

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON

DROIT MEDICAL APPLIQUE A L'ODONTOLOGIE
5^{ème} ANNEE - D3

CLASSIFICATION COMMUNE

DES ACTES MEDICAUX

CCAM

Docteur Roland CHABERT
Chirurgien-dentiste conseil chef

Caisse nationale d'assurance maladie
des travailleurs salariés
Direction régionale du service médical Rhône-Alpes

**Arrêté du 26 novembre 2013 portant approbation de l'avenant
n° 3 à la convention nationale organisant les rapports entre les
chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie signé le 31 juillet 2013
(JO du 30 novembre 2013)**

**Décision du 15 octobre 2013 de l'Union nationale des caisses
d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris
en charge par l'assurance maladie (JO du 08.12.2013)**

La classification commune des actes médicaux (CCAM)

est consultable sur www.ameli.fr

Rubrique Vous êtes professionnel de santé

Sommaire

	page
Introduction à la CCAM	6
Livre I	
Dispositions générales	7
Article I-3	8
Article I-4	9
Article I-6	10
Article I-7	11
Article I-8	12
Article I-9	12
Article I-10	12
Article I-11	13
Article I-12	13
Article I-13	14
Livre II	
Chapitre 7	
Appareil digestif	
07.01	
Actes diagnostiques sur l'appareil digestif	
07.01.04	
Radiographie de l'appareil digestif	
07.01.01.01	17
07.01.08.01	21
07.02	
Actes thérapeutiques sur la bouche et l'oropharynx	
07.02.02	
Actes thérapeutiques sur les dents	
07.02.02.01	22
07.02.02.02	22
07.02.02.03	23
07.02.02.04	23
07.02.02.05	25
07.02.02.06	27
07.02.02.07	29
07.02.02.08	29
07.02.02.09	30
07.02.02.10	31
07.02.02.11	33
07.02.02.12	36
07.02.02.13	38
07.02.02.14	38
07.02.02.15	38
07.02.03	
Soins prothétiques - Prothèses dentaires	
07.02.03.01	39
07.02.03.02	40
07.02.03.03	41
07.02.03.04	45
07.02.03.05	46

07.02.03.06	Adjonction ou changement d'élément soudé de prothèse dentaire	47
07.02.03.07	Réparation de prothèse dentaire	48
07.02.03.08	Ablation de matériel dentaire scellé ou implanté	49
07.02.05	Actes thérapeutiques sur le parodonte	
07.02.05.01	Curetage périapical dentaire	50
07.02.05.02	Actes thérapeutiques sur le parodonte par soustraction	50
07.02.05.03	Actes thérapeutiques sur le parodonte par addition	51
07.02.05.04	Autres actes thérapeutiques sur le parodonte	52
Chapitre 11	Appareil ostéoarticulaire et musculaire de la tête	
11.02	Actes thérapeutiques sur le squelette du crâne et de la face	
11.02.05	Autres actes thérapeutiques sur le crâne et la face	
11.02.05.01	Evacuation et drainage de collection du crâne et de la face	54
11.02.05.02	Pose d'implant osseux sur le crâne et la face	55
11.02.05.03	Pose de moyen de liaison sur implant intra-osseux intrabuccal	59
11.02.05.04	Dégagement et activation d'implant osseux du crâne et de la face	62
11.02.05.05	Ablation de matériel osseux sur le crâne et la face	65
11.02.05.06	Autres actes thérapeutiques sur le squelette du crâne et de la face	69
11.05.02	Autres appareillages sur le crâne et la face	70
Chapitre 18	Anesthésies complémentaires et gestes complémentaires	
18.02	Gestes complémentaires	
18.02.07.01	Radiographie peropératoire de l'appareil digestif	73
18.02.07.06	Soins prothétiques - Gestes complémentaires en prothèse plurale fixée	74
Chapitre 19	Adaptations pour la CCAM transitoire	
19.02	Suppléments	
19.02.11	Soins prothétiques - Suppléments pour prothèse amovible	76
19.03	Modificateurs	
19.03.01	Urgence	78
19.03.02	Age du patient	78
Livre III	Dispositions diverses	79
Annexe 1	Valeur monétaire et pourcentage des modificateurs	83
Annexe 2	Règles d'association	83
La nomenclature générale des actes professionnels		85

Introduction à la CCAM

La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) est la liste des actes médicaux techniques, codée, commune aux secteurs privé et public, qui permet la description de l'activité médicale. La liste établie par la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (mise en œuvre au Livre II de la décision du 11 mars 2005) est la liste des actes de la CCAM pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie. Elle remplace la NGAP pour tous les actes relevant de son champ d'application, affectés d'un tarif. Les dispositions générales qui s'y appliquent sont décrites dans les livres I et III de la décision de l'UNCAM correspondant respectivement aux Dispositions générales et Dispositions diverses.

Des nouveaux libellés plus adaptés à la pratique médicale actuelle

Les libellés sont classés dans 17 chapitres selon les grands appareils.

Un acte technique = un code CCAM = un tarif.

Dans le chapitre 18 figurent les anesthésies complémentaires et les gestes complémentaires de l'acte principal.

Prise en charge des actes de la CCAM

Les actes décrits à la CCAM se répartissent en 4 familles :

- pris en charge et remboursables,
- pris en charge mais non affectés d'un honoraire, par exemple actes pris en charge sous forme de forfaits ou pris en charge uniquement en secteur public,
- pris en charge et remboursables sous conditions, par exemple actes remboursables s'il s'agit de réparation d'un traumatisme, mais non remboursables s'il s'agit d'esthétique,
- non pris en charge.

La rubrique "admission au remboursement" permet de distinguer parmi les actes affectés d'un tarif, les actes :

- pris en charge et remboursables : "admission au remboursement" est 1,
- pris en charge et remboursables sous conditions : "admission au remboursement" est 3.

Tous les actes sans tarif, qu'ils soient pris en charge mais non affectés d'un honoraire ou non pris en charge, ont "admission au remboursement" égal à 2.

Dans les décisions de l'UNCAM, seuls figurent les actes pris en charge.

Livre I

DISPOSITIONS GENERALES

Article I-1

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, s'impose aux médecins et chirurgiens-dentistes pour communiquer aux organismes d'assurance maladie, tout en respectant le secret professionnel et dans l'intérêt du patient, les actes et prestations effectués selon les modalités de facturation qui conditionnent leur prise en charge par l'assurance maladie. Si un acte n'est pas inscrit dans la liste, il ne peut pas être pris en charge.

Article I-3 **Codage**

Tout acte de la liste est identifié par un code auquel correspond un libellé. Le code principal comporte sept caractères : les quatre premiers précisent la topographie, l'action, le mode d'accès et la technique, les trois derniers constituent un compteur aléatoire.

Ce code principal est complété par un ou plusieurs codes activité et codes phase de traitement mentionnés à l'article I-6. Ces trois codes sont obligatoires et doivent être inscrits chacun dans une zone particulière de la feuille de soins mentionnée à l'article R 161-40 du code de la sécurité sociale :

- le code activité identifie les gestes réalisés au cours d'un même acte par des médecins et/ou des chirurgiens-dentistes différents : le code "1" correspond au geste principal, le code "2" correspond au 2^{ème} geste éventuel, le code "3" correspond au 3^{ème} geste éventuel, le code "4" correspond au geste d'anesthésie générale ou locorégionale, le code "5" correspond à la surveillance d'une circulation extracorporelle (CEC) par un médecin autre que celui qui effectue l'intervention chirurgicale ;
- le code phase de traitement identifie les différentes phases d'un traitement lorsqu'elles existent : le code "1" identifie la première phase de traitement, le code "2" la deuxième phase, le code "3" la troisième phase. Par défaut, lorsqu'il n'y a qu'une seule phase de traitement, le code est "0".

Sur la feuille de soins bucco-dentaires, le médecin ou le chirurgien-dentiste doit mentionner la localisation anatomique définie par la norme internationale ISO-3950 (numéro de dent, de sextant, de quadrant ou d'arcade) dans la zone particulière prévue à cet effet.

Trois codes supplémentaires sont facultatifs : le code remboursement exceptionnel mentionné à l'article I-4, le code modificateur mentionné à l'article I-9, le code association mentionné à l'article I-11.

Un acte ne peut être codé qu'à l'issue de sa complète réalisation, à l'exception des actes qui comportent plusieurs codes phase de traitement. Toutefois, quand l'acte thérapeutique initialement prévu n'a pas pu être réalisé dans son intégralité, le médecin ou le chirurgien-dentiste code l'acte effectivement réalisé.

Article I-4 **Prise en charge**

Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les organismes d'assurance maladie les actes effectués personnellement par un médecin ou un chirurgien-dentiste, sous réserve que ce dernier soit en règle avec les dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de sa profession.

Les médecins et les chirurgiens-dentistes sont tenus de respecter les conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation des actes et prestations figurant dans la liste.

Par ailleurs, un acte ou une prestation ne peut être pris en charge que si sa réalisation est conforme aux indications prises en application de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale concernant les dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que médicaments et prestations associées, et l'article L. 162-17 du même code concernant les médicaments spécialisés.

Pour les actes qualifiés de remboursables sous conditions, le médecin ou le chirurgien-dentiste porte le code remboursement exceptionnel "X" sur la feuille de soins. Ce code indique que l'acte a été réalisé dans les conditions précisées dans le Livre II. Si l'acte n'est pas réalisé dans les conditions exigées, il ne peut pas être présenté au remboursement.

Certains actes font l'objet d'un accord préalable du contrôle médical. Ces actes sont repérés dans la liste par les lettres "AP". Ils ne sont pris en charge qu'à la condition d'avoir reçu l'avis favorable du contrôle médical, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

1. Quand l'acte est soumis à cette formalité, le praticien qui dispense cet acte (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, auxiliaire médical) est tenu, préalablement à son exécution, d'adresser au contrôle médical une demande d'accord préalable remplie et signée. Les demandes d'accord préalable sont établies sur des imprimés conformes aux modèles arrêtés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
2. Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la date de réception de la demande d'accord préalable. La réponse de la caisse d'assurance maladie doit être adressée au malade et en copie au praticien, au plus tard le quinzième jour à compter de la date de réception de la demande par le service du contrôle médical, la caisse ou la mutuelle.
3. Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent article préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par l'assurance maladie, l'absence de réponse, pendant plus de quinze jours de l'organisme, sur la demande de prise en charge équivaut à un accord. Dans ce cas, le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à l'organisme d'assurance maladie sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.
4. Lorsque la demande est incomplète, l'organisme d'assurance maladie indique au demandeur les pièces manquantes indispensables à l'instruction et fixe un délai pour leur réception. Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la réception des pièces requises.

Lorsqu'il y a urgence manifeste, le médecin ou le chirurgien-dentiste dispense l'acte mais remplit néanmoins la demande d'accord préalable en portant la mention : "acte d'urgence".

Article I-5

Pour l'application de l'article I-4, chaque acte doit faire l'objet d'un compte-rendu écrit et détaillé qui sert de document de liaison afin de faciliter la continuité des soins.

Le compte-rendu doit comporter notamment : les renseignements d'ordre administratif, les renseignements d'ordre médical, l'indication de l'acte, les modalités techniques précises quand cela est nécessaire, les résultats quantitatifs et qualitatifs pertinents, les conclusions motivées. Il est accompagné éventuellement d'un tracé ou d'une iconographie approprié. Il est réalisé et signé par le médecin ayant pratiqué l'acte et peut être adressé au contrôle médical sur sa demande.

Pour l'application de l'article I-4, les actes effectués par le chirurgien-dentiste sont consignés dans le dossier du patient. La tenue de ce dossier doit respecter les recommandations établies par la HAS. Il peut être adressé au contrôle médical sur sa demande.

Article I-6 **Acte global**

Pour les actes techniques médicaux de la liste, chaque libellé décrit un acte global qui comprend l'ensemble des gestes nécessaires à sa réalisation dans le même temps d'intervention ou d'examen, conformément aux données acquises de la science et au descriptif de l'acte dans la liste.

L'acte global est soit un acte isolé, qui peut être réalisé de manière indépendante, soit une procédure, qui est le regroupement usuel et pertinent d'actes isolés.

Lorsque les conditions de prise en charge prévoient que l'acte peut être réalisé par plusieurs médecins ou chirurgiens-dentistes, la participation de chaque médecin ou chirurgien-dentiste est décrite par une activité distincte. A chaque activité correspond un code activité et un tarif qui ne peut être tarifé qu'une seule fois.

Lorsque les conditions de prise en charge ne prévoient pas la présence de plusieurs médecins ou chirurgiens-dentistes, l'acte ne peut être codé et facturé qu'une seule fois, même si plusieurs médecins ou chirurgiens-dentistes participent à sa réalisation.

Lorsqu'une procédure spécifique est identifiée dans la liste, elle est codée et tarifée et non les actes isolés qui la composent, même s'ils sont réalisés par des médecins ou des chirurgiens-dentistes différents.

La liste prévoit que des actes peuvent être réalisés en plusieurs phases distinctes dans le temps. Dans ce cas, chaque phase est décrite. A chacune d'entre elles correspondent un code phase de traitement et un tarif qui doit être facturé le jour de sa réalisation.

Les gestes complémentaires, les actes de guidage et les suppléments de rémunération ne peuvent être tarifés que si les actes qu'ils complètent sont réalisés. Les codes des gestes complémentaires ou des suppléments autorisés sont mentionnés en regard de chacun des actes concernés. Les gestes complémentaires et les suppléments sont regroupés dans des chapitres spécifiques.

Pour un acte chirurgical non répétitif réalisé en équipe sur un plateau technique lourd ou un acte interventionnel, dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, le tarif recouvre, pour le médecin ou le chirurgien-dentiste qui le réalise :

- pendant la période préinterventionnelle, les actes habituels en lien direct avec l'intervention en dehors de la consultation au cours de laquelle est posée l'indication ;
- la période perinterventionnelle ;
- la période postinterventionnelle et ce, pendant une période de quinze jours après la réalisation de l'acte, pour un suivi hors complications et en ce qui concerne les conséquences directes liées à cet acte, que le patient soit hospitalisé ou non.

Si durant les quinze jours mentionnés ci-dessus, une seconde intervention, rendue nécessaire par une modification de l'état du patient ou par une affection intercurrente s'impose, le second acte ouvre une nouvelle période de quinze jours, annulant le temps restant à courir.

Article I-7 **Anesthésie-réanimation**

L'anesthésie-réanimation générale ou locorégionale est prise en charge à condition qu'elle soit administrée par inhalation, injection ou infiltration de racines, plexus ou tronc nerveux ou par une combinaison de ces méthodes, et faite personnellement par un médecin autre que le médecin ou le chirurgien-dentiste qui effectue l'acte qui la nécessite.

Les gestes d'anesthésie-réanimation sont signalés par le code principal de l'acte complété par le code activité "4" mentionné à l'article I-3 qui décrit l'activité spécifique d'anesthésie-réanimation, auquel correspond le tarif du geste d'anesthésie.

Pour les actes dont le code principal n'est pas complété par ce code activité spécifique, il est possible de coder et facturer la réalisation de l'anesthésie complémentaire de l'acte, qui est indiquée en regard de celui-ci, ou, si aucune n'est indiquée, de l'anesthésie générale ou locorégionale complémentaire de niveau 1 (ZZLP025). Les libellés de ces anesthésies sont regroupés dans un chapitre spécifique. Ces gestes d'anesthésie peuvent être codés et facturés pour les actes relevant de l'article III-1 du Livre III : Dispositions diverses.

Par dérogation à l'article I-6, le supplément pour récupération peropératoire de sang peut être codé et tarifé bien qu'il ne soit pas mentionné en regard des actes auxquels il peut s'appliquer.

Deux types d'actes d'anesthésie-réanimation sont distingués :

1. celles pour lesquelles la présence permanente du médecin anesthésiste est obligatoire pendant toute la phase perinterventionnelle, c'est à dire l'induction, la surveillance, le réveil ;
2. celles pour lesquelles le médecin anesthésiste peut prendre en charge l'anesthésie de deux patients simultanément. Si toutefois pour ces actes, le médecin anesthésiste se consacre exclusivement à un seul patient, il peut appliquer une majoration, sous forme de modificateur, appelé "présence permanente de l'anesthésiste" mentionné à l'article III-2. Celui-ci est indiqué en regard des actes concernés.

La présence permanente du médecin anesthésiste pendant la phase perinterventionnelle doit être attestée explicitement sur la fiche d'anesthésie.

Le tarif de chaque geste d'anesthésie couvre globalement l'anesthésie elle-même et tous les gestes habituellement confiés au médecin procédant à l'anesthésie et à la réanimation pendant l'acte lui-même et pendant la journée de l'intervention.

Pour le geste d'anesthésie-réanimation accompagnant un acte chirurgical ou un acte interventionnel définis à l'article I-6, le tarif recouvre également, pour le médecin qui le réalise :

- les soins préinterventionnels la veille de l'intervention,
- la surveillance postinterventionnelle et les actes liés aux techniques de réanimation en dehors de ceux réalisés dans les unités de réanimation et les unités de soins intensifs de cardiologie mentionnées aux articles D. 712-104 et D. 712-115 du code de la santé publique, pendant la période de quinze jours qui suit le jour de l'intervention, pour un suivi hors complications et en ce qui concerne les conséquences directes liées à cet acte.

Le geste d'anesthésie-réanimation accompagnant un acte non pris en charge par l'assurance maladie ne fait pas l'objet d'un remboursement.

Article I-8

Actes thérapeutiques en séances

Dans certains cas, un traitement complet est constitué de la répétition d'actes thérapeutiques identiques à des jours différents. Dans ces cas particuliers, chacun de ces actes unitaires, dont la durée de réalisation n'excède pas vingt quatre heures est appelé "séance". Ces actes, dont les libellés sont introduits par le terme "séance de", ne peuvent être tarifés qu'une fois par vingt quatre heures.

Article I-9

Modificateurs

Un modificateur est une information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation d'un acte ou pour sa valorisation. Il s'applique à une liste précise d'actes. Les modificateurs autorisés sont mentionnés explicitement en regard de chacun des actes concernés. L'application d'un modificateur conduit à une majoration du tarif de l'acte. Seuls peuvent être facturés les modificateurs se rapportant à des actes ayant un tarif.

La description de ces modificateurs figure à l'article III-2 du Livre III.

Quatre modificateurs au plus peuvent être tarifés par acte.

Article I-10

Actes identiques

Les actes identiques sont des actes décrits par le même libellé et identifiés par le même code.

Pour les actes identiques réalisés sur des organes ou des sites anatomiques pairs, appelés "actes bilatéraux" :

- soit il existe un libellé d'acte unilatéral et un libellé d'acte bilatéral ; en cas de réalisation bilatérale, il convient de noter le code du libellé décrivant l'acte dans sa réalisation bilatérale ;
- soit il existe un acte comportant la mention "unilatéral ou bilatéral" dans le libellé ou les notes s'y rapportant ; en cas de réalisation bilatérale, il convient de noter le code une seule fois ;
- soit il existe un libellé sans précision de latéralité ; dans ce cas, ce libellé concerne un acte unilatéral ; pour coder la réalisation bilatérale de l'acte, quand celle-ci n'est pas interdite

par les règles d'incompatibilités (article I-12), il convient de coder deux fois l'acte en respectant les règles d'association (articles I-11 et III-3).

Article I-11 Association

Dans le cadre de la tarification, l'association d'actes correspond à la réalisation de plusieurs actes, dans le même temps, pour le même patient, par le même médecin ou chirurgien-dentiste, dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité entre ces actes. Les codes et les taux d'application des associations sont mentionnés à l'article III-3 du Livre III.

Article I-12 Règles d'incompatibilités

Les règles de construction des actes techniques médicaux de la CCAM entraînent un certain nombre d'incompatibilités des actes entre eux. Celles-ci sont valables quel que soit le nombre d'intervenants.

Il est impossible de tarifer dans le même temps, l'association entre :

1. des actes composant une procédure, telle que définie à l'article I-6 ci-dessus ;
2. un acte incluant un autre acte, et ce dernier ;
3. un acte comportant la mention "avec ou sans" un autre acte, et ce dernier ;
4. un acte dont le libellé précise qu'il est réalisé postérieurement à un autre acte, et ce dernier ;
5. des actes identiques :
 - réalisés sur le même site anatomique, à l'exception des actes réalisés sur les dents, les sextants, les quadrants, les arcades dentaires, sur la main et sur le pied,
 - dont les libellés comportent des informations numériques,
 - dont les libellés précisent la mention bilatérale ;
 - d'anatomie et de cytologie pathologiques ;
6. des actes traduisant une même action ou une même finalité diagnostique ou thérapeutique sur le même site ;
7. des pansement, immobilisation ou appareillage éventuel d'une part, et, d'autre part, des actes portant sur les tissus c'est à dire la peau et le tissu cellulaire sous cutané, ou portant sur les muscles, tendons, synoviales, ou sur les os, ou sur les articulations, ou sur les vaisseaux, ou sur les nerfs, sur le même site anatomique ;
8. les incompatibilités d'association concernant un acte s'appliquent également aux actes dans lesquels il est inclus ;
9. à ces incompatibilités générales s'ajoutent celles liées au contenu précis de l'acte, explicitées dans son libellé ou dans les notes jointes mentionnées à l'article I-13.

Article I-13

Conventions d'écriture des libellés

A) Emploi de l'article partitif "de"

L'article partitif "de" a le sens de "quel qu'en soit le nombre" ; un libellé qui ne comporte pas dans son intitulé de précision sur le nombre de lésions examinées ou traitées désigne implicitement un acte effectué sur une ou plusieurs lésions de même nature.

B) Emploi de "un" comme adjectif numéral

Le terme "un" est employé comme adjectif numéral et non comme article indéfini : il a le sens de un seul.

C) Indication numérique

Quand le libellé d'un acte comporte une indication numérique tel qu'un nombre, une dimension, une surface ou les termes "plusieurs" ou "multiples", le médecin ou le chirurgien-dentiste doit utiliser le code du libellé décrivant le plus exactement la totalité des gestes effectués au cours de son acte.

D) La conjonction "et"

Dans certains libellés, la conjonction "et" remplace la préposition "avec". Elle en garde le sens inclusif obligatoire.

E) La conjonction "ou"

La conjonction "ou" introduit une proposition alternative : elle est employée avec un sens exclusif.

F) L'expression "et/ou" permet de coder une ou plusieurs actions avec le même libellé.

G) Ponctuation

La virgule placée entre les termes d'une énumération remplace "et, ou, et/ou" employé entre les deux derniers termes de cette énumération.

H) Notes d'utilisation

Afin de préciser le contenu technique des actes décrits ou leurs conditions d'utilisation, des informations supplémentaires peuvent accompagner les libellés. Ces notes d'utilisation sont situées soit, sous les libellés si elles sont d'ordre particulier soit, en tête de chapitre ou de subdivision si elles sont d'ordre général.

Ces notes peuvent être :

- explicatives : elles précisent, au niveau des titres, les conditions d'utilisation des libellés ou le contenu des actes de la subdivision ;
- indicatives : elles sont données comme exemples non limitatifs et figurent sous les libellés ;
- d'exclusion : elles précisent les conditions dans lesquelles le libellé ne doit pas être utilisé et figurent soit au niveau des titres, soit au niveau des libellés ; elles sont limitatives.

Par ailleurs, dans les notes :

- l'expression "coder éventuellement" signale les actes associables, à coder en sus en cas de réalisation simultanée. Seules les associations relativement habituelles sont indiquées à l'aide de cette note ;
- l'expression "avec ou sans" introduit une liste d'actes dont la réalisation éventuelle au cours de l'acte est incluse dans celui-ci et ne doit donc pas être codée en sus.
Les notes relatives à la prise en charge précisent les conditions de remboursement de l'acte :
- conditions de réalisation de l'acte, indications médicales, environnement, formation, nécessité d'un recueil prospectif de données ;
- conditions de facturation.

Livre II

Chapitre 7

APPAREIL DIGESTIF

07.01. ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL DIGESTIF

07.01.04. Radiographie de l'appareil digestif

07.01.04.01. Radiographie de la bouche

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
	<p>Par dents contiguës on entend : dents ayant des faces de contact mésiales et distales qu'il y ait diastème ou non.</p> <p>Par secteur de 1 à 3 dents contiguës on entend : secteur de 1 ou 2 ou 3 dents comprenant la dent sur laquelle est centré le cliché radiographique et chacune de ses dents adjacentes.</p> <p>Facturation : quel que soit le nombre de clichés réalisés sur un même secteur de 1 à 3 dents contiguës.</p> <p>Ne peuvent pas être facturées pour un traitement endodontique.</p>				
HBQK389 [E, F, U, Z]	<p>Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire de 1 secteur de 1 à 3 dents contiguës.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires 	1	0	7,98	
HBQK191 [E, F, U, Z]	<p>Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 2 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires 	1	0	15,96	
HBQK331 [E, F, U, Z]	<p>Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 3 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires 	1	0	23,94	
HBQK443	<p>Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 4 secteurs distincts de 1 à</p>	1	0	31,92	

[E, F, U, Z]	3 dents contiguës. 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				
HBQK428 [E, F, U, Z]	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 5 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës. 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	1	0	39,90	
HBQK480 [E, F, U, Z]	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 6 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës. 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	1	0	47,88	
HBQK430 [E, F, U, Z]	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 7 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës. 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	1	0	55,86	
HBQK142 [E, F, U, Z]	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 8 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës. 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	1	0	63,84	
HBQK046 [E, F, U, Z]	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 9 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës. 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	1	0	71,82	

HBQK065 [E, F, U, Z]	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 10 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës. 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	1	0	79,80	
HBQK424 [E, F, U, Z]	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 11 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës. 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	1	0	87,78	
HBQK476 [E, F, U, Z]	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 12 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës. 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	1	0	95,76	
HBQK093 [E, F, U, Z]	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 13 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës. 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	1	0	103,74	
HBQK041 [E, F, U, Z]	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 14 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës. 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	1	0	111,72	
HBQK002 [E, F, U, Z]	Radiographie panoramique dentomaxillaire 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	1	0	21,28	

HBQK001 [E, F, U, Z]	Radiographie pelvibuccale (occlusale) 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	1	0	7,98	
HCQH001 [E, Z]	Sialographie (YYYY425)	1	0		
HCQH002 [E, Z]	Sialographie avec scanographie des glandes salivaires (YYYY425, ZZLP025, ZZQP004)				

07.01.08.01. Epreuves fonctionnelles au niveau de la cavité buccale

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
HBMD014	Modélisation occlusale par la technique de la cire ajoutée sur une dent				
HDQP002	Exploration du flux aérien bucco-naso-pharyngé par débitmétrie, pour étude de la fonction vélo-palatine				
LBQP001	Enregistrement des rapports maxillomandibulaires en vue de la programmation d'un articulateur Facturation : - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0	32,64	
LBMP001	Simulation des objectifs thérapeutiques sur moulages des arcades dentaires et/ou sur logiciel A l'exclusion de : enregistrement des rapports maxillomandibulaires en vue de la programmation d'un articulateur (LBQP001) Facturation : - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0	97,92	
LBMP002	Montage directeur sur moulage d'étude des arcades dentaires				
LBMP003	Réalisation de moulage d'étude des arcades dentaires				
LBQK002	Bilan de dysmorphose dento-maxillo-faciale avec tracé et analyse céphalométrique de profil				
LBQK003	Bilan de dysmorphose dento-maxillo-faciale avec tracé et analyse céphalométrique tridimensionnelle ou analyse architecturale craniofaciale, et simulation des objectifs de traitement sur moulage et/ou sur tracé céphalométrique				
LBQK004	Bilan de dysmorphose dento-maxillo-faciale avec tracé et analyse céphalométrique tridimensionnelle, ou tracé et analyse architecturale craniofaciale				

07.02 - ACTES THERAPEUTIQUES SUR LA BOUCHE ET L'OROPHARYNX

07.02.02 - Actes thérapeutiques sur les dents

07.02.02.01 - Pose et ablation de moyen de contention au maxillaire et à la mandibule

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
HBLD053	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire par attelle métallique coulée et collée, sur 1 à 6 dents (ZZLP025)	1	0	96,40	
HBLD051	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire par attelle métallique coulée et collée, sur 7 dents ou plus (ZZLP025)	1	0	96,40	

07.02.02.02 - Réduction de fracture et de luxation de dent

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
HBED009	Réduction de fracture alvéolaire en denture permanente Facturation : peut être facturé avec traitement radiculaire				
HBED011	Réduction de luxation d'une dent				
HBED015	Réduction de fracture alvéolaire en denture mixte ou incomplète Facturation : peut être facturé avec traitement radiculaire				
HBED016	Réduction de luxation de plusieurs dents				

07.02.02.03 - Réimplantation de dents et autogreffe de germe

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
	La réimplantation de dent inclut la pose de moyen de contention				
HBED001 [F, U]	Réimplantation de 1 dent permanente expulsée (ZZLP025)	1	0	96,40	
HBED003 [F, U]	Réimplantation de 2 dents permanentes expulsées (ZZLP025)	1	0	192,80	
HBED021 [F, U]	Réimplantation de 3 dents permanentes expulsées ou plus (ZZLP025)	1	0	289,20	
HBED022	Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement (ZZLP030)	1	0	209,00	

07.02.02.04 - Prophylaxie buccodentaire

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
HBBD005	Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent Indication : acte de prévention en cas de risque carieux Facturation : la prise en charge est limitée aux 1res et 2es molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent et avant la quatorzième anniversaire	1	0	21,69	
HBBD006	Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents Indication : acte de prévention en cas de risque carieux Facturation : la prise en charge est limitée aux 1res et 2es molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent et avant la quatorzième anniversaire	1	0	43,38	
HBBD007	Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents Indication : acte de prévention en cas de risque carieux Facturation : la prise en charge est limitée aux 1res et 2es molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent et avant la quatorzième anniversaire	1	0	65,07	
HBBD004	Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents Indication : acte de prévention en cas de risque carieux	1	0	86,76	

PUBLIC

	Facturation : la prise en charge est limitée aux 1res et 2es molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent et avant la quatorzième anniversaire				
HBBD039	Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents Indication : acte de prévention en cas de risque carieux Facturation : la prise en charge est limitée aux 1res et 2es molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent et avant la quatorzième anniversaire	1	0	108,45	
HBBD404	Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents Indication : acte de prévention en cas de risque carieux Facturation : la prise en charge est limitée aux 1res et 2es molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent et avant la quatorzième anniversaire	1	0	130,14	
HBBD098	Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents Indication : acte de prévention en cas de risque carieux Facturation : la prise en charge est limitée aux 1res et 2es molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent et avant la quatorzième anniversaire	1	0	151,83	
HBBD427	Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents Indication : acte de prévention en cas de risque carieux Facturation : la prise en charge est limitée aux 1res et 2es molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent et avant la quatorzième anniversaire	1	0	173,52	
HBJD001	Détartrage et polissage des dents Facturation : deux actes au plus peuvent être facturés par période de six mois Un détartrage complet doit être réalisé en 1 ou 2 actes maximum	1	0	28,92	

07.02.02.05 - Restauration des tissus durs de la dent

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
	Comprend : exérèse de lésion carieuse de dent La restauration d'une dent inclut l'exérèse des tissus lésés, la préparation amérodentinaire et la protection dentinopulpaire Avec ou sans recouvrement cuspidien Le décompte des faces ou des angles s'entend pour une lésion Par lésion on entend : perte de substance quelle que soit son étiologie				
HBMD043 [N]	Restauration d'une dent sur 1 face par matériau incrusté [inlay-onlay] (ZZLP025, HBQK061)	1	0	19,28	
HBMD046 [N]	Restauration d'une dent sur 2 faces par matériau incrusté [inlay-onlay] (ZZLP025, HBQK061)	1	0	33,74	
HBMD055 [N]	Restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] (ZZLP025, HBQK061)	1	0	40,97	
HBMD058 [N]	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire (ZZLP025, HBQK061)	1	0	19,28	
HBMD050 [N]	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire (ZZLP025, HBQK061)	1	0	33,74	
HBMD054 [N]	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire (ZZLP025, HBQK061)	1	0	40,97	
HBMD044 [N]	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire (ZZLP025, HBQK061)	1	0	43,00	
HBMD047 [N]	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire (ZZLP025, HBQK061)	1	0	86,00	
HBMD053 [N]	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire (ZZLP025, HBQK061)	1	0	19,28	
HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase	1	0	33,74	

PUBLIC

[N]	plastique, sans ancrage radiculaire (ZZLP025, HBQK061)				
HBMD038 [N]	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire (ZZLP025, HBQK061)	1	0	40,97	
HBMD042	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (ZZLP025, HBQK061)	1	0	79,53	

07.02.02.06 - Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
	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				
HBFD006 [F, U]	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire (ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK303)	1	0	16,87	
HBFD017 [F, U]	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire (ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK303)	1	0	33,74	
HBFD019 [F, U]	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire (ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK303)	1	0	81,94	
HBFD033 [F, N, U]	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente (ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK303)	1	0	33,74	
HBFD021 [F, N, U]	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire (ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK303)	1	0	48,20	
HBFD035 [F, N, U]	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire (ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK303)	1	0	48,20	
HBFD008 [F, N, U]	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente (ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK303)	1	0	81,94	
HBFD015 [F, U]	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire (ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK303)	1	0	33,74	
HBFD474 [F, U]	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire (ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK303)	1	0	81,94	
HBFD458 [F, N, U]	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature (ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK303)	1	0	33,74	
HBFD395 [F, N, U]	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature (ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK303)	1	0	48,20	
HBFD326 [F, N, U]	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire (ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK303)	1	0	48,20	
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature	1	0	81,94	

PUBLIC

[F, N, U]	(ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK303)				
HBFD001 [F, N, U]	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente (ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK303)	1	0	33,74	
HBFD297 [F, N, U]	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire (ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK303)	1	0	48,20	
HBFD003 [F, N, U]	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire (ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK303)	1	0	48,20	
HBFD024 [F, N, U]	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente (ZZHA001, ZZLP025, HBQK040, HBQK303)	1	0	81,94	

07.02.02.07 - Désobturation endodontique

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
	La désobturation endodontique n'inclut pas la mise en forme canalaire ni la réobturation canalaire				
HBGD001	Désobturation endodontique d'une prémolaire				
HBGD012	Ablation d'un corps étranger métallique d'un canal radiculaire d'une dent				
HBGD030	Désobturation endodontique d'une incisive ou d'une canine				
HBGD033	Désobturation endodontique d'une molaire				

07.02.02.08 - Autres actes thérapeutiques sur la racine de la dent

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
	L'obturation radiculaire dentaire après apexification inclut la mise en forme canalaire				
HBBD003 [N]	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification (ZZLP025, HBQK040, HBQK303)	1	0	33,74	
HBBD234 [N]	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification (ZZLP025, HBQK040, HBQK303)	1	0	48,20	
HBBD001 [N]	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification (ZZLP025, HBQK040, HBQK303)	1	0	48,20	
HBBD002 [N]	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification (ZZLP025, HBQK040, HBQK303)	1	0	81,94	

07.02.02.09 - Dégagement d'une dent retenue ou incluse

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
HBPD002 [F, U]	Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal (ZZLP025)	1	0	104,50	
HBPA001 [F, U]	Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau (ZZLP025)	1	0	146,30	
HBPD001 [F, U]	Dégagement de plusieurs dents retenues ou incluses avec pose de dispositif de traction orthodontique (ZZLP054)	1	0	156,75	

07.02.02.10 - Avulsion de dents temporaires

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
	Comprend : avulsion de dent et/ou de racine dentaire Avec ou sans : - curetage alvéolaire - régularisation osseuse de l'arcade alvéolaire				
HBGD035 [F, U]	Avulsion de 1 dent temporaire sur arcade (ZZLP025, HBQK061)	1	0	16,72	
HBGD037 [F, U]	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061)	1	0	25,08	
HBGD309 [F, U]	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061)	1	0	33,44	
HBGD284 [F, U]	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061)	1	0	41,80	
HBGD065 [F, U]	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061)	1	0	50,16	
HBGD462 [F, U]	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061)	1	0	58,52	
HBGD464 [F, U]	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061)	1	0	66,88	
HBGD263 [F, U]	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061)	1	0	75,24	
HBGD280 [F, U]	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061)	1	0	83,60	
HBGD093 [F, U]	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061)	1	0	91,96	
HBGD362 [F, U]	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061)	1	0	100,32	
HBGD054 [F, U]	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061)	1	0	108,68	
HBGD111 [F, U]	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061)	1	0	117,04	

HBGD174 [F, U]	Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061)	1	0	125,40	
HBGD057 [F, U]	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061)	1	0	133,76	
HBGD133 [F, U]	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061)	1	0	142,12	
HBGD123 [F, U]	Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061)	1	0	150,48	
HBGD468 [F, U]	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061)	1	0	158,84	
HBGD282 [F, U]	Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061)	1	0	167,20	
HBGD201 [F, U]	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade (ZZLP025, HBQK061)	1	0	175,56	
HBGD042 [F, U]	Avulsion de 1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse (ZZLP025, HBQK061)	1	0	83,60	
HBGD026 [F, U]	Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses (ZZLP025, HBQK061)	1	0	125,40	

07.02.02.11 - Avulsion de dents permanentes

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
	Comprend : avulsion de dent et/ou de racine dentaire Avec ou sans : - curetage alvéolaire - régularisation osseuse de l'arcade alvéolaire				
HBGD036 [F, U]	Avulsion de 1 dent permanente sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP025, HBQK061)	1	0	33,44	
HBGD043 [F, U]	Avulsion de 2 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP025, HBQK061)	1	0	50,16	
HBGD319 [F, U]	Avulsion de 3 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP025, HBQK061)	1	0	66,88	
HBGD489 [F, U]	Avulsion de 4 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP025, HBQK061)	1	0	83,60	
HBGD497 [F, U]	Avulsion de 5 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP025, HBQK061)	1	0	100,32	
HBGD106 [F, U]	Avulsion de 6 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP025, HBQK061)	1	0	117,04	
HBGD076 [F, U]	Avulsion de 7 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP025, HBQK061)	1	0	133,76	
HBGD422 [F, U]	Avulsion de 8 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP025, HBQK061)	1	0	150,48	
HBGD420 [F, U]	Avulsion de 9 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP025, HBQK061)	1	0	167,20	
HBGD064 [F, U]	Avulsion de 10 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP030, HBQK061)	1	0	183,92	
HBGD356 [F, U]	Avulsion de 11 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP030, HBQK061)	1	0	200,64	
HBGD146 [F, U]	Avulsion de 12 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP030, HBQK061)	1	0	217,36	
HBGD382 [F, U]	Avulsion de 13 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP030, HBQK061)	1	0	234,08	

HBGD247 [F, U]	Avulsion de 14 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP030, HBQK061)	1	0	250,80	
HBGD197 [F, U]	Avulsion de 15 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP030, HBQK061)	1	0	267,52	
HBGD333 [F, U]	Avulsion de 16 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP030, HBQK061)	1	0	284,24	
HBGD261 [F, U]	Avulsion de 17 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP025, HBQK061)	1	0	300,96	
HBGD499 [F, U]	Avulsion de 18 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP030, HBQK061)	1	0	317,68	
HBGD461 [F, U]	Avulsion de 19 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP030, HBQK061)	1	0	334,40	
HBGD278 [F, U]	Avulsion de 20 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP030, HBQK061)	1	0	351,12	
HBGD258 [F, U]	Avulsion de 21 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP030, HBQK061)	1	0	367,84	
HBGD311 [F, U]	Avulsion de 22 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP030, HBQK061)	1	0	384,56	
HBGD235 [F, U]	Avulsion de 23 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP030, HBQK061)	1	0	401,28	
HBGD374 [F, U]	Avulsion de 24 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP030, HBQK061)	1	0	418,00	
HBGD475 [F, U]	Avulsion de 25 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP030, HBQK061)	1	0	434,72	
HBGD285 [F, U]	Avulsion de 26 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP030, HBQK061)	1	0	451,44	
HBGD338 [F, U]	Avulsion de 27 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP030, HBQK061)	1	0	468,16	
HBGD193 [F, U]	Avulsion de 28 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP030, HBQK061)	1	0	484,88	
HBGD345 [F, U]	Avulsion de 29 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP030, HBQK061)	1	0	501,60	
HBGD414 [F, U]	Avulsion de 30 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP030, HBQK061)	1	0	518,32	
HBGD245	Avulsion de 31 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie	1	0	535,04	

PUBLIC

[F, U]	(ZZLP030, HBQK061)				
HBGD283 [F, U]	Avulsion de 32 dents permanentes sur l'arcade sans alvéolectomie (ZZLP030, HBQK061)	1	0	551,76	
HBGD022 [F, U]	Avulsion de 1 dent permanente sur l'arcade avec alvéolectomie (ZZLP025, HBQK061)	1	0	33,44	
HBGD034 [F, U]	Avulsion de 2 dents permanentes sur l'arcade avec alvéolectomie (ZZLP025, HBQK061)	1	0	50,16	
HBGD287 [F, U]	Avulsion de 3 dents permanentes sur l'arcade avec alvéolectomie (ZZLP025, HBQK061)	1	0	66,88	
HBGD031 [F, U]	Avulsion de 1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines (ZZLP025, HBQK061)	1	0	33,44	
HBGD032 [F, U]	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines (ZZLP025, HBQK061)	1	0	50,16	

07.02.02.12 - Autres avulsions de dents ou racines

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
	Comprend : avulsion de dent et/ou de racine dentaire Avec ou sans : - curetage alvéolaire - régularisation osseuse de l'arcade alvéolaire				
HBGD039 [F, U]	Avulsion de 1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines (ZZLP025, HBQK061)	1	0	33,44	
HBGD002 [F, U]	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines (ZZLP025, HBQK061)	1	0	50,16	
HBGD028 [F, U]	Avulsion de 1 incisive permanente retenue ou à l'état de germe (ZZLP025, HBQK061)	1	0	83,60	
HBGD014 [F, U]	Avulsion de 1 canine permanente retenue ou à l'état de germe (ZZLP025, HBQK061)	1	0	104,50	
HBGD015 [F, U]	Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe (ZZLP025, HBQK061)	1	0	156,75	
HBGD459 [F, U]	Avulsion de 1 prémolaire retenue ou à l'état de germe (ZZLP025, HBQK061)	1	0	83,60	
HBGD386 [F, U]	Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe (ZZLP025, HBQK061)	1	0	125,40	
HBGD047 [F, U]	Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire retenue ou à l'état de germe (ZZLP025, HBQK061)	1	0	83,60	
HBGD018 [F, U]	Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe (ZZLP025, HBQK061)	1	0	83,60	
HBGD004 [F, U]	Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe (ZZLP025, HBQK061)	1	0	83,60	
HBGD025 [F, U]	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe (ZZLP042, HBQK061)	1	0	125,40	
HBGD021 [F, U]	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe (ZZLP042, HBQK061)	1	0	167,20	
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	1	0	209,00	

PUBLIC

[F, U]	(ZZLP042, HBQK061)				
HBGD044 [F, U]	Avulsion de 1 dent à couronne sous muqueuse ou en désinclusion muqueuse (ZZLP025, HBQK061)	1	0	41,80	
HBGD003 [F, U]	Avulsion d'un odontoïde ou d'une dent surnuméraire à l'état de germe (ZZLP025, HBQK061)	1	0	83,60	
HBGD016 [F, U]	Avulsion d'une racine incluse (ZZLP025, HBQK061)	1	0	83,60	
HBGD017 [F, U]	Avulsion d'une dent ectopique (ZZLP030, HBQK061)	1	0	167,20	
HBGD040 [F, U]	Avulsion de plusieurs dents surnuméraires à l'état de germe ou de plusieurs odontoïdes (ZZLP054, HBQK061)	1	0	125,40	

07.02.02.13 - Cosmétologie dentaire

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
HBMD001	Séance d'éclaircissement d'une dent dépulpée				
HBMD005	Séance d'éclaircissement des dents pulpées				

07.02.02.14 - Pose de mainteneur d'espace interdentaire

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
HBLD001	Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire sans dent prothétique				
HBLD002	Pose d'un mainteneur d'espace interdentaire amovible passif				
HBLD003	Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire avec dent prothétique				
HBLD006	Pose d'un mainteneur d'espace interdentaire unitaire scellé Note : à l'exclusion de pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003)				

07.02.02.15 - Correction de trouble occlusal

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
HBLD018	Pose d'un plan de libération occlusale	1	0	172,80	
HBLD019	Pose d'un plan de guidage des mouvements antéropostérieurs mandibulaires				
HBLD020	Pose d'un appareil de posture mandibulaire [cale]				
HBMD061	Séance d'ajustement occlusal par coronoplastie				

07.02.03 - Soins prothétiques – Prothèses dentaires

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
	La pose d'une prothèse dentaire inclut sa conception, sa réalisation, son adaptation et sa pose. Facturation : la durée d'usage des prothèses dentaires n'est pas limitée ; la prise en charge du renouvellement des prothèses dentaires est subordonnée à l'usure des appareils ou des dents ou à des modifications morphologiques de la bouche				

07.02.03.01 - Pose d'infrastructure coronaire [faux moignon]

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
HBLD007	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire sans clavette sur une dent [inlay core] A l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042) Facturation : prise en charge limitée à l'infrastructure coronoradiculaire métallique coulée (HBQK061)	1	0	122,55	
HBLD261	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire avec clavette sur une dent [inlay core à clavette] A l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042) Facturation : prise en charge limitée à l'infrastructure coronoradiculaire métallique coulée (HBQK061)	1	0	144,05	

07.02.03.02 – Pose d'une couronne dentaire prothétique

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
	La couronne dentaire en équivalents minéraux inclut la couronne dentaire céramocéramique. Couronne dentaire fixée dentoportée quand la dent 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. Facturation : les couronnes sur dents temporaires, les couronnes ou dents à tenon préfabriquées, les couronnes ou dents à tenon provisoires, les couronnes à recouvrement partiel ne sont pas prises en charge.				
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée métallique	1	0	107,50	
HBLD036	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique ou en équivalents minéraux	1	0	107,50	
HBLD418	Pose d'une couronne dentaire implantoportée	1	0	107,50	

07.02.03.03 – Pose de prothèse dentaire amovible

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
	A droit à un appareil de prothèse dentaire amovible tout bénéficiaire qui présente au moins une dent absente et remplaçable, à l'exception des dents de sagesse.				
HBLD132	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque résine comportant moins de 9 dents Facturation : - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; chez l'enfant, seul l'appareillage de la mandibule est indiqué selon l'avis de la Haute Autorité de santé (HAS) de décembre 2006	1	0	102,13	
HBLD492	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque résine comportant de 9 à 13 dents Facturation : - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; chez l'enfant, seul l'appareillage de la mandibule est indiqué selon l'avis de la Haute Autorité de santé (HAS) de décembre 2006 - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0	150,50	
HBLD118	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à plaque résine Facturation : - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; chez l'enfant, seul l'appareillage de la mandibule est indiqué selon l'avis de la Haute Autorité de santé (HAS) de décembre 2006 - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0	182,75	
HBLD199	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à plaque résine Facturation : - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; chez l'enfant, seul l'appareillage de la mandibule est indiqué selon l'avis de la Haute Autorité de santé (HAS) de décembre 2006 - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0	365,50	
HBLD240	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à châssis métallique comportant moins de 9 dents Facturation :	1	0	236,50	

PUBLIC

	<ul style="list-style-type: none"> - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; chez l'enfant, seul l'appareillage de la mandibule est indiqué selon l'avis de la Haute Autorité de santé (HAS) de décembre 2006 - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires 				
HBLD236	<p>Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à châssis métallique comportant de 9 à 13 dents</p> <p>Facturation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; chez l'enfant, seul l'appareillage de la mandibule est indiqué selon l'avis de la Haute Autorité de santé (HAS) de décembre 2006 - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires 	1	0	279,50	
HBLD217	<p>Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à châssis métallique</p> <p>Facturation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; chez l'enfant, seul l'appareillage de la mandibule est indiqué selon l'avis de la Haute Autorité de santé (HAS) de décembre 2006 - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires 	1	0	311,75	
HBLD171	<p>Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à châssis métallique</p> <p>Facturation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; chez l'enfant, seul l'appareillage de la mandibule est indiqué selon l'avis de la Haute Autorité de santé (HAS) de décembre 2006 - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires 	1	0	623,50	
HBLD364	<p>Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246)</p>	1	0	64,50	
HBLD476	<p>Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 4 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478)</p>	1	0	75,25	
HBLD224	<p>Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 5 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426)</p>	1	0	86,00	
HBLD371	<p>Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 6 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)</p>	1	0	96,75	

PUBLIC

HBLD123	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	1	0	107,50	
HBLD270	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 8 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	1	0	118,25	
HBLD148	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 9 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	1	0	129,00	
HBLD231	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 10 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	1	0	139,75	
HBLD215	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 11 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	1	0	150,50	
HBLD262	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 12 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	1	0	161,25	
HBLD232	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 13 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	1	0	172,00	
HBLD032	Pose d'une prothèse amovible de transition complète unimaxillaire à plaque base résine (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	1	0	182,75	
HBLD101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	1	0	129,00	
HBLD138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	1	0	139,75	
HBLD083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	1	0	150,50	
HBLD370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	1	0	161,25	
HBLD349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	1	0	172,00	
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	1	0	182,75	
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine (YYYY176, YYYY275, YYYY246, YYYY478, YYYY426, YYYY389)	1	0	365,50	
HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258)	1	0	193,50	
HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259)	1	0	204,25	
HBLD452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents	1	0	215,00	

PUBLIC

	(YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440)				
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447)	1	0	225,75	
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142)	1	0	236,50	
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142, YYYY158)	1	0	247,25	
HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142, YYYY158, YYYY476)	1	0	258,00	
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142, YYYY158, YYYY476, YYYY079)	1	0	268,75	
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142, YYYY158, YYYY476, YYYY079, YYYY184)	1	0	279,50	
HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142, YYYY158, YYYY476, YYYY079, YYYY184, YYYY284)	1	0	290,25	
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142, YYYY158, YYYY476, YYYY079, YYYY184, YYYY284, YYYY236)	1	0	301,00	
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142, YYYY158, YYYY476, YYYY079, YYYY184, YYYY284, YYYY236, YYYY353)	1	0	311,75	
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142, YYYY158, YYYY476, YYYY079, YYYY184, YYYY284, YYYY236, YYYY353)	1	0	623,50	
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique (YYYY159, YYYY329, YYYY258, YYYY259, YYYY440, YYYY447, YYYY142, YYYY158, YYYY476, YYYY079, YYYY184, YYYY284, YYYY236, YYYY353)	1	0	494,50	

07.02.03.04 – Pose de prothèse dentaire fixée dentoportée ou implantoportée

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
	La prothèse dentaire en équivalents minéraux inclut la prothèse dentaire céramocéramique. 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. Facturation : les prothèses plures [bridge] implantoportées, les prothèses dentaires sur dents temporaires, les prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, les prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel ne sont pas prises en charge.				
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux et 1 élément intermédiaire métallique (HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087	1	0	279,50	
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux (HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087	1	0	279,50	
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métallique et 1 élément intermédiaire métallique (HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087	1	0	279,50	
HBLD023	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux (HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087	1	0	279,50	
HBLD030	Pose d'une prothèse dentaire complète transvissée implantoportée			182,75	

07.02.03.05 – Adjonction ou changement d'élément de prothèse dentaire

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
	A l'exclusion de : adjonction ou changement d'élément soudé (cf 07.02.03.06) Par élément, on entend : dent ou crochet				
HBMD017	Adjonction ou changement de 1 élément d'une prothèse dentaire amovible	1	0	21,50	
HBMD114	Adjonction ou changement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	32,25	
HBMD322	Adjonction ou changement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	43,00	
HBMD404	Adjonction ou changement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	53,75	
HBMD245	Adjonction ou changement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	64,50	
HBMD198	Adjonction ou changement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	75,25	
HBMD373	Adjonction ou changement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	86,00	
HBMD228	Adjonction ou changement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	96,75	
HBMD286	Adjonction ou changement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	107,50	
HBMD329	Adjonction ou changement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	118,25	
HBMD226	Adjonction ou changement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	129,00	
HBMD387	Adjonction ou changement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	139,75	
HBMD134	Adjonction ou changement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	150,50	
HBMD174	Adjonction ou changement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	161,25	
HBKD396	Changement de 1 facette d'une prothèse dentaire amovible	1	0	17,20	
HBKD431	Changement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	34,40	
HBKD300	Changement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	51,60	
HBKD212	Changement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	68,80	
HBKD462	Changement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	86,00	
HBKD213	Changement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	103,20	
HBKD140	Changement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	120,40	
HBKD244	Changement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	137,60	
HBKD005	Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra-implantaire Facturation : - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0	32,25	

07.02.03.06 – Adjonction ou changement d'élément soudé de prothèse dentaire

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
	Par élément soudé, on entend : dent contreplaquée, massive ou crochet soudé				
HBMD249	Adjonction ou changement de 1 élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	43,00	
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	86,00	
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	129,00	
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	172,00	
HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	215,00	
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	258,00	
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	301,00	
HBMD444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	344,00	
HBMD485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	387,00	
HBMD410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	430,00	
HBMD429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	473,00	
HBMD281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	516,00	
HBMD200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	559,00	
HBMD298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	602,00	

07.02.03.07 – Réparation de prothèse dentaire

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
HBMD020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine, fêlée ou fracturée	1	0	21,50	
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments	1	0	32,25	
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 1 élément	1	0	38,70	
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments	1	0	45,15	
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments	1	0	51,50	
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	1	0	58,05	
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	1	0	64,50	
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	1	0	70,95	
HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	1	0	77,40	
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments	1	0	83,85	
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	1	0	90,30	
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments	1	0	96,75	
HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments	1	0	103,20	
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	1	0	109,65	
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	1	0	116,10	
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage	1	0	122,55	

PUBLIC

	de 14 éléments				
HBMD019	Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire Facturation : - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0	18,81	

07.02.03.08 – Ablation de matériel dentaire scellé ou implanté

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
HBGD011	Ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radiculaire scellé Facturation : prise en charge pour les patients traités par radiothérapie de la tête et/ou du cou	1	0	38,70	
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire Facturation : prise en charge pour les patients traités par radiothérapie de la tête et/ou du cou	1	0	38,70	

07.02.05 - Actes thérapeutiques sur le parodonte

07.02.05.01 – Curetage périapical dentaire

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
HBGB005 [F, U]	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée (ZZLP025)	1	0	50,16	
HBGB003 [F, U]	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine (ZZLP025)	1	0	83,90	
HBGB002 [F, U]	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire (ZZLP025)	1	0	98,36	
HBGB004 [F, U]	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire (ZZLP025)	1	0	132,10	

07.02.05.02 – Actes thérapeutiques sur le parodonte par soustraction

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
	Par secteur dentaire, on entend : portion de l'arcade dentaire correspondant à l'implantation habituelle des dents considérées, que cette portion soit dentée ou non.				
HBFA007 [F, U]	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents (ZZHA001, ZZLP025)	1	0	41,80	

07.02.05.03 – Actes thérapeutiques sur le parodonte par addition

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
	Par secteur dentaire, on entend : portion de l'arcade dentaire correspondant à l'implantation habituelle des dents considérées, que cette portion soit dentée ou non.				
HBED023	Greffe épithélioconjonctive ou conjonctive sur la gencive, sur un secteur de 1 à 3 dents Facturation : - prise en charge dans le cadre du traitement, chez l'adulte, des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0	79,42	
HBED024	Greffe épithélioconjonctive ou conjonctive sur la gencive, sur un sextant Facturation : - prise en charge dans le cadre du traitement, chez l'adulte, des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0	94,05	
HBBA003	Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 1 à 3 dents Facturation : - prise en charge dans le cadre du traitement, chez l'adulte, des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (PAFA010)	1	0	85,69	
HBBA002	Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 4 à 6 dents Facturation : - prise en charge dans le cadre du traitement, chez l'adulte, des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (PAFA010)	1	0	269,61	
HBBA004	Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 7 dents ou plus Facturation : - prise en charge dans le cadre du traitement, chez l'adulte, des agénésies dentaires multiples	1	0	298,87	

PUBLIC

	liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (PAFA010)				
--	---	--	--	--	--

07.02.05.04 – Autres actes thérapeutiques sur le parodonte

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
HBJB001	Evacuation d'abcès parodontal	1	0	40,00	
HBMA001	Plastie mucogingivale par lambeau déplacé latéralement, coronairement ou apicalement Facturation : - prise en charge dans le cadre du traitement, chez l'adulte, des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0	75,24	

Livre II

Chapitre 11

APPAREIL OSTEOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DE LA TETE

11.02 - Actes thérapeutiques sur le squelette du crâne et de la face

11.02.05 - Autres actes thérapeutiques sur le crâne et la face

11.02.05.01 – Evacuation et drainage de collection du crâne et de la face

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
QAJH004 [F, J, K, P, S, U, 9, X]	Evacuation de collection de la face, par voie transcutanée avec guidage radiologique (ZZLP025)	1	0		
QAJH001 [F, J, K, P, S, U]	Evacuation de collection de la face, par voie transcutanée avec guidage scanographique (ZZLP025)	1	0		
QAJH002 [F, P, S, U, X]	Drainage de collection de la face, par voie transcutanée avec guidage radiologique (ZZLP025)	1	0		
QAJH003 [F, P, S, U, I, X]	Drainage de collection de la face, par voie transcutanée avec guidage scanographique (ZZLP025)	1	0		

11.02.05.02 – Pose d’implant osseux sur le crâne et la face

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
	<p>Conditions de prise en charge par l’assurance maladie du traitement des agénésies dentaires multiples liées aux maladies rares, chez l’enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - oligodontie mandibulaire (agénésie d’au moins 6 dents permanentes à l’arcade mandibulaire, non compris les dents de sagesse) avec pose de 2 implants (voire 4 maximum) uniquement dans la région antérieure mandibulaire, au-delà de 6 ans et jusqu’à la fin de la croissance, après échec ou intolérance de la prothèse conventionnelle ; - un protocole de soins doit être établi dans les conditions prévues à l’article L. 324-1 du code de la sécurité sociale <p>Conditions de prise en charge par l’assurance maladie chez l’adulte :</p> <p>Traitement des agénésies dentaires multiples liées aux maladies rares, chez l’adulte, avec pose d’implants : agénésies d’au moins 6 dents permanentes pour l’ensemble de la denture, non compris les dents de sagesse, dont l’une au moins des dents absentes fait partie des dents indiquées dans le tableau suivant :</p> <p>17 16 14 13 11 21 23 24 26 27 47 46 44 43 42 41 31 32 33 34 36 37</p> <p>Le diagnostic de maladie rare doit être confirmé par un généticien ou un praticien d’un centre de référence ou de compétence des maladies rares. Cette prise en charge s’applique lorsque la croissance est terminée. Un protocole de soins doit être établi dans les conditions prévues à l’article L. 324-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Conditions de prise en charge par l’assurance maladie du traitement implantoprothétique des séquelles d’une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - quatre implants maximum au maxillaire ; - deux implants maximum à la mandibule. <p>La prescription d’une telle réhabilitation prothétique nécessite une réunion de concertation pluridisciplinaire associant le chirurgien maxillofacial, l’oncologue, le radiothérapeute et le stomatologue ou le chirurgien-dentiste.</p>				

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
LBLD075	Pose de 1 implant intra-osseux intra-buccal, chez l'enfant Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)	1	0	438,90	
LBLD066	Pose de 2 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'enfant Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)	1	0	806,74	
LBLD281	Pose de 3 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'enfant Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)	1	0	1174,58	
LBLD117	Pose de 4 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'enfant Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)	1	0	1542,42	
LBLD015	Pose de 1 implant intra-osseux intra-buccal, chez l'adulte Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0	422,18	
LBLD010	Pose de 2 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'adulte Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0	785,84	
LBLD013	Pose de 3 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'adulte Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur	1	0	1149,50	

PUBLIC

	de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)				
LBLD004	Pose de 4 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'adulte Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0	1513,16	
LBLD020	Pose de 5 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'adulte Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0	1876,82	
LBLD025	Pose de 6 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'adulte Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0	2240,48	
LBLD026	Pose de 7 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'adulte anesthésie	1	0	2604,14	
	Facturation : prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	4	0	57,51	
LBLD038	Pose de 8 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'adulte anesthésie	1	0	2967,80	
	Facturation : prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	4	0	57,51	
LBLD200	Pose de 9 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'adulte anesthésie	1	0	3331,46	
	Facturation : prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	4	0	57,51	
LBLD294	Pose de 10 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'adulte anesthésie	1	0	3695,12	
	Facturation : prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une	4	0	57,51	

PUBLIC

	maladie rare				
LALA002 [J, K]	Pose d'un implant intra-osseux crânien ou facial pour fixation d'épithèse ou d'appareillage auditif ostéo-intégré (ZZLP030)	1	0		
LALA001 [J, K]	Pose de plusieurs implants intra-ossuex crâniens et/ou faciaux pour fixation d'épithèse (ZZLP042)	1	0		
LALB001	Pose de moyen de liaison sur implants crâniens et/ou faciaux (ZZLP025)	1	0		

11.02.05.03 – Pose de moyen de liaison sur implant intra-osseux intra-buccal

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
LBLD019	<p>Pose de moyen de liaison sur 1 implant préprothétique intra-osseux intra-buccal</p> <p>A l'exclusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pose de barre de jonction entre 2 implants intra-buccaux ; - pose de barre de jonction entre 3 implants intra-buccaux ou plus ; - pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf. 07.02.03.01) <p>Facturation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires 	1	0	160,93	
LBLD073	<p>Pose de moyen de liaison sur 2 implants préprothétiques intra-osseux intra-buccaux</p> <p>A l'exclusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pose de barre de jonction entre 2 implants intra-buccaux ; - pose de barre de jonction entre 3 implants intra-buccaux ou plus ; - pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf. 07.02.03.01) <p>Facturation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires 	1	0	309,32	
LBLD086	<p>Pose de moyen de liaison sur 3 implants préprothétiques intra-osseux intra-buccaux</p> <p>A l'exclusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pose de barre de jonction entre 2 implants intra-buccaux ; - pose de barre de jonction entre 3 implants intra-buccaux ou plus ; - pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf. 07.02.03.01) <p>Facturation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires 	1	0	457,71	
LBLD193	<p>Pose de moyen de liaison sur 42 implants préprothétiques intra-osseux intra-buccaux</p> <p>A l'exclusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pose de barre de jonction entre 2 implants intra-buccaux ; - pose de barre de jonction entre 3 implants intra-buccaux ou plus ; 	1	0	606,10	

PUBLIC

	- pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf. 07.02.03.01) Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires				
LBLD447	Pose de moyen de liaison sur 5 implants préprothétiques intra-osseux intra-buccaux A l'exclusion de : - pose de barre de jonction entre 2 implants intra-buccaux ; - pose de barre de jonction entre 3 implants intra-buccaux ou plus ; - pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf. 07.02.03.01) Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0	754,49	
LBLD270	Pose de moyen de liaison sur 6 implants préprothétiques intra-osseux intra-buccaux A l'exclusion de : - pose de barre de jonction entre 2 implants intra-buccaux ; - pose de barre de jonction entre 3 implants intra-buccaux ou plus ; - pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf. 07.02.03.01) Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0	902,88	
LBLD143	Pose de moyen de liaison sur 7 implants préprothétiques intra-osseux intra-buccaux A l'exclusion de : - pose de barre de jonction entre 2 implants intra-buccaux ; - pose de barre de jonction entre 3 implants intra-buccaux ou plus ; - pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf. 07.02.03.01) Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	1	0	1051,27	
LBLD235	Pose de moyen de liaison sur 8 implants préprothétiques intra-osseux intra-buccaux A l'exclusion de : - pose de barre de jonction entre 2 implants intra-buccaux ; - pose de barre de jonction entre 3 implants intra-buccaux ou plus ; - pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf. 07.02.03.01)	1	0	1199,66	

PUBLIC

	Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare				
LBLD311	Pose de moyen de liaison sur 9 implants préprothétiques intra-osseux intra-buccaux A l'exclusion de : - pose de barre de jonction entre 2 implants intra-buccaux ; - pose de barre de jonction entre 3 implants intra-buccaux ou plus ; - pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf. 07.02.03.01) Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	1	0	1348,05	
LBLD214	Pose de moyen de liaison sur 10 implants préprothétiques intra-osseux intra-buccaux A l'exclusion de : - pose de barre de jonction entre 2 implants intra-buccaux ; - pose de barre de jonction entre 3 implants intra-buccaux ou plus ; - pose d'infrastructure coronaire sur implant (cf. 07.02.03.01) Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	1	0	1496,44	
LBLD 034	Pose de barre de jonction entre 2 implants intra-buccaux Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0	96,14	
LBLD057	Pose de barre de jonction entre 3 implants intra-buccaux Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0	144,21	

11.02.05.04 – Dégagement et activation d'implant osseux du crâne et de la face

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
LABA002	Désépauissement des tissus de recouvrement d'un site implantaire Facturation : implant crânien ou facial (ZZLP025)	1	0		
LAPB451	Dégagement et activation de 1 implant intra-osseux intra-buccal, chez l'enfant Mise en place d'un moignon transmuqueux ou transcutané Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)	1	0	94,05	
LAPB311	Dégagement et activation de 2 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'enfant Mise en place de 2 moignons transmuqueux et/ou transcutanés Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)	1	0	163,02	
LAPB459	Dégagement et activation de 3 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'enfant Mise en place de 3 moignons transmuqueux et/ou transcutanés Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)	1	0	231,99	
LAPB408	Dégagement et activation de 4 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'enfant Mise en place de 4 moignons transmuqueux et/ou transcutanés Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)	1	0	300,96	
LAPB002	Dégagement et activation de 1 implant intra-osseux intra-buccal, chez l'adulte Mise en place d'un moignon transmuqueux ou transcutané Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0	87,78	
LAPB004	Dégagement et activation de 2 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'adulte	1	0	154,66	

PUBLIC

	Mise en place de 2 moignons transmuqueux ou transcutanés Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)				
LAPB003	Dégagement et activation de 3 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'adulte Mise en place de 3 moignons transmuqueux ou transcutanés Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0	221,54	
LAPB001	Dégagement et activation de 4 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'adulte Mise en place de 4 moignons transmuqueux ou transcutanés Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0	288,42	
LAPB005	Dégagement et activation de 5 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'adulte Mise en place de 5 moignons transmuqueux ou transcutanés Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0	355,30	
LAPB006	Dégagement et activation de 6 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'adulte Mise en place de 6 moignons transmuqueux ou transcutanés Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0	422,18	
LAPB007	Dégagement et activation de 7 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'adulte	1	0	489,06	

PUBLIC

	Mise en place de 7 moignons transmuqueux ou transcutanés Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)				
LAPB047	Dégagement et activation de 8 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'adulte Mise en place de 8 moignons transmuqueux ou transcutanés Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0	555,94	
LAPB030	Dégagement et activation de 9 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'adulte Mise en place de 9 moignons transmuqueux ou transcutanés Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0	622,82	
LAPB122	Dégagement et activation de 10 implants intra-osseux intra-buccaux, chez l'adulte Mise en place de 10 moignons transmuqueux ou transcutanés Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0	689,70	

11.02.05.05 – Ablation de matériel osseux sur le crâne et la face

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
	Facturation : les actes d'ablation de matériel sur un os ne peuvent pas être facturés avec les actes d'exérèse, ou de résection partielle d'un os, d'ostéophytes ou d'exostose sur le même os				
LAGA004 [A, F, J, K, P, S, U, 7, 9, X]	Ablation de matériel externe d'ostéosynthèse ou de distraction du crâne et/ou du massif facial (GELE001) Anesthésie	1 4	0 0		
LAGA003 [A, F, J, K, P, S, U, 7, 0, X]	Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse ou de distraction du crâne et/ou du massif facial sur un site, par abord direct (GELE001) Anesthésie	1 4	0 0		
LAGA005 [A, F, J, K, P, S, U, 7, X]	Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse ou de distraction du massif facial sur 2 sites, par abord direct (GELE001) Anesthésie	1 4	0 0		
LAGA 002 [A, F, J, K, P, S, U, 7, 0, X]	Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse du massif facial sur 3 sites ou plus, par abord direct (GELE001) Anesthésie	1 4	0 0		
LZGA001 [A, F, J, K, P, S, U, 7, 0, X]	Ablation de biomatériau de la face et/ou du cou, par abord direct (GELE001) Anesthésie	1 4	0 0		

PUBLIC

LAGA006 [A, F, J, K, P, S, U, 7, 0]	Ablation d'un implant intra-osseux crânien ou facial sans résection osseuse, par abord direct Anesthésie (GELE001)	1 4	0 0		
LAGA001 [A, F, J, K, P, S, U, 7, I]	Ablation de plusieurs implants intra-osseux crâniens et/ou faciaux sans résection osseuse, par abord direct Anesthésie (GELE001)	1 4	0 0		
LBGA280 [F, U]	Ablation de 1 implant intra-osseux intra-buccal avec résection osseuse, chez l'enfant Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)	1	0	87,78	
LBGA441 [F, U]	Ablation de 2 implants intra-osseux intra-buccaux avec résection osseuse, chez l'enfant Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)	1	0	106,59	
LBGA354 [F, U]	Ablation de 3 implants intra-osseux intra-buccaux avec résection osseuse, chez l'enfant Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)	1	0	125,40	
LBGA049 [F, U]	Ablation de 4 implants intra-osseux intra-buccaux avec résection osseuse, chez l'enfant Facturation : prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)	1	0	144,21	
LBGA004 [F, U]	Ablation de 1 implant intra-osseux intra-buccal avec résection osseuse, chez l'adulte Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1	0	71,06	

PUBLIC

LBGA003 [F, U]	Ablation de 2 implants intra-osseux intra-buccaux avec résection osseuse, chez l'adulte Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires (ZZLP025)	1 4	0 0	85,69 57,51	
LBGA002 [F, U]	Ablation de 3 implants intra-osseux intra-buccaux avec résection osseuse, chez l'adulte anesthésie Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1 4	0 0	100,32 57,51	
LBGA006 [F, U]	Ablation de 4 implants intra-osseux intra-buccaux avec résection osseuse, chez l'adulte anesthésie Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1 4	0 0	114,95 57,51	
LBGA007 [F, U]	Ablation de 5 implants intra-osseux intra-buccaux avec résection osseuse, chez l'adulte anesthésie Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1 4	0 0	129,58 57,51	
LBGA008 [F, U]	Ablation de 6 implants intra-osseux intra-buccaux avec résection osseuse, chez l'adulte anesthésie Facturation : - prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1 4	0 0	144,21 57,51	
LBGA009 [F, U]	Ablation de 7 implants intra-osseux intra-buccaux avec résection osseuse, chez l'adulte anesthésie Facturation : prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	1 4	0 0	158,84 57,51	
LBGA139	Ablation de 8 implants intra-osseux intra-buccaux avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	173,47	

PUBLIC

[F, U]	anesthésie Facturation : prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	4	0	57,51	
LBGA052	Ablation de 9 implants intra-osseux intra-buccaux avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	188,10	
[F, U]	anesthésie Facturation : prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	4	0	57,51	
LBGA168	Ablation de 10 implants intra-osseux intra-buccaux avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	202,73	
[F, U]	anesthésie Facturation : prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	4	0	57,51	

11.02.05.06 – Autres actes thérapeutiques sur le squelette du crâne et de la face

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
LBFA031 [O, 9]	Résection d'hypertrophie osseuse intrabuccale Exérèse de crête alvéolaire, de torus ou d'exostose intra-buccale (ZZHA001, ZZLP025)	1	0		
LAF013 [A, J, K, 7]	Exérèse partielle d'un os de la face sans interruption de la continuité, par abord direct A l'exclusion : d'exérèse de lésion - du maxillaire (cf. 11.02.03.08) - de la mandibule (cf. 11.02.03.08, 11.02.04.05) - résection d'hypertrophie osseuse intra-buccale (LBFA031) (GELE001)	1 4	0 0		

11.05.02 – Autres appareillages sur le crâne et la face

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
HBLD057	Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire, pour 1 arcade Facturation : - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0	140,16	
HBLD078	Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire, pour 2 arcades Facturation : - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare, chez l'adulte ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0	264,96	
HBLD056	Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire, pour 1 arcade Facturation : - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0	94,08	
HBLD084	Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire, pour 2 arcades Facturation : - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare, chez l'adulte ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0	174,72	
HBMP001	Transformation d'un guide radiologique préimplantaire en guide chirurgical Facturation : - prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ; - prise en charge dans le cadre du traitement implantoprothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires	1	0	30,72	
LBLD014	Pose d'une orthèse métallique recouvrant totalement ou partiellement une arcade dentaire	1	0	172,80	

PUBLIC

LBLD011 [O, 9]	Pose d'un appareillage par guide mandibulaire, vestibulaire ou lingual, sur 1 arcade	1	0		
LBLD009	Pose d'un appareillage par guide mandibulaire, vestibulaire ou lingual, sur 2 arcades	1	0		
LBLD018	Pose d'un appareillage par guide mandibulaire sagittal	1	0		
LBLD003 [F, U]	Pose d'une gouttière maxillaire ou mandibulaire pour hémostase ou portetopique	1	0	86,40	
LBLD006 [F, U]	Pose de gouttières maxillaire et mandibulaire pour hémostase ou portetopique	1	0	172,80	
LBLD022	Pose de gouttière plombée de protection dento-osseuse	1	0		
LBLD024 [A, J, K, 7]	Pose d'une attelle portegreffon ou d'une endoprothèse, après résection mandibulaire interruptrice Anesthésie (GELE001)	1 4	0 0		
LBLD016 [I, X]	Pose d'un appareillage obturateur pour perte de substance maxillaire, chez un patient denté A l'exclusion de : pose d'une prothèse obturatrice à étage ou d'une balle obturatrice souple après résection de l'os maxillaire (LBLA001)	1	0		
LBLD023	Pose d'un appareillage obturateur pour perte de substance maxillaire, chez un patient édenté total A l'exclusion de : pose d'une prothèse obturatrice à étage ou d'une balle obturatrice souple après résection de l'os maxillaire (LBLA001)	1	0		
LBLA001	Pose d'une prothèse obturatrice à étage ou d'une balle obturatrice souple après résection de l'os maxillaire	1	0		
LBLD002	Pose d'un appareillage de mobilisation en latéralité et/ou en propulsion pour fracture unicondyalaire ou bicondyalaire de la mandibule	1	0		
LBLD008	Pose d'un appareillage de mobilisation mandibulaire en rotation pure	1	0		
LBLD005	Pose d'un appareillage de mobilisation mandibulaire en rotation et en propulsion	1	0		
LBLD021	Pose d'un appareillage actif pur de rééducation de la cinétique mandibulaire	1	0		
LBLD001	Pose d'un châssis métallique support de prothèse maxillofaciale [prothèse obturatrice]	1	0	129,00	
QALP001	Pose d'un appareillage de compression pour prévention et/ou correction de cicatrices vicieuses cervicofaciales	1	0		
ZAMP001	Confection d'un moulage facial	1	0		
ZALP001	Pose d'une prothèse souple utilisant les contredépouilles naturelles pour ancrage de prothèse faciale	1	0		
ZALP002	Pose d'une épithèse faciale plurirégionale Facturation : prise en charge selon devis	1	0		

PUBLIC

Livre II

Chapitre 18

ANESTHESIES COMPLEMENTAIRES ET GESTES COMPLEMENTAIRES

18.02.07.01 – Radiographie peropératoire de l'appareil digestif

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
	Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intra-buccal, 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 [F, U]	Radiographies intra-buccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contiguës préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique Facturation : forfaitaire quel que soit le nombre de clichés réalisés et de séances	1	0	11,97	
HBQK303 [F, U]	Radiographies intra-buccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contiguës préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale pour acte thérapeutique endodontique Facturation : forfaitaire quel que soit le nombre de clichés réalisés et de séances	1	0	15,96	
HBQK061 [F, U]	Radiographies intra-buccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires d'un secteur de 1 à 3 dents contiguës, préinterventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique Facturation : quel que soit le nombre de clichés réalisés	1	0	3,99	
HMQH008	Cholangiographie et/ou pancréaticographie [wirsungographie] peropératoire anesthésie	1 4	0 0		

18.02.07.06 – Soins prothétiques – Gestes complémentaires en prothèse plurale fixée

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
HBMD490	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [2e élément métallique intermédiaire de bridge]	1	0	0,00	
HBMD342	Adjonction d'un 2e élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [3e élément métallique intermédiaire de bridge]	1	0	0,00	
HBMD082	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire métallique supplémentaire au-delà du 3e	1	0	10,75	
HBMD479	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [2e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]	1	0	0,00	
HBMD433	Adjonction d'un 2e élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [3e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]	1	0	0,00	
HBMD072	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux supplémentaire au-delà du 3e	1	0	10,75	
HBMD081	Adjonction d'un pilier d'ancrage métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]	1	0	107,50	
HBMD087	Adjonction d'un pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]	1	0	107,50	

Livre II

Chapitre 19

ADAPTATIONS POUR LA CCAM TRANSITOIRE

19.02.11 - Soins prothétiques - Suppléments pour prothèse amovible

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
YYYY176	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	1	0	21,50	
YYYY275	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	1	0	43,00	
YYYY246	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	1	0	64,50	
YYYY478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	1	0	86,00	
YYYY426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	1	0	107,50	
YYYY389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	1	0	129,00	
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	32,25	
YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives sur une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	64,50	
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives sur une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	96,75	
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives sur une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	129,00	
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives sur une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	161,25	
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives sur une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	193,50	
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives sur une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	225,75	
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives sur une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	258,00	
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives sur une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	290,25	

YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives sur une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	322,50	
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives sur une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	354,75	
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives sur une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	387,00	
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives sur une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	419,25	
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives sur une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	451,50	

19.03.01 - Urgence

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
U	Acte réalisé en urgence par les médecins ou les chirurgiens-dentistes, la nuit entre 20 heures et 8 heures A l'exclusion de : acte réalisé par le pédiatre ou par le médecin généraliste ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, de 00 heures à 8 heures			25,15	

19.03.02 - Age du patient

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif (en euros)	Accord préalable
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			15,7 %	

Livre III

DISPOSITIONS DIVERSES

Article III-1

Par dérogation à l'article I^{er}-1 du Livre I^{er}, 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-2

Les modificateurs et leurs codes sont les suivants :

- Urgence : Réalisation d'un acte non prévu 8 heures auparavant, entre 20 heures et 08 heures, le dimanche ou un jour férié, pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles.
 - Acte réalisé en urgence par les médecins ou les chirurgiens-dentistes entre 20 h et 08 h ; le code est U.
 - Acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens de 20h à 00h ou de 06h à 08h ; le code est P.
 - Acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens de 00h à 06h ; le code est S.Ces trois modificateurs ne concernent pas les forfaits et surveillances par vingt quatre heures.
 - Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié : le code est F.

Les codes U, P, S et F sont exclusifs les uns des autres et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par intervenant quel que soit le nombre d'actes qu'il réalise.

- Age du patient :
 - Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans : le code est A.
 - Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans : le code est E.
Cette majoration ne s'applique pas aux actes de radiographie du squelette entier, de l'hémisquelette, de radiologie vasculaire et de radiologie interventionnelle.
 - Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée chez un patient de moins de 1 an : le code est G.
 - Réalisation d'un acte de restauration coronaire et/ou d'endodontie sur des dents permanentes chez un enfant de moins de 13 ans : le code est N.
 - Extraction d'un corps étranger œsophagien ou bronchique chez un patient de moins de 3 ans ; le code est G.
 - Réalisation d'un acte de médecine nucléaire chez un patient de moins de 3 ans ; le code est G.

Article III-3

- A) Quand des actes techniques sont effectués dans le même temps qu'une consultation ou une visite 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 honoraires de celle-ci ne se cumulent pas avec ceux des actes techniques.
- B) Pour l'association d'actes techniques, le médecin ou le chirurgien-dentiste code les actes réalisés et indique, pour chacun d'entre eux, le code correspondant à la règle d'association devant être appliquée. Ces règles sont précisées ci-dessous et leurs modalités de codage sont décrites à l'annexe 2.

1. Règle générale :

L'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50% de sa valeur.

Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein.

Les suppléments peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein.

2. Dérogations :

- g) Dans les cas suivants, les actes associés sont tarifés à taux plein :

Les actes bucco-dentaires des sous-paragraphes suivants sont associables à taux plein quel que soit leur nombre (sauf les actes avec déclinaison numérique : cf. article I-12, alinéa 5, et article I-13, alinéa C).

Sont concernés :

Tous les actes des sous-paragraphes et paragraphes 07.01.04.01, 07.01.08.01, 0702.02.01, 07.02.02.03, 07.02.02.04, 07.02.02.05, 07.02.02.06, 07.02.02.08, 07.02.02.09, 07.02.02.10, 07.02.02.11, 07.02.02.12, 0702.02.15 ;

07.02.03 ;

07.02.05 ;

07.02.06.10 ;

11.02.05.02, 11.02.05.03, 11.02.05.04 ;

Les actes suivants du sous-paragraphe 11.02.05.05 : LGGA280, LBGA441, LBGA354, LBGA049, LBGA004, LBGA003, LBGA002, LBGA006, LBGA007, LBGA008, LBGA009, LBGA139, LBGA052 et LBGA168.

Les actes suivants du paragraphe 11.05.02 : HBLD057, HBLD078, HBLD056, HBLD084, HBMP001, LBLD014.

Modalités particulières :

- les actes bucco-dentaires figurant aux sous-paragraphes 07.02.02.05, 07.02.02.06, 07.02.02.08, 07.02.03.01, 07.02.03.02, 07.02.03.04, et 07.02.03.08 sont associables à eux-mêmes à taux plein ;

- les actes bucco-dentaires figurant aux sous-paragraphes 07.02.02.01, 07.02.03.03 (sauf HBLD217, HBLD171, HBLD031, HBLD035, HBLD047, HBLD046, HBLD048), 07.02.03.03 (sauf HBLD217, HBLD171, HBLD031, HBLD035, HBLD047, HBLD046, HBLD048), 07.02.03.05, 07.02.03.06, 07.02.03.07 et au paragraphe 19.02.11 sont associables à eux-mêmes à taux plein uniquement s'ils sont réalisés sur les deux arcades dentaires ;
 - les gestes complémentaires du sous-paragraphe 18.02.07.01 Radiographie intra-buccale rétroalvéolaire de la bouche sont associables une seule fois à taux plein aux actes auxquels ils se rattachent ;
 - il n'y a pas de limitation au nombre de gestes complémentaires HBMD082, HBMD072, HBMD081 et HBMD087 du sous-paragraphe 18.02.07.06 qui peuvent être codés à taux plein avec l'acte auquel ils se rapportent.
- h) Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin ou un chirurgien-dentiste réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation ou dans une unité de soins intensifs de cardiologie, en application des articles D. 6124-27 et D. 6124-107 du code de la santé publique, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le justifier dans le dossier médical du patient qui est tenu à la disposition du contrôle médical.

Cas particulier

Quand un médecin ou un chirurgien-dentiste réalise, dans le même temps des actes techniques de la CCAM définie au Livre II et des actes issus de la NGAP, deux actes au plus peuvent être tarifés hors actes de radiologie conventionnelle, dont le nombre n'est pas limité.

L'acte dont le tarif est le plus élevé est tarifé à 100% de sa valeur et le second à 50% ; les actes de radiologie conventionnelle sont tarifés selon les règles du paragraphe *i* ci-dessus.

Les actes NGAP cotés en TO ou ORT sont associés à taux plein.

Annexe 1 : Valeur monétaire et pourcentage des modificateurs
(Article III-2 du Livre III)

Code	Libellé	Valeur
U	Acte réalisé en urgence par les médecins ou les chirurgiens-dentistes, la nuit entre 20 heures et 8 heures	25,15 €
F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	19,06 €
E	Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans	+ 49%
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	+ 15,7%

Annexe 2 : Règles d'association
(Article III-3 B du Livre III)

Pour chaque acte de l'association, le médecin ou le chirurgien-dentiste indique le code association correspondant à la règle qui s'applique en conformité avec l'article III-3 B. A chaque code correspond un pourcentage qui s'applique au tarif de l'acte, majoré des modificateurs éventuels, quand ils sont en pourcentage.

1) Règle générale

L'association de deux actes ou plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50% de sa valeur.

Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein.

Les suppléments peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100 %
2ème acte	2	50 %
Supplément autorisé en plus des 2 actes	1	100 %

Dans le cas d'une association de 2 actes seulement, dont l'un est soit :

- un geste complémentaire,
- un supplément,

il ne faut pas indiquer de code association.

Si un acte est associé à un geste complémentaire et à un supplément, le code association est 1 pour chacun des actes.

2) Dérogations

g) Dans les cas suivants, plusieurs actes associés peuvent être tarifés à taux plein :

Les actes bucco-dentaires, y compris les suppléments autorisés avec ces actes, peuvent être associés à taux plein entre eux ou à eux-mêmes ou à un autre acte quel que soit le nombre d'actes bucco-dentaires :

- association d'actes bucco-dentaires entre eux : le code est 4 pour chacun des actes bucco-dentaires :

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte bucco-dentaire	4	100 %
Acte bucco-dentaire	4	100 %
Supplément	4	100 %

- association d'actes bucco-dentaires et d'un seul autre acte : le code est 4 pour chacun des actes :

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte bucco-dentaire	4	100 %
Autre acte (1 seul)	4	100 %
Supplément	4	100 %

- association d'actes bucco-dentaires et de deux actes relevant de la règle générale :
Pour les deux actes suivant la règle générale, les codes association sont 1 pour l'acte de tarif le plus élevé, 2 pour l'autre acte ; pour les actes bucco-dentaires ou les suppléments, le code association est 1. En effet, le code 4 ne peut pas être employé avec un autre code association.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte bucco-dentaire	1	100 %
Autre acte (tarif le plus élevé)	1	100 %
Autre acte (2e)	2	50 %
Supplément autorisé en plus des trois actes	1	100 %

LA NOMENCLATURE GENERALE

DES ACTES PROFESSIONNELS

DEFINITION DE LA NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS

La nomenclature générale des actes professionnels est un catalogue des actes techniques réalisés par les chirurgiens-dentistes, dans la limite de leur compétence, pris en charge par les organismes d'Assurance Maladie.

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels est régie par l'article **R. 162-52 du code de la Sécurité Sociale** :

"I. - Les tarifs fixés en application des conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1 sont déterminés d'après une liste des actes et prestations établie dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-7.

Cette liste peut comporter des majorations pour les actes accomplis dans des circonstances spéciales ou par certaines catégories de praticiens, en raison de leurs titres, de leur valeur scientifique, de leurs travaux ou de leur spécialisation. Elle détermine, en pareil cas, les conditions d'application de ces majorations.

La liste peut également comporter des prescriptions de nature à faciliter le contrôle médical de certains actes.

Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent I, préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par un organisme de sécurité sociale, le silence gardé pendant plus de quinze jours par cet organisme sur la demande de prise en charge vaut décision d'acceptation.

...

III. – La décision d'inscription d'un acte ou d'une prestation mentionne les indications thérapeutiques ou diagnostiques tenant compte notamment de l'état du patient ainsi que les conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie définit le tarif de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles de hiérarchisation établies par les commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7. Lorsque l'acte ou la prestation constitue une alternative à des traitements thérapeutiques déjà inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie évalue l'opportunité de l'inscription de l'acte ou de la prestation et définit, le cas échéant, son tarif au regard des coûts de mise en oeuvre comparés de ces différents traitements.

La décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sur les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription ou leur radiation, accompagnée des avis mentionnés au II ci-dessus et d'une estimation chiffrée de son impact financier, est transmise aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les ministres compétents peuvent s'opposer à la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans un délai de quarante-cinq jours. Passé ce délai, la décision est réputée approuvée.

L'opposition des ministres compétents est motivée et notifiée à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres en informent la Haute Autorité de santé et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, ainsi que les autres personnes morales mentionnées au premier alinéa du II ci-dessus.

Le coefficient de l'acte associé à une lettre clé représente la cotation de cet acte. Le montant de la base de remboursement d'un acte inscrit à la nomenclature est obtenu en multipliant la valeur monétaire en euro de la lettre clé par le coefficient.

Le coefficient découle d'un texte réglementaire : la nomenclature.

La lettre clé varie selon la qualité du praticien et/ou le type d'acte concerné. Sa valeur, fixée par voie conventionnelle, résulte de négociations entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie et les syndicats représentatifs des professions de santé puis d'une approbation par les Pouvoirs Publics.

Lorsqu'un chirurgien-dentiste réalise des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, le chirurgien-dentiste est tenu de mentionner ces actes sur la feuille de soins ou tout autre support en tenant lieu.

Lorsque le chirurgien-dentiste réalise des actes ou prestations non remboursables par l'assurance maladie, celui-ci n'établit pas de feuille de soins ni d'autre support en tenant lieu, conformément aux articles L. 162-4 et L. 162-8 du code de la sécurité sociale, et à l'article 4.2.1 de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les chirurgiens-dentistes et les caisses d'assurance maladie.

Dans les situations où le chirurgien-dentiste réalise des actes ou prestations remboursables et non remboursables au cours de la même séance, il porte uniquement les premiers sur la feuille de soins (article 4.2.1 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes).

Quelles que soient les conditions de prise en charge des actes et prestations, le principe de la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement prévue par les textes réglementaires s'impose à tous les praticiens :

"Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins." Article L.162-2-1 du code de la Sécurité Sociale.

"Le chirurgien-dentiste est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité et à l'efficacité des soins." Article R. 4127-238 du code de la santé publique.

"Les chirurgiens-dentistes, placés sous le régime de la présente convention, s'engagent à :

- respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de leur profession,
- faire bénéficier leurs patients de soins suivis, consciencieux, éclairés, attentifs et prudents et conformes aux données avérées de la science.

Les caisses reconnaissent aux chirurgiens-dentistes placés sous le régime de la présente convention la liberté du choix des thérapeutiques utilisées.

Dans le cadre de l'exercice de leur profession sous champ conventionnel, et conformément à la réglementation en vigueur, les chirurgiens-dentistes observent dans leurs actes et prescriptions la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité du traitement. Ils utilisent notamment les techniques les moins onéreuses à efficacité thérapeutique comparable."
(Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les chirurgiens-dentistes et les caisses d'Assurance maladie - Titre III La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses et la qualité des soins)

PREMIERE PARTIE

DISPOSITIONS GENERALES

PREMIERE PARTIE - DISPOSITIONS GENERALES

Article premier

Les nomenclatures prises en application de l'article 7 du décret n° 60-451 du 12 mai 1960 modifié établissent la liste, avec leur cotation, des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les médecins, et dans la limite de leur compétence, les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.

Ces nomenclatures s'imposent aux praticiens et auxiliaires médicaux pour communiquer aux organismes d'assurance maladie, tout en respectant le secret professionnel, et dans l'intérêt du malade, le type et la valeur des actes techniques effectués en vue du calcul par les organismes de leur participation.

Article 2. - Lettres clés et coefficients

Tout acte est désigné par une lettre clé et un coefficient.

1. Lettre clé

La lettre clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Selon le type de l'acte les lettres clés à utiliser sont les suivantes :

C - Consultation au cabinet par le médecin omnipraticien, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme

Cs - Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié

V - Visite au domicile du malade par le médecin omnipraticien, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme

Vs - Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié

TO - Traitement d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le chirurgien-dentiste

2. Coefficient.

Le coefficient est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel.

Article 3. - **Notation d'un acte**

Le praticien ou l'auxiliaire médical doit indiquer sur la feuille de maladie non pas la nature de l'acte pratiqué, mais simplement sa codification, comportant le numéro de code de l'acte figurant à la Nomenclature.

Toutefois, à titre transitoire, et jusqu'à la date à compter de laquelle l'obligation de codification deviendra effective, le médecin doit indiquer sur la feuille de soins :

1. la lettre clé prévue à l'article précédent selon le type de l'acte et la qualité de celui qui l'exécute ;
2. immédiatement après le coefficient fixé par la Nomenclature.

Article 4. - **Remboursement par assimilation**

1°. Lorsqu'un malade présente une pathologie inhabituelle justifiant un acte ne figurant pas à la Nomenclature, l'acte exceptionnel peut être assimilé à un acte de même importance porté sur la Nomenclature et, en conséquence, affecté du même coefficient. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'avis favorable du contrôle médical rendu après examen clinique du bénéficiaire par le praticien conseil et à l'accomplissement des formalités de l'entente préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Toutefois, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de quinze jours doit être considéré comme un accord tacite de la demande d'assimilation.

2°. Lorsqu'un acte ne figure pas à la Nomenclature en raison de l'évolution des techniques médicales, les ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et de l'Agriculture peuvent, sur proposition le cas échéant des caisses nationales d'assurance maladie compétentes, autoriser son remboursement par application d'une cotation provisoire qu'ils déterminent pour une période de un an renouvelable. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'accomplissement des formalités d'entente préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Le délai prévu au paragraphe C dudit article est, dans ce cas, porté à quinze jours, l'expiration de ce délai devant être considérée comme un assentiment à la demande d'assimilation.

Article 5. - **Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement**

Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession :

- a) Les actes effectués personnellement par un médecin ;
- b) Les actes effectués personnellement par un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, sous réserve qu'ils soient de leur compétence ;
- c) Les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de sa compétence.

Sauf cas expressément prévu par la présente nomenclature, un acte ne peut être noté par le praticien ou auxiliaire médical et donner lieu à remboursement que si, pendant la durée de son exécution, ce praticien ou auxiliaire médical s'est consacré exclusivement au seul malade qui en a été l'objet.

Article 7. – **Accord préalable**

La caisse d'assurance maladie ne participe aux frais résultant de certains actes que si, après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

A. - Indépendamment des cas visés dans d'autres textes réglementaires, sont soumis à la formalité de l'accord préalable :

1. Les actes ne figurant pas à la nomenclature et remboursés par assimilation, conformément aux dispositions de l'article 4 ;

2. Les actes ou traitements pour lesquels cette obligation d'accord préalable est indiquée par une mention particulière ou par la lettre AP.

B. - Lorsque l'acte est soumis à cette formalité, le praticien qui dispense cet acte (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, auxiliaire médical) est tenu, préalablement à son exécution, d'adresser au contrôle médical une demande d'accord préalable remplie et signée.

Lorsque l'acte doit être effectué par un auxiliaire médical, la demande d'accord préalable doit être accompagnée de l'ordonnance médicale qui a prescrit l'acte ou de la copie de cette ordonnance.

Les demandes d'accord préalable sont établies sur des imprimés conformes aux modèles arrêtés par le ministre des affaires sociales et de la santé.

C. - Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la date de réception de la demande d'accord préalable.

La réponse de la caisse d'assurance maladie doit être adressée au malade et en copie au praticien au plus tard le quinzième jour à compter de la date de réception de la demande par le service du contrôle médical, la caisse ou la mutuelle.

Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent article, préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par un organisme de sécurité sociale, le silence gardé pendant plus de quinze jours par cet organisme sur la demande de prise en charge vaut décision d'acceptation.

Faute de réponse dans ce délai, son assentiment est réputé acquis. Dans ce dernier cas, le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à la caisse d'assurance maladie sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.

Lorsque la demande est incomplète, la caisse indique au demandeur les pièces manquantes dont la production est indispensable à l'instruction de la demande. Elle fixe un délai pour la réception de ces pièces.

Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la réception des pièces requises.

Lorsqu'il y a urgence manifeste, le praticien dispense l'acte mais remplit néanmoins la formalité ci-dessus indiquée en portant la mention : "acte d'urgence".

D. - Lorsque la demande d'entente préalable porte sur des actes d'orthopédie dento-faciale, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de quinze jours, vaut accord de la demande.

Article 8. - Acte global et actes isolés

A) Acte global.

Les coefficients égaux ou supérieurs à 15 sont fixés à l'acte global, de ce fait ils comportent en sus de la valeur de l'acte celle :

- des soins préopératoires ;
- de l'aide opératoire éventuelle ;
- en cas d'hospitalisation, des soins postopératoires pendant la période de 20 jours qui suit le jour de l'intervention. Cependant, en cas de sortie de l'assuré avant le 20^e jour, si le praticien ayant effectué l'intervention estime pouvoir confier la poursuite de la surveillance postopératoire à un autre praticien, ce dernier pourra percevoir des honoraires ;
- en cas d'intervention sans hospitalisation des soins postopératoires pendant une période de dix jours. Cependant, si le praticien ayant effectué l'intervention estime pouvoir confier la poursuite de la surveillance postopératoire à un autre praticien, ce dernier pourra percevoir des honoraires.

Par contre, ces coefficients ne comprennent pas notamment :

- les honoraires dus éventuellement au praticien traitant assistant à l'intervention, qu'il y ait participé ou non ;
- les actes de radiologie et les analyses médicales nécessités par l'état du malade ;
- les frais de déplacement du médecin, lorsque celui-ci est appelé à se déplacer à l'occasion des soins consécutifs à l'intervention ;
- la fourniture des articles de pansement.

Les honoraires de chaque médecin doivent être notés sur des feuilles de maladie distinctes, notamment ceux du médecin traitant assistant à l'intervention et ceux du médecin anesthésiste réanimateur.

B) Acte isolé.

1°. Les coefficients inférieurs à 15 ne sont pas fixés à l'acte global et correspondent à des actes isolés. De ce fait, les actes (pansements, par exemple) consécutifs à des interventions d'un coefficient inférieur à 15 sont cotés à part.

Le médecin ne doit noter une consultation ou une visite que lorsque les séances de soins consécutives à l'intervention s'accompagnent d'un examen du malade (Cf. article 15).

2°. Lorsqu'il s'agit d'actes multiples effectués au cours de la même séance (Cf. article 11-B) les soins consécutifs sont honorés à part, même si le coefficient total correspondant à l'ensemble des actes dépasse 15, à la condition que le coefficient isolé de chacun des actes soit au plus égal à 14.

Article 11. - Actes multiples au cours de la même séance

A) Actes effectués dans la même séance qu'une consultation.

Les honoraires de la consultation et de la visite ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes exécutés au cours de la même séance, sauf exceptions prévues ci-dessous.

Seul l'acte dont les honoraires sont les plus élevés est noté sur la feuille de maladie.

Exceptions :

- la consultation donnée par un chirurgien ou un spécialiste qui examine un malade pour la première fois dans un établissement de soins peut être notée sur la feuille de maladie en sus de l'intervention chirurgicale qui lui fait immédiatement suite lorsque cette intervention est pratiquée d'urgence et entraîne l'hospitalisation du malade ;
- le cumul des honoraires de l'acte de prélèvement cervicovaginal du titre XI, chapitre I^{er}, article 2, avec ceux de la consultation. Dans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50 % de sa valeur. Ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les trois ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de deux frottis cervico-utérins annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans, selon les recommandations de la HAS de juillet 2010.

Par extension, les majorations prévues à la NGAP ne peuvent pas être appliquées à des actes techniques figurant à la CCAM et les modificateurs prévus au chapitre 19.03 de la CCAM ne peuvent pas être appliqués aux actes relevant de la NGAP.

B) Actes en SF, SFI, AMS, AMK, AMC, AMI, AIS, AMP, AMY effectués au cours de la même séance.

1. Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes inscrits à la nomenclature sont effectués sur un même malade par le même praticien, l'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre.

Le deuxième acte est ensuite noté à 50 % de son coefficient.

Toutefois, le second acte est noté à 75 % de son coefficient en cas d'intervention de chirurgie soit pour lésions traumatiques multiples et récentes, soit portant sur des membres différents, ou sur le tronc ou la tête et un membre.

Les actes suivant le second ne donnent pas lieu à honoraires et n'ont pas à être notés sur la feuille de maladie. Toutefois, en cas de lésions traumatiques multiples et récentes, le troisième acte opératoire éventuel est exceptionnellement noté à 50 % de son coefficient.

2. En cas d'actes multiples au cours de la même séance, le praticien ne doit pas noter le coefficient global, mais les coefficients correspondant à chacun des actes effectués, afin de permettre le contrôle médical et, le cas échéant, l'application de la règle prévue au paragraphe B de l'article 8.

3. Lorsque plusieurs actes sont accomplis dans la même séance sur un même malade, ils ne peuvent donner lieu à honoraires pour plusieurs praticiens que si ceux-ci sont des spécialistes ou compétents exclusifs ou des auxiliaires médicaux de disciplines différentes.
Pour chaque praticien, les actes sont notés conformément aux 1° et 2° ci-dessus.

4. Les dispositions du présent paragraphe ne s'appliquent pas :
a) aux actes nécessitant l'utilisation de radiations ionisantes.

Article 14. - Actes effectués la nuit ou le dimanche

Lorsque, en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, les actes sont effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés, ils donnent lieu, en plus des honoraires normaux et, le cas échéant, de l'indemnité de déplacement, à une majoration.

Sont considérés comme actes de nuit les actes effectués entre 20 heures et 8 heures, mais ces actes ne donnent lieu à majoration que si l'appel au praticien a été fait entre 19 heures et 7 heures.

A) Actes effectués par les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.

1° Visites du dimanche, de jours fériés légaux, visites de nuit, actes de coefficient inférieur à 15, forfait d'accouchement.

A la valeur des lettres clés V, Vs et VNPSY et exceptionnellement C, Cs et CNPSY, de même qu'à celles des actes K, KC, KE, Z, D, DC et SF d'un coefficient inférieur à 15 et au forfait d'accouchement, s'ajoute une majoration du dimanche ou une majoration de nuit, dont la valeur est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

En matière d'accouchement, seule est à prendre en considération pour l'octroi de cette majoration l'heure de la naissance.

2° Actes d'un coefficient égal ou supérieur à 15.

Actes de nuit

Pour les actes en K, KC, KE, Z, D, DC et SF, d'un coefficient égal ou supérieur à 15, la majoration est égale à 10 % du coefficient de l'acte, sans pouvoir dépasser 15 fois la valeur de la lettre clé, ni être inférieure à la valeur de la majoration prévue au 1° ci-dessus.

Actes du dimanche et jours fériés légaux

Pour les actes en K, KC, KE, Z, D, DC et SF, d'un coefficient égal ou supérieur à 15, la majoration est égale à 5 % du coefficient de l'acte, sans pouvoir dépasser 8 fois la valeur de la lettre clé, ni être inférieure à la valeur de la majoration prévue au 1° ci-dessus.

Article 15. - **Contenu de la consultation, de la visite**

La consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique.

Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (tels que prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, etc.), ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci (injections sous-cutanée, intradermique, intramusculaire, petit pansement, etc.).

La consultation ou la visite du médecin spécialiste qualifié ou du chirurgien-dentiste spécialiste qualifié, comporte également les actes de diagnostic courants propres à sa spécialité.

Toutefois, lorsque ces actes ne sont pas accompagnés d'un examen du malade (notamment s'ils sont effectués en série) - l'intervention du praticien n'ayant pas alors la valeur technique d'une consultation - le praticien doit noter, non une consultation ou une visite, mais le coefficient de l'acte pratiqué.

DEUXIEME PARTIE

ACTES N'UTILISANT PAS

LES RADIATIONS IONISANTES

TITRE III - ACTES PORTANT SUR LA TETE

Chapitre VI - Maxillaires

Article 5. - Orthopédie dento-faciale

La responsabilité de l'assurance maladie est limitée aux traitements commencés avant le seizième anniversaire.

Tout traitement doit concerner les dysmorphoses corrigibles, et doit être commencé au plus tard six mois après la date de l'accord sous peine de la caducité de celui-ci.

1° Examens

Examens avec prise d'empreinte, diagnostic et durée probable du traitement (les examens spéciaux concourant à l'établissement de ce diagnostic, et notamment radiographie dentaire, radiographie et téléradiographie de la tête sont remboursés en sus) 15
- avec analyse céphalométrique, en supplément 5

2° Traitements (accord préalable)

Rééducation de la déglutition et/ou de l'articulation de la parole : voir titre IV, chapitre II, article 2.

Lorsque la rééducation et le traitement sont effectués par le même praticien, la cotation de la rééducation ne peut en aucun cas, s'ajouter à la cotation globale prévue pour le traitement d'orthopédie dento-faciale.

Traitement des dysmorphoses :
- par période de six mois 90
- avec un plafond de 540

En cas d'interruption provisoire du traitement :
- séance de surveillance (au maximum 2 séances par semestre) 5

L'accord préalable est nécessaire pour chaque renouvellement annuel des soins. Cette entente peut porter sur une fraction d'année.

Le contrôle dentaire peut demander des examens qui seront remboursés dans les conditions habituelles.

Contention après traitement orthodontique :
Un avis technique favorable pour la contention ne peut être donné que si le traitement a donné des résultats positifs et dans la mesure où il se justifie techniquement :
- première année 75
- deuxième année 50

Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance

respiratoire confirmée	180
Orthopédie des malformations consécutives au bec-de-lièvre total ou à la division palatine :	
- forfait annuel, par année	200
- en période d'attente	60
Traitement d'orthopédie dento-faciale au delà du seizième anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires, pour une période de six mois non renouvelable	90
La demande d'entente préalable doit être accompagnée d'une lettre du praticien qui doit effectuer l'intervention chirurgicale, motivant l'exécution du traitement	