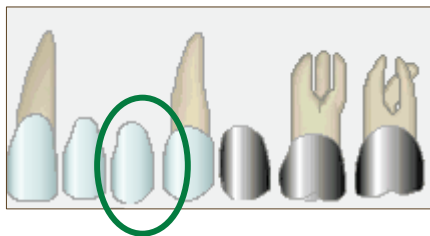
5 codes au choix multiple selon le type de dent

- 1 Acte principal
 - Bridge de base de 3 dents (2 piliers, 1 inter)



- Acte principal
 - Choix du bridge de base de 3 dents (2 piliers - 1 inter)





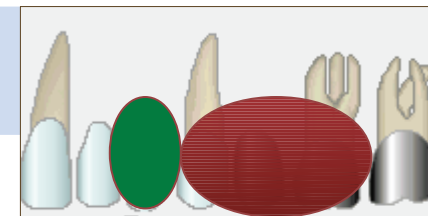
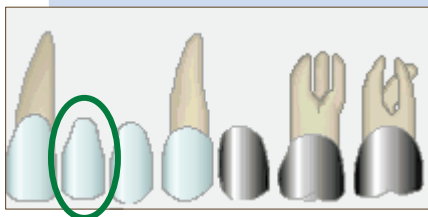
24-25-26 HBLD040 bridge de base BR 279,50 €

- Acte complémentaire
 - Choix du 2ème inter



**l'Assurance
Maladie**

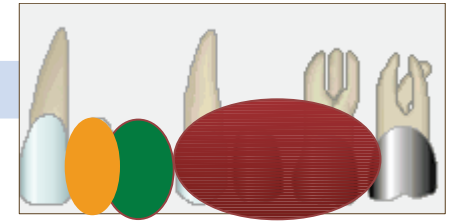
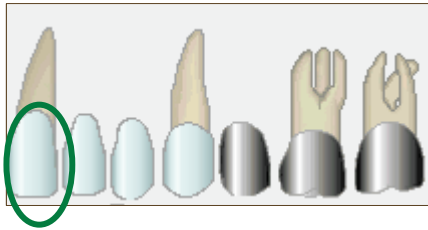
Caisse Nationale



24-25-26 HBLD040 bridge de base BR 279,50 €

23 HBMD479 2ème inter BR 0,00 €

- Acte complémentaire
 - Choix du 3ème inter



- Acte complémentaire
 - Choix du 3ème Pilier

24-25-26	HBLD040	bridge de base BR	279,50 €
23	HBMD479	2ème inter BR	0,00
22	HBMD433	3ème inter BR	0,00

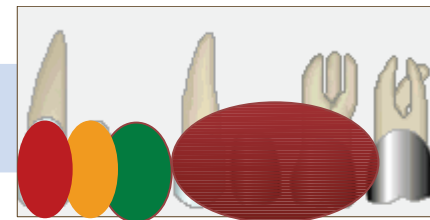
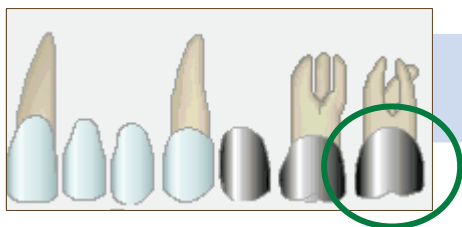
HBMD433

fonction d'un 2ème élément
médiaire céramo-métallique
à un pont minéraux à une pro
dentaire plurale fixée

HBMD342

Adjonction d'un 2ème élé
ment médiaire métallique à une p
dentaire plurale fixée





• Acte complémentaire

– Choix du 4ème Pilier

24-25-26	HBLD040 bridge de base	BR	279,50 €
23	HBMD479 2ème inter	BR	0,00 €
22	HBMD433 3ème inter	BR	0,00 €
21	HBMD087 3ème pilier	BR	107,50 €

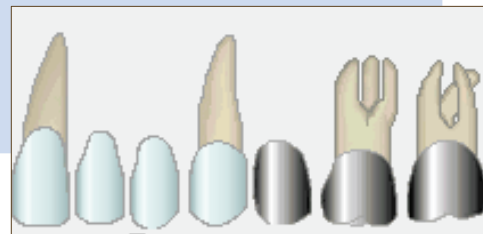
HBMD433

fonction d'un 2ème élément
médiaire céramo-métallique
à un élément minéraux à une pro
dentaire plurale fixée

HBMD342

Adjonction d'un 2ème élé
ment médiaire métallique à une p
dentaire plurale fixée

Bridge de 7 dents



- Codage CCAM du bridge

21 HBMD087 3ème pilier BR

107,50 €

22 HBMD433 3ème inter BR 0,00 €

23 HBMD479 2ème inter BR 0,00 €

~~24-25-26 HBLD040 bridge de base~~

€

Avenant 2 et 3 des chirurgiens dentistes
Avenant 11 des médecins

LES MESURES

Nouveautés des avenants

- Avenant n°2
 - Revalorisation sur les cavités 1 et 2 faces lors du passage en CCAM
- Avenant n°3
 - Désobturation endodontique
 - Restauration d'angle
 - Couronne sur implant
 - Gouttières
 - Déplacement d'une dent

Nouveautés de l'avenant 2

- Revalorisation sur les cavités 1 face
 - Passe de 16,87€ à 19,28€

Nouveautés de l'avenant 2

- Revalorisation sur les cavités 2 faces
 - Passe de 28,92€ à 33,74€

Désobturation endodontique

- Aucune base de remboursement
- Renvoyés pour étude de valorisation ultérieure en CHAP... Acte non remboursable

Restauration d'angles ≠ 3 faces

- Valorisation +5 % par rapport à l'obturation 3 faces

Couronne sur implant

- Acte à entente directe
 - Comme en NGAP

Création d'un libellé spécifique pour la

Gouttières

Dégagement d'une dent

- **Opposables**

Inscription d'un nouvel acte

- Prise en charge d'un acte dont la cause est urgente et douloureuse
 - **Opposable**

CMU-C

- Transposition des actes du panier de soins de NGAP en CCAM
 - Un code
 - Un libellé
 - Une base de remboursement
 - Un montant maximum autorisé
 - Un code de transposition (FDA,...)

- Disparition des prothèses résine de 1 à 3 dents

Codes de regroupement

Nbre	Codes	Libellés
1	ADC	Actes de chirurgie
2	ADI	Actes d'imagerie
3	ATM	Actes techniques médicaux (hors imagerie)
4	AXI	Actes de Prophylaxie et Prévention
5	END	Actes d'endodontie
6	IMP	Pose d'implants ou de matériel pour implantologie
7	INO	Actes Inlay-Onlay
8	PAM	Prothèses amovibles définitives métallique
9	PAR	Prothèses amovibles définitives résine
10	PDT	Prothèses dentaires provisoires
11	PFC	Prothèses Fixes Céramiques
12	PFM	Prothèses Fixes Métalliques
13	RPN	Réparations sur prothèse
14	SDE	Soins Dentaires
15	TDS	Parodontologie - tissus de soutien de la dent
16	ICO	Actes Inlay-cores

Facturation AMO

Facturation

Pour être pris en charge par l'AMO

- L'acte doit être inscrit à la CCAM
- Il doit être inscrit sur la liste des actes pris en charge
- Il doit remplir les conditions de réalisation et de facturation décrites dans les notes
- Il doit être effectué par le professionnel de santé

Facturation

- Ne sont facturables à l'Assurance Maladie
 - que les actes pris en charge, un tarif est inscrit = Base de remboursement
 - Un acte non pris en charge n'a pas de montant, il est noté « non pris en charge NPC »



Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euro)
HBLD045	Application dentaire d'un vernis de reminéralisation sur une arcade	1	0	Non pris en charge
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur une dent <i>Indication : acte de prévention en cas de risque carieux ; avant 14 ans 1ère et 2ème molaires permanentes</i>	1	0	21,69

Facturation

- Notes - Indications de réalisation
 - Les actes pris en charge sous conditions de réalisation

07.02.02.04

Prophylaxie buccodentaire

HBBD005

Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur une dent

Indication : acte de prévention en cas de risque carieux ; avant 14 ans 1ère et 2ème molaires permanentes ; le risque carieux doit être impérativement évalué

Facturation

- Notes - Indications de facturation

18.02.07.01 Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif

Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique :

- d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare
- des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires

HBQK040

Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique

[F,U]

Facturation : forfaitaire quel que soit le nombre de clichés réalisés et de séances



Facturation

- Notes - Indications de facturation

HEJD001	Détartrage et polissage des dents	28,92 €
	<i>Facturation : Deux actes au plus peuvent être facturés par période de 6 mois</i> <i>Un détartrage complet doit être réalisé en 1 ou 2 actes maximum</i>	



Code activité

- identifie pour un même acte le nombre d'intervenants nécessaires
- est défini en référence aux règles de l'art. Il est constant et obligatoire.

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euro)	Remb. ss Cdtions	Accord Préalable	Exo. TM	Regrou pement
HBED009 [F, P, S, U]	Réduction de fracture alvéolaire en denture permanente <i>Facturation : peut être facturée avec traitement radiculaire (ZZLP025)</i>	1	0	104,50			1	ADC
HBED015 [F, P, S, U]	Réduction de fracture alvéolaire en denture mixte ou incomplète <i>Facturation : peut être facturée avec traitement radiculaire (ZZLP025)</i>	1	0	104,50			1	ADC

– 1 pour un seul intervenant

– 2 ou 3 pour les autres opérateurs

– 4 pour l'anesthésiste dans les anesthésies générale ou locorégionale

– 5 pour la CEC (surveillance circulation extracorporelle)

Code phase de traitement

- «0» par défaut, lorsqu'il n'y a qu'une seule phase de traitement
 - «1» identifie la première phase de traitement,
 - «2» la deuxième phase,
 - «3» la troisième phase.
- Il n'est pas nécessaire d'inscrire le code phase 0 lors de l'exécution d'actes bucco-dentaire.

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euro)	Rembt. ss Cdtions	Accord Préalable	Exo. TM	Regrou pement
HBED009 [F, P, S, U]	Réduction de fracture alvéolaire en denture permanente <i>Facturation : peut être facturé avec traitement radiculaire (ZZLP025)</i>	1	0	104,50			1	ADC
HBED015 [F, P, S, U]	Réduction de fracture alvéolaire en denture mixte ou incomplète <i>Facturation : peut être facturé avec traitement radiculaire (ZZLP025)</i>	1	0	104,50			1	ADC

Codes modificateurs

- C'est une information associée à un acte. Il identifie un critère particulier pour la réalisation ou la valorisation de l'acte.

HBFD033

[F, N, U]

Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente

(ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK303)

Codes modificateurs

[E, F, N, U]

Modificateur âge (E)

Réalisation d'un acte de radiographie chez un patient de **moins de 5 ans +49%**

Modificateur urgence (F)

Acte réalisé en urgence un **dimanche** ou **jour férié**,

Forfait **19.06 €**

Modificateur -13 ans (N)

Majoration pour traitement des dents permanentes des **enfants de moins de 13 ans +15,70%**

Exemple : Codes modificateurs

- NGAP Obturation sur 16
 - Cavité composée, traitement global intéressant trois faces et plus **SC 17**
 - Enfant de - de 13 ans, Cavité composée, traitement global intéressant trois faces et plus **SC 20**
- CCAM

BR : 40,97€ + 40,97* 15,70% = 47,40 €



Suppléments et gestes complémentaires

HBLD033

Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique

(HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087)

Gestes complémentaires et suppléments : se trouvent sous le libellé

Associations d'actes

- Les associations d'actes correspondent à la réalisation de plusieurs actes
 - dans le même temps
 - pour le même patient
 - par le même praticien
 - pas d'incompatibilité entre les actes
- Code association
 - valeurs de 1 à 5
 - module la valeur de l'acte en fonction des autres

Code association

- **1** signifie que l'acte est tarifé à 100 %.
- **2** signifie que l'acte est tarifé à 50 %.
- **3** signifie que l'acte est tarifé à 75 %.
- **4** signifie que tous les actes de l'association sont tarifés à 100 %, utilisé pour les cas spécifiques
- **5** signifie que les actes sont tarifés à 100 % pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin réalise des actes à des

Association d'actes

- Pour les actes dentaires

L'article III-3 2-g du Livre III précisent les actes bucco-dentaires qui sont associables entre eux, à taux plein, quel que soit leur nombre

Dans ce cas :

- 1° acte
 - 100% de sa valeur ; le code association est 4)

Calcul de la Base de Remboursement

- Après avoir lu les codes associations des actes et après avoir pris connaissance de tous les actes CCAM présents dans la facture, le logiciel de gestion (sesam vitale) calcule la valeur définitive de la base de remboursement des actes CCAM.

Exemple de facturation : Association d'actes

- Adaptation des règles de facturation à notre exercice

Date	Code	Libellé	Dents	Code association	BR	Taux à appliquer au tarif	Honoraire s
16/09/2014	HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	14	4	28,92 €	100%	28,92 €
16/09/2014	HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	15	4	28,92 €	100%	28,92 €
16/09/2014	HBGD036	Avulsion d'une dent permanente sur arcade sans alvéolectomie	16	4	33,44 €	100%	33,44 €
16/09/2014	HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade	53 63	4	25,08 €	100%	25,08 €

Exemple de facturation : Association d'actes

- Pour les 2 actes suivant la règle générale dans une séance
 - les codes association sont 1 pour l'acte de tarif le plus élevé. 2 pour l'autre acte : pour les actes

Date	Code	Libellé	Dents	Code association	BR	Taux à appliquer au tarif	Honoraires
16/09/2014	HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	14	1	28,92 €	100%	28,92 €
16/09/2014	HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents	23 24 25 26	1	41,80 €	100%	41,80 €
16/09/2014	HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents	33 34 35 36	2	41,80 €	50%	20,90 €
16/09/2014	HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade	53 63	1	25,08 €	100%	25,08 €

Exemple de facturation : Association d'actes

- **2 séances**
 - 1ère Tous les actes sont associés entre eux à 100% code 4
 - 2ème 1 acte suivant la règle générale est associé à lui-même

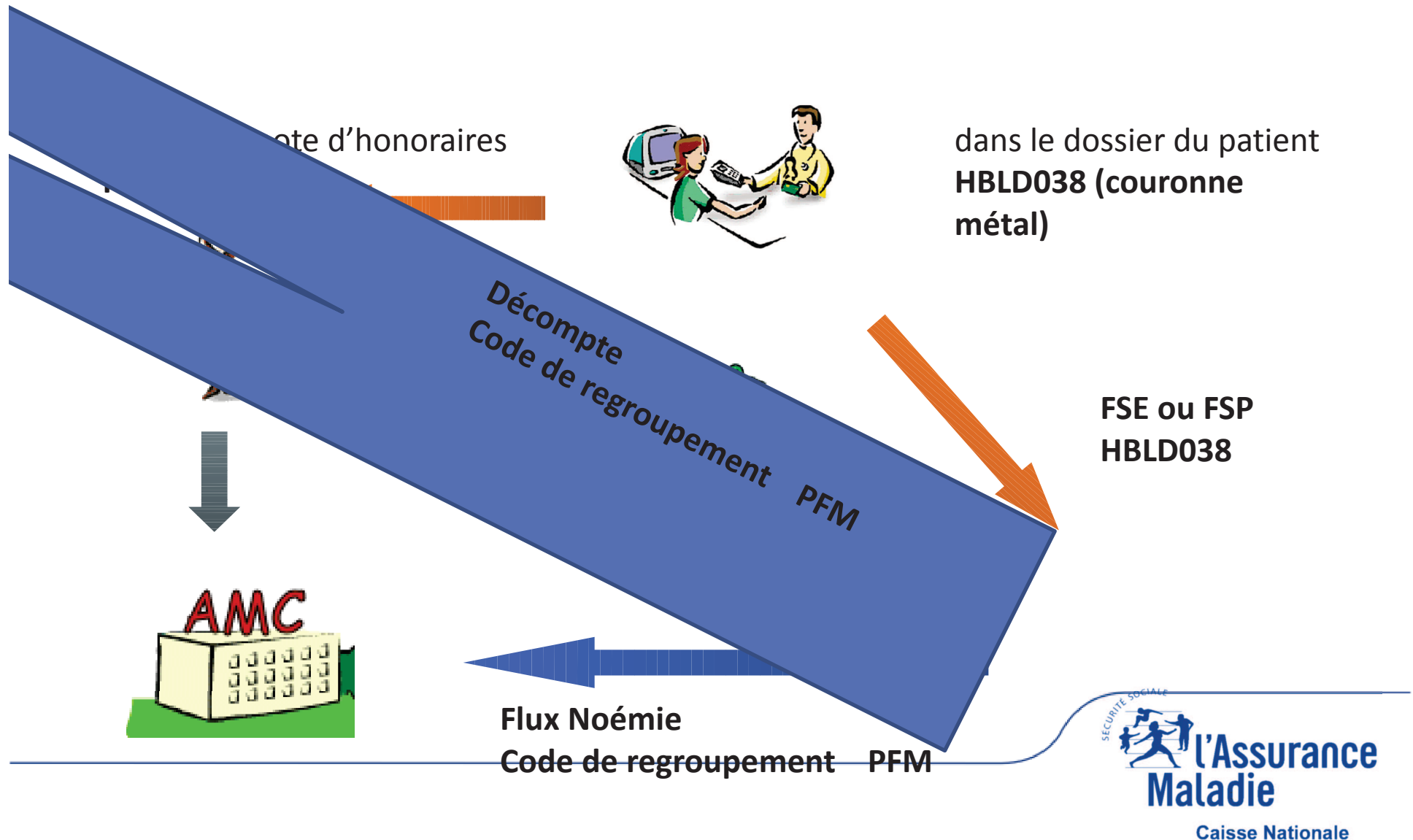
Date	Code	Libellé	Dents	Code association	BR	Taux à appliquer au tarif	Honoraires
01/09/2014	HBGD036	Avulsion d'une dent permanente sur arcade sans alvéolectomie	16	4	33,44 €	100%	33,44 €
01/09/2014	HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade	73 83	4	25,08 €	100%	25,08 €
16/09/2014	HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	14	1	28,92 €	100%	28,92 €
16/09/2014	HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents	23 24 25 26	1	41,80 €	100%	41,80 €
16/09/2014	HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents	33 34 35 36	2	41,80 €	50%	20,90 €
16/09/2014	HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade	53 63	1	25,08 €	100%	25,08 €

Codes de regroupement

- 16 codes agrégés signifiants, sont transmis à la place du code CCAM à l'AMC. Ils correspondent à des familles d'actes de même nature et sont inscrits après chaque libellé dans la base CCAM.
- Ils sont générés automatiquement par les logiciels de télétransmission ou lors de la liquidation.

Codes de regroupement

Codes regroupement



Honoraires

- Acte pris en charge opposable,
 - montant de la base de remboursement calculé par un module Sesam Vitale.
- Acte pris en charge à entente directe,
 - montant de la base de remboursement calculé par un module Sesam Vitale. Honoraires libres
- Acte non pris en charge

Facturation

4 codes

- Code de l'acte ***HBBD005 (obligatoire)***
- Code activité ***1 pour CD (obligatoire)***
- Code phase de traitement ***0***
- Code Association ***4 ou 1 pour 100% 2 pour 50%***

Et éventuellement

- Codes Modificateurs ***4 possibles***

Facturation

Code de l'acte		Code activité	Code phase
Code	Texte	Activité	Phase
HBED009 [F, P, S, U]	Réduction de fracture alvéolaire en denture permanente <i>Facturation : peut être facturé avec traitement radiculaire (ZZLP025)</i>	1	0

Modificateurs

Gestes complémentaires et suppléments

Code association des actes, défini la valeur de l'acte à 100% de la BR ou 50% de la BR

Aide à la facturation

Conseils de contrôles à effectuer lors de la facturation

- Actes non opposables et opposables (liste existante)
- Conditions de prise en charge – notes de paragraphe ou de libellés
 - du détartrage
 - des radios réalisées au cours d'un traitement endodontique

FSE

- **Agrément en version 1.40 obligatoire** du module de télétransmission et du logiciel de gestion pour facturer les actes CCAM.
- Les **SRT** services de réglementation et tarification de la nomenclature CCAM sont
 - inclus dans cette version
 - mis à jour par l'intermédiaire de l'éditeur
 - gérés uniquement par Sesam Vitale.

La feuille de soins

Feuille de soins

Nouvelle feuille de soins

cerfa N° 1000706

feuille de soins bucco-dentaires numéro de facture (à remplir)

CHIRURGIEN DENTISTE ☐ MEDECIN ☐

Art. R. 10-140 et suivants du Code de la médecine dentaire
Art. L. 115 du Code des professions médicales d'urgence et des secours de la guerre

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E) date

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))
nom et prénom
adresse de famille - de naissance - après de nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)
numéro d'inscription
date de naissance

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))
nom et prénom
adresse de famille - de naissance - après de nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)
numéro d'inscription
ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DU PRATICIEN **IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE**

PRATICIEN REMPLACANT
nom et prénom
identifiant

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES ACTES

MALADIE (à compléter si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))
actes en rapport avec une ALO
action de prévention
autre
accident causé par un tiers
non
oui
date

ACTES dispensés au titre de l'art. L. 115
(cf. la notice en verso - il précède de "N°" et les recommandations importantes)

ATMP
numéro
ou
date

des actes effectués et dispensés sont complétés, le caractérisant par le médecin (si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case)
si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous
nom et prénom du médecin

soins d'urgence
urgence
hors médecine d'urgence
médecin traitant remplacé
actes hors coordination

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande :)

date des actes	codes des actes	autres actes (TO...)	montant des honoraires facturés	montant des honoraires facturés	montant des honoraires facturés	montant des honoraires facturés	montant des honoraires facturés	montant des honoraires facturés
localisation anatomique								
localisation anatomique								
localisation anatomique								
localisation anatomique								
localisation anatomique								

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3)

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire
l'assuré(e) 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

FSDSTO 10-2013 S315x

ce

Feuille de soins

accès direct spécifique urgence hors résidence habituelle médecin traitant remplacé accès hors coordination

Feuille de soins

ACTES EFFECTUES									
(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, Indiquez la date de la demande : J J J M M A A A A)									
dates des actes	codes des actes	activités	C, CS V, VS	autres actes (TO,...) éléments de tarification CCAM (modificateurs, association,...)	montant des honoraires facturés ①	dépasse	frais de déplacement		
							I.D. ② M.D.	nbre	I.K. montant ③
J J M M A A A A									
localisation anatomique									
J J M M A A A A									
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)	
l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire ☐	l'assuré(e) 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 ☐

FSDSTO 10-2013 S315x

Feuille de soins

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	activités	C. CS V. VS	autres actes (TO,...) éléments de tarification CCAM (modificateurs, association,...)			montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement				
									I.D. ②	I.K.			
									M.D.	nbre	montant ③		
J J A A A A													
localisation anatomique													

A date de réalisation de l'acte

B numéro des dents concernées, ou **sextant** ou **arcade**

C code de l'acte (7 caractères)

D code **activité** (1 si dentiste seul intervenant , 4 si anesthésie par médecin)

E **Modificateurs** (4 possibles)

F code **Association** (valeurs 1,2,4)

G Remboursement exceptionnel

H Montant de l'honoraire

Dents, sextants, arcades

- Dans le cadre de la NGAP, une prestation correspondant à une seule dent soignée.
- Dans le cadre de la CCAM une prestation peut comporter jusqu'à 16 occurrences de dents soignées.

- *Numérotation sextants et maxillaires :*

01 maxillaire

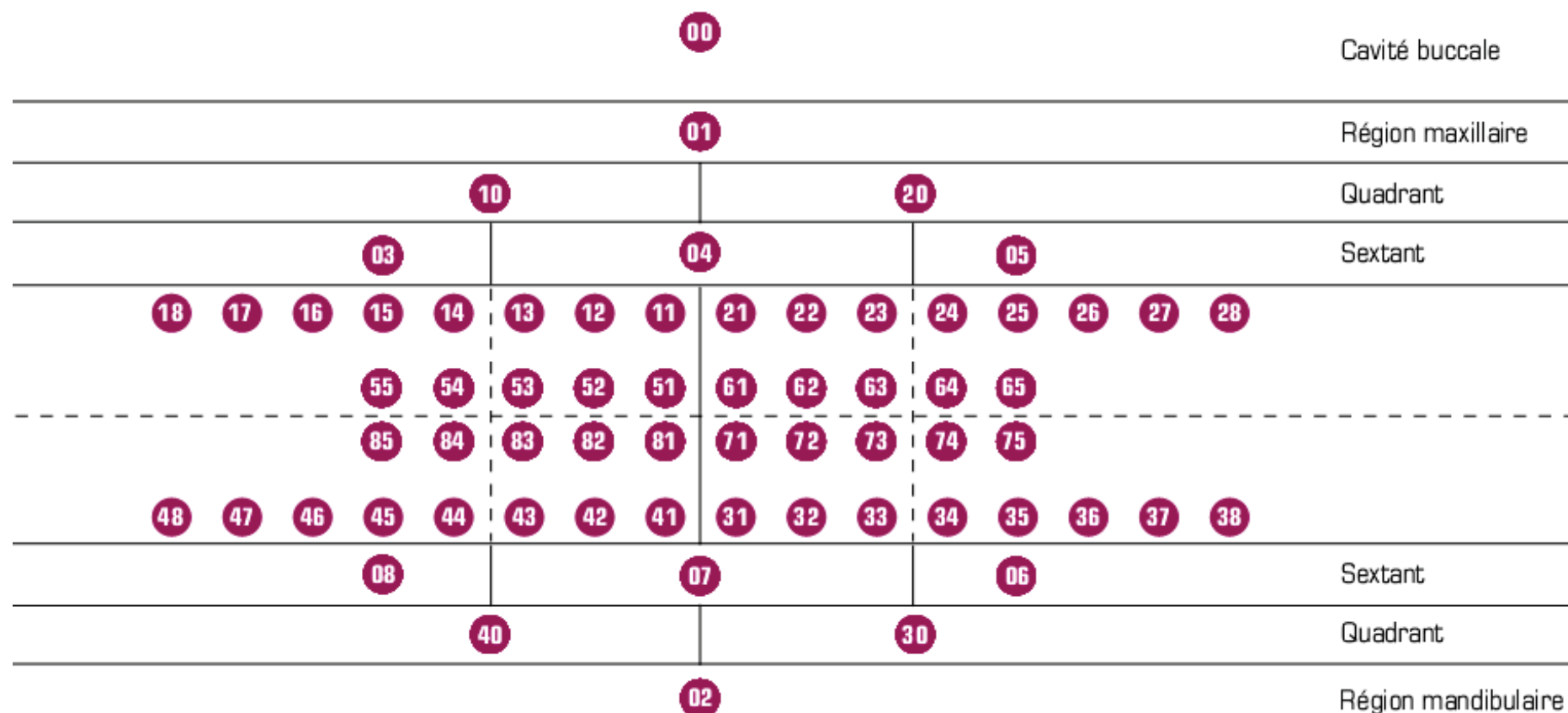
05 Sextant supérieur gauche

02 mandibulaire

06 Sextant inférieur gauche

Dents, sextants, arcades

Norme ISO 3950



Feuille de soins

- Acte NGAP et CCAM
 - Consultation
 - Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade
- (dates différentes)

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	activités	C, CS V, VS	autres actes (TO,...) éléments de tarification CCAM (modificateurs, association,...)	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement			
							I.D. ② M.D.	nbre	I.K. montant ③	
11/09/2014 A			C		23,00					
localisation anatomique										
18/09/2014 A	HBGD037	1			25,08					
localisation anatomique	75 85									
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)	48,08

rance

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€

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	activité	V, VS	éléments de tarification CCAM (modificateurs, association,...)	montants des honoraires facturés ①	département	I.D. ② M.D.	nbre	I.K. montant ③
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								
J J M M A A A A									
localisation anatomique									
PAIEMENT									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					55,36				

rance

Feuille de soins

- Actes en série
 - Avulsion de 10 dents définitives sans alvéolectomie

– Radiographies diagnostique rétroalvéolaires 4

(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)

date des actes	codes des actes	activités	C, CS V, VS	autres actes (TO,...) éléments de tarification CCAM (modificateurs, association,...)	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ② M.D.	nbre	I.K. montant ③
11/09/2014 A	HBGD064	1		4	183,92				
localisation anatomique	07 14 34 35 26								
11/09/2014 A	HBQK443	1		4	31,92				
localisation anatomique	14 26 11 34								
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)					215,84				

rance

Feuille de soins

- Acte d'orthodontie
 - Facturation d'un semestre

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	activités	C, CS V, VS	autres actes (TO,...) éléments de tarification CCAM (modificateurs, association,...)	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement				
							I.D. ② M.D.	nbre	I.K. montant ③		
11/09/2014 A				TO 90	XXX,00						
localisation anatomique ➡											
J J M M A A A A											
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)	XXX,00

rance

Résumé

NGAP

Sans codage

Libellé non standardisé

Fréquence des actes approximative

Lettre clé + coefficient

SC 17 = 40,97 €

Montant des lettres clés paramétrable

Un seul numéro de dent par acte

Informatique conseillée

Sesam vitale 1.31

CCAM

Codage

Libellé standardisé, Liste médicale des actes

Représentation globale de l'activité dentaire

Actes complémentaires

Coefficient majoration

HBMD038 = 40,97 €

Montant calculé par un module Sésam Vitale

Plusieurs numéros de dents possibles par

Informatique indispensable

Sesam Vitale 1.40

Avenant 3

Présentation des mesures

Mise en œuvre du dispositif de prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes

- Modalités :

- Prise à charge à 100% avec dispense d'avance des frais d'un examen de prévention du 4ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour après l'accouchement.
- Contenu de l'examen : anamnèse, examen bucco-dentaire et éducation sanitaire.
Réalisé par les CD libéraux, et à compter du 1er juin 2014 par les stomatologues.
- Tarifs de l'examen et des éventuelles radios associées : identiques à ceux de l'EBD enfants, avec dispense d'avance des frais :
 - **BDC** (examen simple) : **30€**
 - **BR2** (examen avec 1 ou 2 radiographies intrabuccales) : **42€**
 - **BR4** (examen avec 3 ou 4 radiographies intrabuccales) : **54€**

Soins consécutifs à l'examen réalisés entre le 4ème et le 6ème mois de grossesse : prise en charge à 70 % À partir du 6ème mois de grossesse, prise en charge au titre du risque maternité et donc à 100%.

- Envoi des invitations à réception de la déclaration de grossesse : courrier, imprimé de prise en charge spécifique, et 2 fiches conseils d'hygiène bucco-dentaire pour la mère et son bébé.



Entrée en vigueur légale : 1er décembre 2013, mais compte tenu de l'impact de sa mise en œuvre sur nos systèmes d'informations, le dispositif n'est effectif et ne pourra être facturé qu'au plus tôt à la mi-février 2014.

Instances conventionnelles nationales : intégration de l'UNOCAM

L'UNOCAM est partenaire conventionnel, au même titre que l'UNCAM et les syndicats représentatifs, par sa signature des avenants 2 et 3. C'est à ce titre que l'avenant 3 intègre l'UNOCAM au sein de la Commission Paritaire Nationale des chirurgiens-dentistes dans le cadre d'une organisation spécifique.

- Création de deux formations au sein de la CPN :
 - *formation plénière : participation de l'UNOCAM*
 - dispose d'un siège avec voix délibérative au sein de la section sociale
 - le président de la section professionnelle a 2 voix en cas de vote
 - missions : études et suivies des modalités de mise en œuvre des mesures conventionnelles; prépare et propose toute nouvelle mesure conventionnelle.
 - *formation restreinte : sans la participation de l'UNOCAM*
 - Missions relatives à tous les sujets n'intéressant que les relations bilatérales entre les caisses de régimes obligatoires et les professionnels de santé (suivi du respect des dispositions conventionnelles, suivi des travaux des instances paritaires régionales et locales, etc...)

Aménagements de la procédure conventionnelle

- **Motifs d'aménagements :**
 - 1 - Pour les ODF : procédure antérieure peu adaptée à la spécificité du mode de facturation et de pratique des spécialistes en ODF, qui est semestrielle.
 - 2 - Le délai d'un mois laissé initialement au chirurgien-dentiste pour modifier sa pratique ne permettait pas un recul suffisant pour apprécier les éventuelles modifications de comportement du professionnel.
- **Aménagements :**
 - Délai est porté à 8 mois pour les spécialistes en ODF pour modifier leur pratique après avertissement de la caisse et précision des faits reprochés,
 - Passage de ce même délai, pour les autres CD, de un mois à deux mois.



Applicable depuis le 1er décembre 2013

Mesures diverses

- Revalorisation tarifaires au 1er juin 2014 :
 - VS à 23 € en France métropolitaine
 - CS et VS à 25,30€ aux Antilles
 - CS et VS à 27,60€ en Guyane, à la Réunion et à Mayotte
- Contrat incitatif chirurgien-dentiste dans le cadre du dispositif démographique :
 - Précisions sur possibilité de cumul des deux options, pour le chirurgien-dentiste nouvellement installé (option 1 et option 2)
 - Création de deux formulaires distincts :
 - 1 Formulaire Option 1 : aide à l'installation en zone très sous dotée
 - 1 Formulaire Option 2 : aide au maintien en zone très sous dotée
- Devis dentaire : adaptation du modèle de devis pour le passage au 1er juin 2014 à la CCAM (ex: intégration du code CCAM)

Merci de votre attention



**l'Assurance
Maladie**

Caisse Nationale