



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-80/2003

Document consultable dans Médi@m

Date :

19/06/2003

Domaine(s) :

Risques maladie

Nouveau	☐
Modificatif	☒
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Couverture Maladie
Universelle

Liens :

LR-DSM-15/2003

Plan de classement :

45 221

Emetteurs :

DSM DRM

Pièces jointes : 5

à Mesdames et Messieurs les

☒ Directeurs	☒ CPAM	☒ CRAM	☐ URCAM
	☐ UGECAM	☒ CGSS	☐ CTI
☐ Agents Comptables			
☒ Médecins Conseils	☒ Régionaux	☒ Chef de service	
	☒ Médecin Chef de la Réunion		

Pour information

Résumé :

La présente circulaire annule et remplace la circulaire 94/2002 du 5 juillet 2002. Elle a pour but d'actualiser les modalités pratiques du traitement des dossiers dentaires dans le cadre de la CMU Complémentaire après la suppression de l'entente préalable pour la majorité des actes bucco-dentaires, à l'exception de l'ODF.

Mots clés :

Entente préalable ; CMU Complémentaire

Le Médecin Conseil National

Hubert ALLEMAND

**Le Directeur
Délégué aux Risques**

P.J. LANCERY

CIRCULAIRE : 80/2003

Date : 19/06/2003

Objet : Couverture Maladie Universelle

Affaire suivie par : Monsieur Docteur GERARD – 01.42.79.34.49
Madame Docteur CHAMODOT – 01.42.79.34.42
Madame BOUILLE-AMBROSINI – 01.42.79.35.72

I - Objectif de la circulaire :

Après publication au JO du 21 mars 2003, de l'arrêté interministériel du 11.03.2003 qui supprime la formalité de l'entente préalable pour la plupart des actes bucco-dentaires, à l'exception de l'orthopédie dento-faciale (ODF), la présente circulaire a pour objet d'actualiser les modalités pratiques du traitement des dossiers dentaires dans le cadre de la CMU Complémentaire.

II - Rappel des principes généraux :

La ***loi n°99-641 du 27 juillet 1999*** a porté création d'une couverture maladie universelle, qui (art 1^{er}) *garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie (CMU de base) et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais (CMU complémentaire).*

A cette fin, l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale définit les conditions de prise en charge par la CMU complémentaire : tiers payant et exonération du ticket modérateur pour toutes les prestations en nature remboursables, ainsi que du forfait journalier en cas d'hospitalisation. Il est également prévu, dans des limites réglementairement fixées, la prise en charge de certaines dépenses de santé, en sus du ticket modérateur et notamment en matière de prothèse dentaire et d'orthopédie dento-faciale (ODF), **pour des prestations strictement énumérées.**

Les arrêtés du 31.12.1999 et du 15.01.2000, modifiés par l'arrêté du 10.04.2002, fixent la limite applicable à ces dépassements pour les actes de prothèse et d'ODF, **sans qu'aucune entente directe entre le praticien traitant et l'assuré ne soit possible**. Les bénéficiaires de la couverture complémentaire CMU ne peuvent donc en aucun cas se voir appliquer des prix supérieurs à ceux réglementairement fixés.

III - Schéma général de traitement d'un dossier dentaire dans le cadre de la CMU complémentaire :

La suppression de l'entente préalable concerne l'ensemble des soins dentaires pris en charge par la CMU complémentaire, à l'exception de l'ODF.

En conséquence, les circuits de traitement des dossiers décrits par la circulaire 94/2002 du 5 juillet 2002 sont annulés, sauf pour l'ODF (cf.§ IV),

1. Facturation des actes et codes de transposition CMU complémentaire :

Afin d'améliorer la qualité et la rapidité des circuits de liquidation, les praticiens traitants peuvent adresser les facturations transcodées par télétransmission, désormais possible ou faire figurer le code de transposition directement sur la feuille de soins « papier ».

A cette fin, **le service médical** assure la diffusion du tableau de transposition auprès des praticiens qui le demandent, afin de respecter les règles inhérentes au respect du secret médical.

- Feuilles de soins électroniques :

Les dispositions de la circulaire DSS/2A/2000-240 du 27 avril 2000, selon lesquelles la facturation des honoraires du praticien ne pouvait être effectuée, pour des soins dentaires prothétiques, qu'au moyen d'une feuille de soins papier, deviennent caduques.

En effet, eu égard au nombre de documents qui devaient être transmis, il était considéré que la complexité des échanges entre les différents intervenants (praticiens, organismes d'assurance maladie, organismes complémentaires) rendait impossible la télétransmission des feuilles de soins.

Ces formalités, liées à l'entente préalable, étant à présent supprimées, la facturation par feuille de soins électronique est donc désormais possible, dès lors que le professionnel a eu communication, par le service médical, des codes de transposition.

- Feuilles de soins papier :

Après exécution des actes, le praticien traitant transmet, à la CPAM, les documents de facturation sur lesquels doit figurer la mention « CMU C ». La caisse en communiquera, le cas échéant, une copie à l'organisme complémentaire gérant la CMU du patient.

Les chirurgiens dentistes peuvent indiquer le code CMU de l'acte réalisé sur la feuille de soins papier, en sus de la cotation NGAP.

Lorsque le liquidateur ne pourra pas identifier les actes du panier de biens et services, il se rapprochera du service médical qui, après avoir interrogé le chirurgien-dentiste traitant, assurera le transcodage des actes ou reportera la mention « NGAP », nécessaires au règlement (cf. lettre-réseau LR-DSM 15/2003 du 1/04/03).

2. Devis établi par le chirurgien dentiste traitant :

Eu égard aux dépassements tarifaires autorisés dans les limites fixées par l'arrêté du 31.12.1999 modifié par les arrêtés du 15.01.2000 et du 10.04.2002, le chirurgien dentiste est toujours tenu d'établir un devis, selon les mêmes modalités que précédemment. Cependant, l'assuré n'a plus à le transmettre au service médical et le garde donc désormais en sa possession.

3. Prise en charge des soins dentaires prothétiques par la CMU complémentaire :

Eu égard aux dispositions de l'arrêté interministériel du 11.03.2003 précité, la règle définie par la circulaire ministérielle DSS/SDFGSS n°200/424 du 21 juillet 2000, selon laquelle la date d'imputation à retenir pour ces actes était la date de l'entente préalable, est désormais caduque.

En l'état actuel des textes, la seule date pouvant être retenue est donc la date de facturation.

Les professionnels doivent donc porter attention aux dates de validité du droit à la CMU complémentaire figurant sur la carte Vitale ou sur l'attestation de droits « papier » et procéder à une facturation acte par acte.

IV – Schéma général de traitement d'une entente préalable dentaire d'ODF en CMU complémentaire :

La formalité de l'entente préalable demeurant pour ces actes, les circuits définis dans la circulaire 94/2002 du 5 juillet 2002 sont inchangés.

Les graphiques 1 et 2 joints (annexe 1) rappellent le schéma général du traitement d'une entente préalable d'ODF par les différents acteurs : praticien traitant, patient, service

médical, services administratifs des organismes obligatoires et complémentaires. Dans ces graphiques, la procédure matérialisée par la flèche 3 concerne le service médical.

Les modalités de traitement d'une entente préalable en ODF par le service médical, dans le cadre de la CMU complémentaire, telles que définies au paragraphe IV de la circulaire 94/2002 précitée ne sont donc pas remises en cause.

Le traitement de ces dossiers se limite ainsi au codage des actes inscrits à la NGAP et demandés.

Pour chaque traitement soumis à entente préalable dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle complémentaire, le contrôle dentaire vérifie que la nature du traitement est conforme aux libellés de l'annexe de l'arrêté du 31.12.1999 ainsi que des arrêtés rectificatifs du 15.01.2000 et du 10.04.2002.

Le volet administratif de l'EP est retourné aux caisses avec le seul tampon indiquant la date de réception, accompagné de l'annexe renseignée (annexe 3) qui permet :

- la tarification par l'organisme assurant la couverture complémentaire,
- l'information par les services administratifs, du praticien traitant et de l'assuré (annexe 4) préalablement à l'exécution du traitement, du montant dont le praticien sera honoré par le (ou les) organisme(s),
- le versement par la caisse des honoraires au praticien, après exécution du traitement.

Remarques préalables au traitement du document

- a) le service médical complète uniquement les nom, prénom et numéro de Sécurité Sociale de l'assuré.
- b) le service médical remplit **au maximum la colonne traitement**. **Il n'est pas dans les attributions du service médical de renseigner les colonnes « tarification par l'organisme ».**

Le contrôle dentaire indique, pour chaque traitement, le "code liquidation" (selon table de codage - annexe 2) sous réserve que sa nature soit conforme au panier de biens et services. Dans le cas contraire, le contrôle dentaire porte la mention « NGAP » et rappelle la cotation du traitement, signifiant ainsi une prise en charge limitée au tarif de responsabilité de la caisse (100 % NGAP).

V - Contrôles en CMUC

Il s'agit d'un contrôle a posteriori au sens de la circulaire DSM n° 42/2002 du 01.03.2002, portant sur la régularité de facturation et la qualité d'exécution des actes entrant dans le cadre de l'activité ASP.

VI - Recueil de l'activité du contrôle dentaire, spécifique à la CMUC

Ce recueil concernera le codage ou le report de la mention NGAP, pour les traitements soumis à entente préalable en ODF (cf. annexe 5) et, à la demande du service administratif, pour les actes non soumis à entente préalable mais pour lesquels le liquidateur ne pourra pas identifier les actes du panier de biens et services.