

La CMU complémentaire

25 octobre 2017

Vous recevez un patient bénéficiaire de la CMU complémentaire : le point sur ce dispositif et sur les modalités de tarification, de facturation et de tiers payant à appliquer.

Qu'est-ce que la CMU complémentaire ?

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) permet à toute personne dont les ressources sont inférieures à un certain montant, et résidant en France de façon stable et régulière, de bénéficier d'une protection complémentaire gratuite.

La CMU complémentaire assure, avec dispense totale d'avance de frais :

- la prise en charge du ticket modérateur (c'est-à-dire de la partie non remboursée par l'Assurance Maladie) sur les honoraires et les actes des professionnels de santé, les médicaments remboursables et les frais d'hospitalisation ;
- l'exonération de la participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations ou actes médicaux, les examens de radiologie et les analyses médicales ;
- l'exonération de la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires ;
- la prise en charge du forfait journalier en cas d'hospitalisation (sans limitation de durée) et l'exonération du forfait de 18 euros ;
- et, dans la limite de tarifs fixés par arrêtés, la prise en charge des frais dépassant les montants remboursables par l'Assurance Maladie pour les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale (ODF), les lunettes (verres et monture), les prothèses auditives, et d'autres produits et appareils médicaux (pansements, cannes, fauteuils roulants, etc.).

À noter :

- Les droits à la CMU complémentaire sont accordés :
 - à toutes les personnes constituant le foyer (le demandeur, son conjoint ou concubin ou partenaire Pacs et les personnes à charge) ;
 - pour une année, et sont renouvelables chaque année après examen d'une nouvelle demande.
- En cas de non renouvellement de ses droits à la CMU complémentaire :
 - votre patient peut toutefois continuer de bénéficier pendant 12 mois de la dispense d'avance des frais sur la partie prise en charge par l'Assurance Maladie, sur présentation d'une attestation de tiers payant ; dans cette situation, votre patient vous règle directement la part non prise en charge par l'Assurance Maladie uniquement ;
 - il peut également, si ses ressources sont supérieures - dans la limite de 35 % - au plafond fixé pour l'attribution de la CMU complémentaire, bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Justificatifs de droits à la CMU complémentaire

Pour justifier de ses droits à la CMU complémentaire, votre patient doit vous présenter **sa carte Vitale à jour**.

La mention « Date de fin de droits » qui y figure est la preuve de l'ouverture de ses droits à la CMU complémentaire, valides jusqu'à la date indiquée.

Si votre patient n'a pas de carte Vitale ou si elle n'est pas à jour, ou si vous n'êtes pas équipé en Sesam-Vitale, demandez-lui de vous présenter son attestation papier de droits à la CMU complémentaire, mentionnant la liste des bénéficiaires et les dates de début et de fin de droits à la CMU complémentaire.

Tarification, facturation, tiers payant

Les modalités de tarification, de facturation et de tiers payant applicables à un patient bénéficiaire de la CMU complémentaire sont spécifiques pour les actes dentaires, les prothèses dentaires et les traitements d'orthodontie dento-faciale (ODF).

Les actes dentaires

Pour les actes dentaires (consultations, soins conservateurs et chirurgicaux, actes de radio-diagnostic), vous êtes tenu de respecter les tarifs conventionnels en vigueur, ceux fixés par la CCAM, et d'appliquer le tiers payant avec dispense totale d'avance de frais à un patient bénéficiaire de la CMU complémentaire, sous réserve que celui-ci ait justifié de ses droits à la CMU complémentaire. Vos honoraires vous seront versés directement par l'Assurance Maladie.

Dépassement d'honoraires

Vous ne devez pas facturer de dépassement d'honoraires, même si vous disposez d'un droit permanent à dépassement (DP), sauf en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient (par exemple un rendez-vous en dehors des heures habituelles de consultation).

Dans cette situation, le dépassement « DE » n'est jamais pris en charge par l'Assurance Maladie, il n'est pas non plus pris en charge au titre de la CMU complémentaire. Il reste à la charge du patient qui vous le règle directement, lors de la consultation.

Les prothèses dentaires et les traitements d'ODF inclus dans le panier de soins CMU-C

Les prothèses dentaires et les traitements d'ODF sont pris en charge au titre de la CMU complémentaire au-delà des montants remboursables par l'Assurance Maladie et dans la limite de tarifs fixés par arrêtés*. C'est ce qu'on appelle « **le panier de soins CMU-C** » (PDF, 262.64 K).

Vous êtes tenu de respecter ces tarifs et d'appliquer le tiers payant avec dispense totale d'avance de frais à un patient bénéficiaire de la CMU complémentaire, sous réserve que celui-ci ait justifié de ses droits à la CMU complémentaire.

Vos honoraires vous seront versés directement par l'Assurance Maladie.

À noter :

- Avant de commencer un traitement concernant des prothèses dentaires, vous devez établir et remettre à votre patient un devis avec la mention « CMU complémentaire ».
- Avant de commencer un traitement d'ODF, vous devez établir une demande d'entente préalable accompagnée d'un devis avec la mention « CMU complémentaire », à adresser au chirurgien-dentiste-conseil de la caisse d'assurance maladie de votre patient. Cette dernière notifiera, dans les plus brefs délais, un accord de prise en charge sur le montant couvert.

* arrêtés du 19 avril 2017 (publié au JO du 25 avril 2017)

Les prothèses dentaires et les traitements d'ODF au-delà du panier de soins CMU-C

Certains actes de prothèses dentaires et de traitements d'ODF peuvent, en cas d'exigence particulière du bénéficiaire de la CMU complémentaire, faire l'objet d'une alternative thérapeutique au-delà de ce que prévoit le panier de soins CMU-C.

C'est le cas, par exemple, d'une couronne céramo-métallique sur les deuxièmes prémolaires et les molaires, et sur les multi-attaches en céramique pour l'orthopédie dento-faciale (ODF).

Les actes concernés

Deux types d'actes peuvent faire l'objet d'une alternative thérapeutique :

- en matière d'actes de prothèses dentaires : pose de couronne dentaire céramo-métallique ou en équivalents minéraux (pour couronnes dentaires céramo-métalliques sur 2^e prémolaire et molaire, hors éléments céramo-céramiques) ;
- en matière d'actes d'ODF : traitement multi-attaches en céramique.

La facturation

Pour ces actes, il vous 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, vous êtes tenu de remettre à votre patient **un devis descriptif** (à l'instar du devis prévu par la convention nationale des chirurgiens-dentistes pour les traitements pouvant faire l'objet d'une entente directe), 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, portez la mention « **ED** » (entente directe) sur la feuille de soins et utilisez les codes de transposition **FPC** et **FPO** :

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

- **FPO** désigne « forfait orthodontie hors panier de soins CMU-C ». Ce code correspond au traitement d'ODF avec multi-attaches en céramique.

Remplir la feuille de soins

Les modalités sont différentes selon le support utilisé.

Feuille de soins papier

Lorsque vous remplissez une feuille de soins papier :

1. Indiquez un acte par ligne. Dans la colonne « codes des actes », indiquez le code CCAM et sur la ligne suivante, dans la colonne « autres actes », indiquez le code de transposition (exemple FDC, FDA, FDR, FPC ou FPO).
2. Dans la colonne « Motif du dépassement », portez la mention « ED » uniquement en cas de réalisation d'actes non-inscrits au panier de soins CMU-C.
3. Pour chaque acte CCAM et code de transposition, indiquez le montant des honoraires facturés.
4. Cochez les cases « l'assuré n'a pas payé la part obligatoire » et « l'assuré n'a pas payé la part complémentaire ».

Actes soumis à entente préalable

Pour les actes soumis à entente préalable, indiquez uniquement les actes mentionnés sur la notification de la caisse d'assurance maladie ou de l'organisme complémentaire comme étant pris en charge.

Dans cette situation, n'oubliez pas de joindre, soit l'avis formulé par le contrôle dentaire, soit la notification de la caisse d'assurance maladie ou de l'organisme complémentaire.

Feuille de soins électronique (FSE)

La carte Vitale de votre patient doit porter la mention des droits à la CMU complémentaire.

Dans ce cas, le code 9999999 7 (si la CMU complémentaire est gérée par la CPAM) ou 8888888 8 (si la CMU complémentaire est gérée par un autre organisme) s'inscrit sur la FSE. Respectez alors la procédure classique des FSE.