

# Avis et communications

## AVIS DIVERS

### MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

#### **Avis relatif à l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie, signé le 16 avril 2012**

NOR : AFSS1229645V

Est réputé approuvé, en application de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie, conclu le 16 avril 2012, entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Confédération nationale des syndicats dentaires et l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie.

#### AVENANT N° 2

##### À LA CONVENTION NATIONALE DESTINÉE À ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES CHIRURGIENS-DENTISTES LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE

Entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, représentée par M. Frédéric VAN ROEKEGHEM,

Et :

La Confédération nationale des syndicats dentaires, représentée par M. Roland L'HERRON (président),

Et :

L'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie, représentée par M. Fabrice HENRY (président) ;

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-1-7, L. 162-9, L. 162-14-1, L. 322-3 ;

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 1434-7 ;

Vu l'article 128 (IV) de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu l'article L. 1111-3 du code de la santé publique modifié par l'article 13 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, signée les 11 et 19 mai 2006 et publiée au *Journal officiel* du 18 juin 2006, ses annexes, et reconduite le 18 juin 2011 ;

Il a été convenu ce qui suit :

#### *Préambule*

L'UNCAM et deux des syndicats représentatifs de la profession des chirurgiens-dentistes libéraux ont conclu, les 11 et 19 mai 2006, une convention nationale, reconduite le 18 juin 2011.

Au travers de cette convention, les parties signataires se sont engagées autour de trois thèmes principaux :

- l'accès pour les assurés à des soins de qualité ;
- la réévaluation des soins conservateurs et chirurgicaux les plus importants par une modification de la nomenclature ;
- le renforcement et le développement de la prévention et de l'éducation bucco-dentaire pour un accès précoce aux soins conservateurs.

Elles entendent ainsi, dans le cadre du présent avenant, mettre en œuvre les mesures prévues dans la convention et non mises en place à ce jour, notamment la revalorisation des tarifs de la consultation, de la visite, des soins conservateurs et chirurgicaux réalisés dans les DOM, ainsi que le développement de la prévention bucco-dentaire des femmes enceintes.

En effet, cette population, particulièrement sensible aux pathologies bucco-dentaires, nécessite de pouvoir bénéficier d'un examen de prévention bucco-dentaire pendant la grossesse, et ce dans le respect des recommandations de la Haute Autorité de santé.

Par ailleurs, compte tenu de la diminution des effectifs des chirurgiens-dentistes libéraux, de l'ordre de - 0,1 % en moyenne entre 2000 et 2010, et des disparités géographiques de la démographie de la profession, les partenaires conventionnels considèrent nécessaire de rééquilibrer l'offre de soins dentaires en vue de réduire les écarts existant au sein de chaque région.

Ainsi, et pour contribuer à l'amélioration de l'accès à l'offre de soins dentaires, les parties signataires conviennent de mettre en place un dispositif d'incitation à l'installation et au maintien d'exercice dans les zones les moins dotées.

En outre, les parties signataires s'accordent sur la nécessité de préserver l'accès aux soins dentaires aux assurés sociaux les dimanches et jours fériés. A cet effet, elles s'engagent à s'impliquer dans un dispositif de permanence des soins dentaires, en coordination avec les pouvoirs publics.

Par ailleurs, les parties signataires souhaitent rappeler leur attachement à la promotion des soins conservateurs, dans un intérêt de santé publique mais également d'équilibre et de solvabilité de la dépense, pour les patients, les organismes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires ainsi que pour les chirurgiens-dentistes.

Dans cet objectif, l'intégration de l'activité dentaire de la classification commune des actes médicaux pour les chirurgiens-dentistes privilégiera la revalorisation de ces soins.

Les parties signataires s'engagent à tout mettre en œuvre pour que celle-ci soit opérationnelle dès 2013.

Enfin, dans un souci de transparence et d'amélioration de l'information des traitements proposés, elles souhaitent établir un devis-type, conformément à l'article L. 1111-3 du code de la santé publique, modifié par la loi Fourcade du 10 août 2011.

De même, les parties signataires souhaitent améliorer les relations entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes dans le cadre de la démarche de simplification administrative afin notamment de finaliser les travaux de suppression de l'entente préalable pour les renouvellements de semestres d'orthopédie dento-faciale, et ce sous réserve des modifications de la liste des actes et prestations par le biais d'une décision UNCAM, conformément à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

#### Article 1<sup>er</sup>

### **Renforcer la prévention bucco-dentaire et étendre l'examen de prévention aux femmes enceintes**

Les partenaires conventionnels réaffirment leur implication dans la politique d'amélioration de la santé bucco-dentaire au travers de la prévention, qui, dans ce domaine, a apporté la preuve de son efficacité et demeure à ce jour le meilleur outil de maîtrise médicalisée.

Depuis sa création, les partenaires conventionnels ont démontré leur fort investissement dans ce dispositif, en l'étendant notamment progressivement à tous les enfants, relevant de catégories d'âges clés au niveau de la santé dentaire (9, 12, 15, 18 ans).

Plus récemment, dans le cadre de la convention d'objectif et de gestion de l'assurance maladie pour 2010-2013, l'extension de la prévention bucco-dentaire s'est matérialisée par des actions en faveur des populations défavorisées (ZEP), déployées au niveau local dès 2011, avec notamment une sensibilisation des enfants dans les établissements scolaires de ces zones.

En 2011, le taux de participation à l'examen de prévention bucco-dentaire (EBD) observé tous âges confondus a été de 32 %, et de 41,5 % pour les enfants âgés de 6 ans, soit une progression respective de plus de trois points pour l'un et de plus de six points pour l'autre depuis 2008.

Bien que ces résultats soient encourageants, des marges de progression subsistent.

Face à cet enjeu, les parties signataires décident d'améliorer les résultats sur la participation à cet examen bucco-dentaire et conviennent de la nécessité de l'étendre à d'autres catégories de population.

Les parties signataires s'inscrivent ainsi dans une démarche d'extension des actions incitatives mises en œuvre dans le cadre du dispositif de prévention bucco-dentaire, prévu pour les enfants ou adolescents âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, en direction des femmes enceintes dès le quatrième mois de grossesse.

Ils considèrent en effet l'amélioration de la santé bucco-dentaire des femmes enceintes et la sensibilisation précoce à la préservation de celle de leur futur enfant comme étant de véritables enjeux de santé publique.

Les femmes enceintes représentent ainsi une catégorie de la population particulièrement sensible aux pathologies bucco-dentaires. En effet lors de la grossesse, les femmes sont sujettes à des modifications physiologiques entraînant des bouleversements en termes de santé bucco-dentaire, en raison des variations hormonales induites par leur état. Ces pathologies bucco-dentaires peuvent avoir des conséquences graves sur leur santé et celle de l'enfant qu'elles portent.

De plus, les femmes enceintes sont réceptives aux messages de prévention sur la santé bucco-dentaire des jeunes enfants.

La femme enceinte, dès le quatrième mois de grossesse, bénéficiera ainsi d'un examen de prévention.

Les parties signataires s'engagent à saisir les pouvoirs publics dans les meilleurs délais afin que des évolutions législatives interviennent dès 2012, notamment sur les modalités de prise en charge du ticket modérateur.

Cet examen est valorisé à 30 euros. Il est complété, si nécessaire, par des radiographies intrabuccales, quelle que soit la technique utilisée. Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- examen avec réalisation d'un ou deux clichés : 42 euros ;
- examen avec réalisation de trois ou quatre clichés : 54 euros.

Dans les cas où il n'y a qu'un acte à réaliser, celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

En outre, les parties signataires conviennent de revaloriser l'examen de prévention bucco-dentaire à destination des 6, 9, 12, 15 et 18 ans, dans le cadre du programme MT'dents à hauteur de 30 euros. Les forfaits avec radiographies sont revalorisés au même tarif que ceux prévus dans le cadre de l'examen bucco-dentaire des femmes enceintes. Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- examen avec réalisation de un ou deux clichés : 42 euros ;
- examen avec réalisation de trois ou quatre clichés : 54 euros.

De plus, les parties signataires seront associées aux campagnes d'information relatives à la prévention bucco-dentaire. Les supports et leur contenu seront présentés et feront l'objet d'une concertation en CPN.

L'assurance maladie s'engage enfin à accompagner la mise en œuvre de ces dispositifs auprès des futures mères et des chirurgiens-dentistes au travers d'une campagne d'information (échanges confraternels, PRADO, plaquette maternité...)

Ces dispositions entreront en vigueur à l'expiration du délai fixé à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

## Article 2

### Permanence des soins dentaires

Conformément aux orientations fixées par le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, les partenaires conventionnels souhaitent favoriser l'harmonisation de la permanence des soins dentaires sur l'ensemble du territoire pour la rendre plus efficiente, en instaurant une rémunération de l'astreinte en contrepartie de la participation des chirurgiens-dentistes à la permanence des soins dentaires.

Ils conviennent, de plus, de revaloriser la majoration des actes pratiqués dans ce cadre.

#### 2.1. Rémunération de l'astreinte

La participation du chirurgien-dentiste au dispositif de permanence des soins dentaires est formalisée par une inscription nominative sur le tableau départemental de garde et par une intervention régulée.

Sur un secteur donné, le paiement de l'astreinte s'effectue au profit du chirurgien-dentiste libéral conventionné inscrit au tableau de garde.

Pour justifier du versement de la rémunération de l'astreinte, le chirurgien-dentiste de permanence s'engage à être disponible et joignable pendant les heures d'astreinte afin de prendre en charge le patient dans les meilleurs délais.

Les chirurgiens-dentistes de permanence remplissant les engagements ci-dessus bénéficieront d'une rémunération de 75 euros par demi-journée d'astreinte les dimanches et jours fériés.

#### 2.2. Mise en place d'une majoration spécifique des actes réalisés dans le cadre d'une permanence des soins dentaires

Les partenaires conventionnels expriment leur volonté de valoriser par le biais d'une majoration spécifique les actes réalisés dans ce cadre, pour tenir compte de la mobilisation du plateau technique, dans un souci de qualité et d'efficience de l'organisation des soins.

Ainsi, dès lors que le chirurgien-dentiste conventionné mentionné sur le tableau de gardes et inscrit auprès du conseil départemental de l'ordre interviendra à la demande de la régulation, il bénéficiera d'une majoration spécifique pour les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins dentaires.

La nature et le montant de cette majoration sont définis à l'annexe V.

#### 2.3. Evaluation du dispositif

L'application du dispositif financier mis en place par le présent avenant fera l'objet d'une évaluation, tant au regard de ses effets sur l'implication des chirurgiens-dentistes libéraux dans le fonctionnement de la permanence des soins dentaires que de l'évolution des dépenses de l'assurance maladie liées directement ou indirectement à son organisation.

Ces dispositions entreront en vigueur à l'expiration du délai fixé à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

## Article 3

**Favoriser un meilleur accès  
à l'offre de soins dentaires sur le territoire**

Les parties signataires confirment leur souhait de parvenir à un meilleur équilibre de l'offre de soins dentaires sur le territoire. Compte tenu de l'évolution démographique de la profession, cette volonté se traduit par la mise en place de mesures incitatives permettant d'améliorer l'accès aux soins dentaires dans les zones « très sous-dotées ».

Le présent article est applicable, après publication, dans la région administrative concernée des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des chirurgiens-dentistes libéraux, conformément à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, sous réserve de l'entrée en vigueur des mesures envisagées à l'article 8 du présent avenant.

*3.1. Améliorer l'accès aux soins dentaires  
dans les zones « très sous-dotées »*

L'étude de la répartition actuelle des chirurgiens-dentistes libéraux fait apparaître des disparités géographiques de l'ordre de 1 à 4 au niveau départemental, qui peuvent conduire, dans les zones à faible densité, à des difficultés d'accès aux soins rencontrées par les patients, associées à une charge de travail accrue pour les chirurgiens-dentistes.

Les parties signataires affirment leur souhait d'améliorer l'accès aux soins dentaires dans les zones « très sous-dotées » en s'accordant sur des critères permettant de contribuer à la définition de ces zones et en mettant en place des mesures incitatives pour les installations et pour le maintien de l'activité dans les zones « très sous-dotées ».

Les effets de ces mesures seront étudiés dans le cadre de l'observatoire conventionnel national, anciennement dénommé observatoire des dépenses dentaires (article 3.4 de la convention), cité à l'article 4 du présent avenant.

Les parties signataires s'entendent également pour diffuser largement les constats réalisés par l'observatoire national en matière de répartition démographique des chirurgiens-dentistes libéraux.

*3.2. Mettre en œuvre des mesures de rééquilibrage  
de l'offre de soins dentaires sur le territoire**3.2.1. Mesures destinées à favoriser le maintien  
et l'installation en zone « très sous-dotée »*

Les parties signataires souhaitent mettre en œuvre des mesures incitatives dans les zones « très sous-dotées ».

Elles estiment en effet nécessaire, par des mesures structurantes, de privilégier l'implantation des chirurgiens-dentistes libéraux dans les zones « très sous-dotées » et de favoriser le maintien de l'activité des chirurgiens-dentistes qui y sont d'ores et déjà installés. Elles souhaitent permettre aux professionnels concernés de limiter leurs contraintes financières et de réaliser des investissements, de se former et ainsi de contribuer à améliorer la qualité des soins dentaires délivrés sur l'ensemble du territoire.

Sur la base notamment des dispositions figurant aux articles L. 162-9 (7°) et L. 162-14-1 (4°) du code de la sécurité sociale, les parties signataires créent une option conventionnelle à adhésion individuelle appelée « contrat incitatif chirurgien-dentiste » destinée à favoriser l'installation et le maintien des chirurgiens-dentistes libéraux en zones « très sous-dotées », dans le cadre duquel sont allouées une participation à l'équipement et aux frais de fonctionnement en lien direct avec l'exercice professionnel ainsi qu'une participation adaptée des caisses aux cotisations sociales obligatoires.

Les modalités de cette option sont définies aux annexes II à IV du présent avenant.

*3.2.2. Mesures d'accompagnement du dispositif d'incitation  
de la démographie des chirurgiens-dentistes libéraux*

Dans les zones « très sous-dotées », des mesures d'incitation à l'installation et au maintien en exercice libéral sont proposées, suivant le dispositif qui figure au paragraphe 3.2.1 du présent avenant.

Les parties signataires conviennent de promouvoir, en liaison avec les pouvoirs publics, une offre de services destinée à informer les chirurgiens-dentistes souhaitant s'installer en exercice libéral et se conventionner, sur la répartition démographique de la profession.

L'assurance maladie s'engage à accompagner la mise en œuvre du dispositif aussi bien auprès des chirurgiens-dentistes déjà installés que de ceux ayant un projet d'installation.

Une campagne d'information ciblée est organisée par le biais d'un courrier individualisé envoyé, une fois par an, aux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés, sur le dispositif d'option conventionnelle appelé « contrat incitatif chirurgien-dentiste », leur proposant de contractualiser avec l'assurance maladie. Celle-ci met à leur disposition un contrat, d'une durée de 3 ans ou 5 ans, permettant l'adhésion au dispositif d'incitation prévu à l'article 3.2.1.

Cette campagne d'information sera relayée par le biais d'échanges confraternels. Elle vise à expliquer les mesures prévues au présent avenant ainsi que les différentes aides destinées à favoriser le conventionnement dans les zones déficitaires.

### *3.3. Suivi, évaluation et adaptation des différentes mesures de nature à préserver et améliorer l'accès aux soins*

Les commissions paritaires régionales, définies à l'article 6 du présent avenant, seront chargées d'évaluer l'impact au niveau régional des mesures prévues au présent avenant.

De même, les parties signataires s'entendent pour qu'un suivi et une évaluation des mesures figurant au présent avenant soient réalisés au niveau national, dans le cadre de l'observatoire national des dépenses dentaires, visé à l'article 4.

En cas de nécessité, les parties signataires feront évoluer le dispositif instauré par le présent avenant.

Une évaluation de l'impact du dispositif sur l'offre de soins dentaires sera réalisée 3 ans après l'entrée en vigueur du présent avenant dans le cadre de l'observatoire conventionnel national visé à l'article 4.

En fonction des résultats de cette évaluation, les parties signataires pourront proposer les adaptations utiles au dispositif de rééquilibrage de l'offre de soins instauré par le présent accord.

## Article 4

### **Evaluation et suivi de la profession des chirurgiens-dentistes par un observatoire conventionnel national**

Les partenaires conventionnels s'accordent pour confier à l'observatoire des dépenses dentaires, instauré par l'article 3.4 de la convention, le suivi de la démographie des chirurgiens-dentistes et l'évaluation de la portée du dispositif instauré par le présent avenant en termes d'amélioration de l'offre de soins et des conditions d'exercice des chirurgiens-dentistes exerçant dans ces zones. Il est renommé observatoire conventionnel national.

Il a, en complément des missions précédemment dévolues par la convention, pour mission le suivi et l'évaluation des mesures conventionnelles innovantes, dans leurs aspects médico-économiques, juridiques ou financiers.

Il mène des études en fonction des données disponibles et des possibilités offertes par les systèmes d'information.

Il évalue la portée du dispositif démographique conventionnel en termes d'amélioration de l'offre de soins et des conditions d'exercice des chirurgiens-dentistes libéraux exerçant dans les zones « très sous-dotées ».

Il se réunit au moins une fois par an et au plus tard le 31 décembre de chaque année, suivant la publication du présent avenant au *Journal officiel*.

## Article 5

### **Mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour l'activité bucco-dentaire**

Les parties signataires s'accordent à reconnaître la nécessité d'une revalorisation des soins conservateurs dans un intérêt de santé publique.

La mise en œuvre de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire permettra de prendre en compte l'évolution des pratiques professionnelles, de décrire plus précisément l'activité technique des chirurgiens-dentistes et d'assurer ainsi une meilleure visibilité de leur pratique.

Afin de favoriser la santé bucco-dentaire des patients, il est préférable de recourir à la prévention et aux soins conservateurs.

Il est donc de l'intérêt des patients et des organismes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires de favoriser une revalorisation des soins conservateurs et chirurgicaux.

La mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire constitue à ce titre une opportunité.

A cet effet, elles conviennent de revaloriser les actes suivants : les obturations coronaires des cavités 1 face (passage de SC 7 à SC 8 pour les adultes, et passage de SC 8 à SC 9 pour les enfants), 2 faces (passage de SC 12 à SC 14 pour les adultes, et passage de SC 14 à SC 16 pour les enfants).

Les parties signataires s'engagent à mettre en œuvre les moyens nécessaires afin de rendre opérationnelle la facturation des actes dentaires par la classification commune des actes médicaux au 1<sup>er</sup> juillet 2013.

Un avenant conventionnel précisant les tarifs de tous les actes de la classification commune des actes médicaux pris en charge par l'assurance maladie sera conclu au plus tard le 31 octobre 2012.

Est annexée en annexe VI au présent avenant la liste des actes bucco-dentaires tels qu'ils pourraient être inscrits à la CCAM, sous réserve d'une mise en œuvre par une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations, conformément aux dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

En outre, afin de prendre en compte les évolutions de la pratique et des techniques, les parties signataires mettront en place, dans le cadre de l'observatoire conventionnel national créé à l'article 4 du présent avenant, un suivi de la mise en œuvre de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire et proposeront des adaptations éventuelles.

Enfin, les parties signataires envisageront l'accès des organismes d'assurance maladie complémentaires aux données de la CCAM dans le respect des textes législatifs et réglementaires régissant la collecte et le traitement des données de santé des patients, et notamment de la loi n° 78-17 relative à l'informatique et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Dans cette perspective, les conditions d'accès seront définies préalablement à la signature de l'avenant conventionnel qui mettra en œuvre la classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire.

## Article 6

### Mise en place d'une commission paritaire régionale

A la suite de l'article 7.2.2 de la convention nationale est ajouté un nouvel article 7.2.2 *bis*, nommé « Commission paritaire régionale (CPR) ».

Sont alors insérés dans la convention nationale les paragraphes suivants :

« Il est institué une commission paritaire dans chaque région, qui se réunit en tant que de besoin et au minimum une fois par an.

« Celle-ci est composée pour moitié :

« – de représentants des caisses d'assurance maladie, qui constituent la section sociale ;

« – de représentants des organisations régionales des syndicats signataires de la convention, qui constituent la section professionnelle.

#### « 1. Composition

« *Les membres titulaires*

« Section professionnelle

« La section professionnelle comprend 6 sièges et 2 sièges supplémentaires par syndicat au-delà de 2 syndicats signataires, à répartir au sein de la section.

« Chaque organisation régionale de syndicat national signataire et/ou chaque syndicat régional appartenant à une organisation nationale signataire désigne ses représentants chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés exerçant à titre principal dans la région.

« Section sociale

« La section sociale comprend un nombre de sièges équivalents afin d'établir la parité.

« La qualité de membre d'une profession de santé libérale en exercice libéral est incompatible avec celle de représentant d'un organisme d'assurance maladie.

« La section sociale comprend un nombre de sièges équivalents afin d'établir la parité, répartis comme suit :

« 3 représentants du régime général : 1 administratif, 1 conseiller, 1 praticien-conseil ;

« 2 représentants du régime agricole ;

« 1 représentant du régime des professions indépendantes.

Au-delà de 2 syndicats signataires, les sièges supplémentaires de la section sociale sont attribués au régime général.

« *Les membres suppléants*

« Un nombre identique de suppléants est désigné dans les mêmes conditions que les membres titulaires afin de siéger en leur absence.

« *Composition en "formation chirurgiens-dentistes"*

« En "formation chirurgiens-dentistes", la CPR est composée :

« – de la section professionnelle telle que décrite *supra* ;

« – des praticiens de la section sociale. Afin d'assurer la parité, les praticiens de la section sociale se répartissent le même nombre de voix que les praticiens de la section professionnelle.

#### « 2. Missions

« La commission paritaire régionale exerce les attributions qui lui sont dévolues par le présent avenant.

- « La commission paritaire est chargée notamment des missions suivantes :
- « – elle facilite l'application de la convention par une concertation permanente sur le plan régional entre les caisses et les représentants des chirurgiens-dentistes. En cas de désaccord entre les parties, l'une ou l'autre peut soumettre le dossier à la commission paritaire nationale ;
  - « – elle suit et évalue au niveau régional l'impact des mesures d'incitation à l'installation et au maintien de l'activité, notamment dans les zones "très sous-dotées". Au regard des résultats régionaux et des éventuelles difficultés rencontrées dans l'application des mesures de rééquilibrage de l'offre en chirurgien-dentiste libéral, la commission peut proposer des adaptations ;
  - « – elle étudie les documents statistiques et économiques permettant de mieux identifier dans la région les besoins de santé de la population, l'activité des chirurgiens-dentistes, d'évaluer le coût des soins, la répartition de l'offre de soins en chirurgiens-dentistes ;
  - « – elle suit l'évolution régionale des dépenses de santé en rapport avec les actes dentaires et analyse ces dépenses au regard des besoins de santé de la population ;
  - « – elle met en place des actions d'information et/ou de sensibilisation des professionnels, actions qui seront relayées par les caisses ;
  - « – elle informe régulièrement de ses travaux la CPN, qui fait le lien avec l'observatoire national sur ces sujets.
- « La CPR adresse à la CPN au cours du dernier trimestre de chaque année un rapport sur ses activités de l'année en cours.

### « 3. Fonctionnement

« La commission doit être mise en place six mois au plus tard après la date d'entrée en vigueur du présent avenant.

« Lorsque le délai de six mois après la date d'entrée en vigueur du présent avenant est écoulé, le directeur en charge, dans la région, de la coordination de la gestion du risque désigne la caisse qui se substitue de plein droit dans les attributions de la commission paritaire régionale le temps que celle-ci se mette en place.

« La commission paritaire régionale se réunit sur convocation de son président au moins une fois par an.

« Le secrétariat de l'instance est assuré par la caisse désignée par le directeur coordonnateur de la gestion du risque.

« Toutes les autres dispositions de l'article 7.2.3 et de l'annexe IV de la convention nationale (indemnités de vacations, présidence, carence, quorum...) sont applicables au fonctionnement des CPR. »

## Article 7

### Mise en place d'un modèle type de devis dentaire

Les parties signataires s'accordent sur la mise en place d'un modèle de devis type.

En conséquence, le présent article modifie le premier paragraphe du 2 de l'article 4.2.1 de la convention comme suit :

« Avant l'élaboration d'un traitement pouvant faire l'objet d'une entente directe sur les honoraires, le chirurgien-dentiste doit remettre à l'assuré un devis descriptif écrit, établi conformément à l'article L. 1111-3 modifié du code de la santé publique et comportant notamment : [...] »

Le modèle type établi en annexe VII du présent avenant se substitue à l'annexe III de la convention.

Dans le cadre de l'avenant visé à l'article 5 du présent texte, ce modèle de devis sera adapté pour tenir compte de la mise en place de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013.

En cas de difficulté d'application, la commission paritaire nationale sera compétente pour étudier le sujet et proposera toute solution adaptée aux situations particulières.

## Article 8

### Valorisation de l'activité des chirurgiens-dentistes

Compte tenu de l'engagement effectif de la profession dans des mesures structurantes en matière de répartition de l'offre de soins dentaires et de la permanence des soins dentaires, selon les modalités définies au présent avenant, ainsi que dans la prévention bucco-dentaire par l'extension du champ des bénéficiaires aux femmes enceintes, les parties signataires décident de revaloriser l'activité dentaire de la manière suivante :

- le tarif de la consultation et de la visite est fixé à 23 euros en France métropolitaine ; et
- dans une première étape dans les départements d'outre-mer, le tarif de la consultation et de la visite est fixé à 25,30 euros (Antilles) et 27,60 euros (Guyane, La Réunion et Mayotte). De même, dans ces départements, les montants des lettres clés SC et DC sont fixés respectivement à 2,60 euros et 2,25 euros.

Ces nouveaux tarifs entrent en vigueur à l'expiration du délai fixé à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Compte tenu de la décision à venir de l'UNCAM de supprimer le supplément de numérisation des clichés radiographiques pour les chirurgiens-dentistes, en cohérence avec les décisions déjà prises pour les médecins, les parties signataires proposent d'harmoniser les cotations des radiographies argentiques et numériques, notamment en portant à 6 le coefficient du premier cliché radiographique intrabuccal rétroalvéolaire d'un secteur de 1 à 3 dents contiguës.

Ils proposent également dans le cadre des traitements endodontiques et de soins de revoir les règles de facturation des examens radiographiques intrabuccaux rétroalvéolaires et proposent la création d'actes permettant la facturation de deux radiographies supplémentaires au plus, dont le coefficient est porté à 3 chacune.

Ces dispositions seront applicables sous réserve des modifications de la liste des actes et prestations mentionnées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Fait à Paris, le 16 avril 2012.

Pour l'Union nationale des caisses d'assurance maladie :

M. Frédéric VAN ROEKEGHEM,  
Directeur général.

Et :

Pour la Confédération nationale des syndicats dentaires :

M. Roland L'HERRON,  
Président.

Et :

Pour l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie :

M. Fabrice HENRY,  
Président.

## A N N E X E S

### A N N E X E I

#### TARIFS

Les tarifs de la consultation (C) et de la visite (V) en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, ainsi que les tarifs des soins conservateurs (SC) et DC dans les départements d'outre-mer, figurant à l'annexe I de la convention des chirurgiens-dentistes de 2006, sont modifiés comme suit :

TARIFS EN EUROS	DÉPARTEMENTS métropolitains	ANTILLES	RÉUNION, Guyane, Mayotte
Consultation .....	23,00	25,30	27,60
Visite .....	23,00	25,30	27,60
SC .....	2,41	2,60	2,60
DC .....	2,09	2,25	2,25

Ces nouveaux tarifs entreront en vigueur à l'expiration du délai fixé à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

### A N N E X E II

« CONTRAT INCITATIF CHIRURGIEN-DENTISTE » : OPTION CONVENTIONNELLE DESTINÉE À FAVORISER L'INSTALLATION ET LE MAINTIEN DES CHIRURGIENS-DENTISTES LIBÉRAUX CONVENTIONNÉS EN ZONES « TRÈS SOUS-DOTÉES »

Les parties signataires à la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux considèrent nécessaire, par des mesures structurantes, de favoriser l'implantation des chirurgiens-dentistes libéraux dans les zones « très sous-dotées » et le maintien de l'activité des chirurgiens-dentistes qui y sont d'ores et déjà installés.

A cette fin, elles créent une option conventionnelle à adhésion individuelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des chirurgiens-dentistes libéraux en zone « très sous-dotées », dans le cadre de laquelle une participation à l'installation en lien direct avec l'exercice professionnel est allouée ainsi qu'une participation adaptée des caisses au titre des cotisations sociales obligatoires.



## 1. Objet de l'option

Cette option conventionnelle, signée entre les caisses primaires d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés, pour une durée de trois ou cinq ans, est destinée à favoriser l'installation et le maintien en zone « très sous-dotée ».

Cette option vise à inciter les chirurgiens-dentistes libéraux à s'installer ou à exercer en zone « très sous-dotée ».

## 2. Champ de l'option

Cette option est proposée aux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés s'installant ou installés dans une zone « très sous-dotée », telle que définie en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

## 3. Conditions générales d'adhésion

Tout chirurgien-dentiste désirant s'installer ainsi que ceux déjà installés dans la zone « très sous-dotée » sont éligibles à l'option, sous réserve qu'ils soient conventionnés.

Un chirurgien-dentiste ne peut adhérer à l'option que s'il justifie d'une activité libérale conventionnelle, à titre principal, auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotée ».

Les difficultés rencontrées dans la mise en place de cette disposition pourront faire l'objet d'un examen dans le cadre de l'observatoire conventionnel national, qui pourra proposer des adaptations le cas échéant.

Différents modes d'exercice sont possibles :

L'exercice en groupe, qui s'entend comme :

- le regroupement d'au moins deux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans les mêmes locaux, installés dans une zone « très sous-dotée » et liés entre eux par :
  - un contrat de société civile professionnelle (SCP), ou de société d'exercice libéral (SEL), ou de société civile de moyens (SCM) ;
  - ou par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'ordre.

L'exercice individuel :

Cet exercice lui permet de recourir à un chirurgien-dentiste remplaçant pour assurer la continuité des soins.

## 4. Avantages conférés par l'adhésion à l'option

Le chirurgien-dentiste adhérent à l'option bénéficie :

- d'une participation des caisses d'assurance maladie aux cotisations dues au titre des allocations familiales, en application de l'article L. 242-11 du code de la sécurité sociale. Cette participation des caisses est assise sur la totalité du revenu lié à l'activité conventionnée du chirurgien-dentiste. Elle correspond à 5,40 % de ce montant. Et vaut pour la période de 3 ans correspondant à la durée du contrat pour les professionnels déjà installés dans la zone ;
- pour inciter les professionnels à s'installer dans la zone concernée, d'une participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (équipement, fauteuil...) de 15 000 euros, versés à compter de la signature du contrat et couvrant la participation de l'assurance maladie à l'installation du professionnel sur la période de 5 ans correspondant à la durée du contrat pour les professionnels souhaitant être nouvellement conventionnés pour exercer dans cette zone.

## 5. Engagements du chirurgien-dentiste

En contrepartie de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet et au financement des cotisations dues au titre des allocations familiales, le chirurgien-dentiste contractant s'engage à :

- avoir un taux de télétransmission en SESAM-Vitale supérieur ou égal à 70 % ;
- justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à titre principal auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotée » pendant toute la durée du contrat, quel que soit le cas de figure (3 ou 5 ans) ;
- informer la caisse sur son activité, une fois par an, suivant la fiche figurant à l'annexe IV du présent avenant.

## 6. Adhésion à l'option

### 6.1. Modalités d'adhésion

L'adhésion à l'option est individuelle. Par conséquent, chaque chirurgien-dentiste d'un cabinet de groupe doit accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

Le chirurgien-dentiste formalise, auprès de sa CPAM de rattachement, son adhésion suivant un modèle formalisé à l'annexe III du présent avenant.

Dans le cas d'un exercice en groupe, il joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe tel que défini dans les conditions générales d'adhésion visées au paragraphe 3 de l'annexe II du présent avenant.

#### 6.2. Durée de l'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement de l'acte d'adhésion par la caisse et jusqu'au terme du contrat, soit pour une durée de 5 ans, non renouvelable, pour les chirurgiens-dentistes nouvellement installés, et pour une durée de 3 ans renouvelable pour ceux déjà installés, dès lors que le professionnel remplit les conditions requises et que la zone est classée comme « très sous-dotée ».

#### 6.3. Suivi des engagements et effets de l'adhésion

Au terme de chaque année civile, la caisse adresse au professionnel ayant adhéré à l'option une fiche en deux exemplaires destinée à l'évaluation du respect de ses engagements. Un modèle de cette fiche figure à l'annexe IV du présent avenant. Le chirurgien-dentiste complète la partie qui le concerne et renvoie un exemplaire à sa caisse.

Il joint, le cas échéant, les justificatifs relatifs à l'exécution de l'option.

Le versement des aides est conditionné au respect des conditions d'exécution de l'option par le chirurgien-dentiste adhérent.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

#### 6.4. Rupture de l'option

En cas de non-respect par le chirurgien-dentiste de tout ou partie de ses engagements, le directeur de la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

Le chirurgien-dentiste dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au chirurgien-dentiste qu'il ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet et au financement majoré des cotisations sociales ainsi que pour exiger le remboursement des sommes qui auraient indûment été perçues.

Le chirurgien-dentiste peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Il en informe la caisse par courrier. La décision du chirurgien-dentiste prend effet dès réception par la caisse du courrier. Il ne pourra pas bénéficier des aides prévues pour l'année où il résilie l'option.

### ANNEXE III

#### MODÈLE DE FORMULAIRE D'ADHÉSION AU « CONTRAT INCITATIF CHIRURGIEN-DENTISTE » : ACTE D'ADHÉSION AU « CONTRAT INCITATIF CHIRURGIEN-DENTISTE » (1)

Identification du chirurgien-dentiste :

Je, soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro d'identification : .....

Adresse du lieu d'exercice principal : .....

Déclare exercer :

En individuel

Déclare exercer en groupe formalisé selon le mode suivant (copie du/des contrats à annexer à l'acte d'adhésion) :

SCP

SEL

Autres contrats de société

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions de l'option conventionnelle telles qu'indiquées à l'annexe II du présent avenant ;

2° Adhérer à l'option destinée à favoriser l'installation et le maintien des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés en zone « très sous-dotée » et m'engager à en respecter les dispositions.

*Cachet du chirurgien-dentiste*

Fait à .....

Le .....

Accusé de réception de la caisse  
 Adhésion enregistrée (2)  
 Adhésion non enregistrée et motif du rejet : .....

*Cachet de la caisse*

Date : .....

(1) Document à remplir par le chirurgien-dentiste, en double exemplaire, et à envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de son exercice principal. Un exemplaire signé par la caisse est ensuite renvoyé au professionnel signataire.  
 (2) Rayer les mentions inutiles.

#### A N N E X E I V

##### MODÈLE DE FICHE ÉVALUATIVE AU « CONTRAT INCITATIF CHIRURGIEN-DENTISTE »

###### *Fiche récapitulative annuelle*

Partie réservée à la CPAM (1) :

Période considérée : .....

Identification du chirurgien-dentiste signataire du contrat :

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro d'identification : .....

Date d'adhésion : .....

Taux annuel de télétransmission : .....%

Pourcentage d'activité réalisée à titre principal auprès de patient résidant dans la zone « très sous-dotée » : %

*Cachet de la caisse*

Date .....

Partie à remplir par le chirurgien-dentiste (2) :

Je soussigné(e) :

Nom : .....

Prénom : .....

Déclare que les informations suivantes sont exactes :

Montant des investissements réalisés :

Outils informatiques :

Connexion haut débit :  Oui  Non

Précisez les investissements dans ce domaine (achat de matériel ou service, connexion haut débit...) : .....

Sur l'année :

Éléments utiles pour apprécier le respect des engagements contractés : .....

*Cachet du chirurgien-dentiste*

Fait à .....

Le .....

(1) Document à remplir par la CPAM, en double exemplaire et à envoyer au chirurgien-dentiste.  
 (2) Document complété par le chirurgien-dentiste. Un exemplaire est conservé par le chirurgien-dentiste, le deuxième est à renvoyer à la CPAM.

#### A N N E X E V

##### MAJORATIONS SPÉCIFIQUES DANS LE CADRE DE LA PERMANENCE DES SOINS DENTAIRES

Les dispositions décrites ci-dessous s'appliquent à compter de l'entrée en vigueur des dispositions réglementaires visant à mettre en place une permanence des soins dentaires sur le territoire français.

Lorsque le chirurgien-dentiste inscrit sur le tableau de garde et inscrit auprès du conseil départemental de l'ordre intervient à la demande du professionnel de santé chargé de la régulation, il bénéficie pour les actes cliniques et techniques pratiqués dans le cadre de la permanence des soins dentaires d'une majoration spécifique dénommée MCD.

Celle-ci est valorisée comme suit :

	TARIF
Majoration spécifique de permanence des soins pour les actes cliniques et techniques effectués par un chirurgien-dentiste (MCD) .....	30 €

Cette majoration spécifique est également applicable par le chirurgien-dentiste conventionné non inscrit au tableau de garde qui intervient sur appel du régulateur en remplacement du chirurgien-dentiste de permanence indisponible.

Les majorations de nuit, de dimanche et jours fériés, définies dans l'annexe tarifaire de la convention nationale, ne sont pas cumulables avec la majoration MCD.

Les interventions réalisées en dehors de ce cadre par les chirurgiens-dentistes libéraux donnent lieu à l'application et à la prise en charge par l'assurance maladie des majorations en vigueur, aux conditions habituelles.

## ANNEXE VI

### LISTE DES ACTES BUCCO-DENTAIRES DEVANT FIGURER À LA CCAM

*CCAM : actes bucco-dentaires – Version 1  
Cotations et tarifs NGAP actuels avant revalorisation et tarifs CCAM*

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
<b>1</b>	<b>SYSTÈME NERVEUX CENTRAL, PÉRIPHÉRIQUE ET AUTONOME</b>			
<b>01.05</b>	<b>ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES NERFS CRÂNIENS ET LES NERFS SPINAUX</b>			
<b>01.05.01</b>	<b>Actes thérapeutiques sur les nerfs crâniens</b>			
<b>01.05.01.02</b>	<b>Actes thérapeutiques sur le nerf trijumeau [V] et ses branches</b>			
ADPA004	Décompression du nerf alvéolaire inférieur [dentaire inférieur], par abord intrabuccal			121,62
[A, F, J, K, P, S, U, 7]	Anesthésie (GELE001)			65,98
ADCA004	Déroutement du nerf alvéolaire inférieur [dentaire inférieur], par abord intrabuccal			104,5
[A, F, J, K, P, S, U, 7]	Indication: douleur chez la personne édentée, chirurgie orthognatique, agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare chez l'adulte Anesthésie (GELE001)			58,28
<b>6</b>	<b>APPAREIL RESPIRATOIRE</b>			
<b>06.02</b>	<b>ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LES VOIES RESPIRATOIRES</b>			
<b>06.02.03</b>	<b>Actes thérapeutiques sur les sinus paranasaux</b>			
<b>06.02.03.01</b>	<b>Actes thérapeutiques sur le sinus maxillaire</b>			
	Comprend : - évacuation de collection du sinus maxillaire - extraction de corps étranger			
GBPA004	Sinusotomie maxillaire, par abord de la fosse canine [abord vestibulaire]			167,2
[A, F, J, K, P, S, U, 7]	Opération selon Caldwell-Luc Ablation de corps étranger du sinus maxillaire, par abord vestibulaire Avec ou sans : méatotomie nasale inférieure Anesthésie			80,64

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
GBBA002	(GELE001) Comblement préimplantaire sous-muqueux du sinus maxillaire Anesthésie (PAFA010) Facturation : prise en charge dans le cadre du traitement chez l'adulte, des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	DC115	240,35	109,34
7	<b>APPAREIL DIGESTIF</b>			
07.01	<b>ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL DIGESTIF</b>			
07.01.04	<b>Radiographie de l'appareil digestif</b>			
07.01.04.01	<b>Radiographie de la bouche</b>			
HBQH005	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire selon 1 ou 2 incidences [E, Z]			5,32
HBQH004	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire selon 3 à 5 incidences [E, Z]			9,31
HBQH002	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire selon 6 à 8 incidences [E, Z]			13,3
HBQH001	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire selon 9 à 11 incidences [E, Z]			17,96
HBQH003	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire selon 12 incidences ou plus [E, Z]			74,48
HBQK002	Radiographie panoramique dentomaxillaire [E, F, P, S, U, Z]	Z16	21,28	
HBQK001	Radiographie pelvibuccale [occlusale] [E, Z]	Z4 ou Z6		
HCQH001	Sialographie [E, Z] (YYYY425)			50,54
HCQH002	Sialographie avec scanographie des glandes salivaires [E, Z] (YYYY425, ZZLP025, ZZQP004)			50,54
07.01.08.01	<b>Epreuves fonctionnelles au niveau de la cavité orale</b>			
HDQP002	Exploration du flux aérien bucco-naso-pharyngé par débitmétrie, pour étude de la fonction vélopalatine	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
LBMP003	Réalisation de moulage d'étude des arcades dentaires	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
LBQP001	Enregistrement des rapports maxillomandibulaires en vue de la programmation d'un articulateur Facturation : traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	D 17	32,64	
LBQP002	Enregistrement électronique des mouvements de la mandibule Kinésiographie, axiographie mandibulaire	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
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: traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	D 51	97,92	
LBMP002	Montage directeur sur moulage d'étude des arcades dentaires	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBMD014	Modélisation occlusale par la technique de la cire ajoutée sur une dent	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
LBQK002	Bilan de dysmorphose dento-maxillo-faciale avec tracé et analyse céphalométrique de profil			
LBQK004	Bilan de dysmorphose dento-maxillo-faciale avec tracé et analyse céphalométrique tridimensionnelle ou tracé et analyse architecturale craniofaciale			
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			
<b>07.01.11.02</b>	<b>Autres ponctions, biopsies et prélèvements de l'appareil digestif</b>			
HCHB001	Ponction ou cytoponction de glande salivaire, par voie transcutanée  (ZZLP025)			28,15
HAHD001	Frottis et/ou prélèvement intrabuccal			10,2
HAHA002	Biopsie de lèvre  (ZZLP025)			20,97
HAHD003	Biopsie de la cavité orale et/ou de l'oropharynx, sans coloration vitale  (ZZLP025)			19,67
HAHD002	Biopsie de la cavité orale et/ou de l'oropharynx, avec guidage par des colorations vitales  (ZZLP025)			23,24
HCHA001	Biopsie de glande salivaire majeure [principale]  (ZZLP025)			29,49
HCHA002	Biopsie des petites glandes salivaires [glandes salivaires mineures] [glandes salivaires accessoires]  (ZZLP025)			23,68
<b>07.01.13</b>	<b>Autres actes diagnostiques sur l'appareil digestif</b>			
HBQD001	Bilan parodontal  Exploration du parodonte par sondage, étude de l'indice de plaque	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
<b>07.02.02</b>	<b>Actes thérapeutiques sur les dents</b>			
	Par secteur dentaire, on entend la portion de l'arcade dentaire correspondant à l'implantation habituelle des dents considérées, que cette portion soit dentée ou non.			
<b>07.02.02.01</b>	<b>Pose et ablation de moyen de contention au maxillaire ou à la mandibule</b>			
HBLD052	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire par attelle composite collée, sur 1 à 6 dents	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
HBLD050	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire par attelle composite collée, sur 7 dents ou plus	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBLD053	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire par attelle métallique coulée et collée, sur 1 à 6 dents (ZZLP025)	SC40	96,4	
HBLD051	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire par attelle métallique coulée et collée, sur 7 dents ou plus (ZZLP025)	SC40	96,4	
LBGD001	Ablation de moyen de contention maxillaire et/ou mandibulaire intrabuccal  Ablation de ligature d'lvvy, d'arc vestibulaire  A l'exclusion de : acte d'orthodontie (ZZLP025)	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
<b>07.02.02.02</b>	<b>Réduction de fracture et de luxation de dent</b>  La réduction de fracture et de luxation de dent inclut la pose de moyen de contention.			
HBED011	Réduction de luxation d'une dent	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBED016	Réduction de luxation de plusieurs dents	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBED009	Réduction de fracture alvéolaire en denture permanente			104,5
[F, P, S, U]	Facturation : peut être facturé avec traitement radiculaire (ZZLP025)			
HBED015	Réduction de fracture alvéolaire en denture mixte ou incomplète			104,5
[F, P, S, U]	Facturation : peut être facturé avec traitement radiculaire (ZZLP025)			
<b>07.02.02.03</b>	<b>Réimplantation de dent et autogreffe de germe</b>  La réimplantation de dent inclut la pose de moyen de contention.			
HBED001	Réimplantation d'une dent permanente expulsée (ZZLP025)	SC40	96,4	
HBED003	Réimplantation de 2 dents permanentes expulsées (ZZLP025)	SC40*2	192,8	
HBED021	Réimplantation de 3 dents permanentes expulsées, ou plus (ZZLP025)	SC40*3	289,2	
HBED022	Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement (ZZLP030)	DC100	209	
HBED005	Autogreffe d'une dent sur arcade, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
<b>07.02.02.04</b>	<b>Prophylaxie bucco-dentaire</b>  Indication pour les comblements prophylactiques des puits, sillons et fissures : acte de prévention en cas de risque carieux ; avant 14 ans 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> molaires permanentes ; le risque carieux doit être impérativement évalué			
HBLD004	Séance d'application topique intrabuccale de fluorures	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
HBLD009	Application d'un topique pour hypersensibilité dentinaire	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBLD045	Application dentaire d'un vernis de reminéralisation sur une arcade	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBBD005	Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur une dent	SC9	21,69	
HBBD006	Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents	SC9*2	43,38	
HBBD007	Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents	SC9*3	65,07	
HBBD004	Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents	SC9*4	86,76	
CD15	Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents	SC9*5	108,45	
CD16	Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents	SC9*6	130,14	
CD17	Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents	SC9*7	151,83	
CD18	Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents	SC9*8	173,52	
HBJD003	Détartrage et polissage des dents  Facturation : deux actes au plus peuvent être facturés par période de X mois	SC12	28,92	
<b>07.02.02.05</b>	<b>Restauration des tissus durs de la dent</b>  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			
HBFD010	Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBMD043	Restauration d'une dent sur 1 face par matériau incrusté [inlay-onlay]  (ZZLP025)	SC7	16,87	
HBMD046	Restauration d'une dent sur 2 faces par matériau incrusté [inlay-onlay]  (ZZLP025)	SC12	28,92	
HBMD055	Restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay]  (ZZLP025)	SC17	40,97	
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire  (ZZLP025)	SC7	16,87	
HBMD050	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire  (ZZLP025)	SC12	28,92	
HBMD054	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	SC17	40,97	



CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
HBMD044	(ZZLP025) Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanine sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	SC17	40,97	
HBMD047	(ZZLP025) Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanine sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	SC17*2	81,94	
HBMD053	(ZZLP025) Restauration d'une dent d'un secteur prémololaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	SC7	16,87	
HBMD049	(ZZLP025) Restauration d'une dent d'un secteur prémololaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	SC12	28,92	
HBMD038	(ZZLP025) Restauration d'une dent d'un secteur prémololaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	SC17	40,97	
HBMD042	(ZZLP025) Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire	SC33	79,53	
<b>07.02.02.06</b>	<b>Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent</b>			
	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.			
HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [biopulpotomie] d'une dent temporaire (ZZHA001, ZZLP025)	SC7	16,87	
HBFD032	Exérèse partielle de la pulpe vivante d'une dent permanente immature pour apexogénèse (ZZHA001)	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBFD017	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire (ZZHA001, ZZLP025)	SC14	33,74	
HBFD019	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire (ZZHA001, ZZLP025)	SC34	81,94	
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente (ZZHA001, ZZLP025)	SC14	33,74	
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire (ZZHA001, ZZLP025)	SC20	48,2	
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire (ZZHA001, ZZLP025)	SC20	48,2	
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente (ZZHA001, ZZLP025)	SC34	81,94	
HBFD011	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature	SC14	33,74	

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
CD211	(ZZHA001, ZZLP025) Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature	SC20	48,2	
CD212	(ZZHA001, ZZLP025) Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire	SC20	48,2	
CD213	(ZZHA001, ZZLP025) Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature	SC34	81,94	
HBFD015	(ZZHA001, ZZLP025) Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire	SC14	33,74	
CD19	(ZZHA001, ZZLP025) Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire	SC34	81,94	
HBFD001	(ZZHA001, ZZLP025) Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente	SC14	33,74	
CD20	(ZZHA001, ZZLP025) Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire	SC20	48,2	
HBFD003	(ZZHA001, ZZLP025) Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire	SC20	48,2	
HBFD024	(ZZHA001, ZZLP025) Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente	SC34	81,94	
<b>07.02.02.07</b>	<b>Désobturation endodontique</b>  La désobturation endodontique inclut la mise en forme canalaire et la réobturation radiculaire.			
HBGD030	(ZZLP025) Désobturation endodontique d'une incisive ou d'une canine	SC14	33,74	
CD21	(ZZLP025) Désobturation endodontique d'une première prémolaire maxillaire	SC20	48,2	
HBGD001	(ZZLP025) Désobturation endodontique d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire	SC20	48,2	
HBGD033	(ZZLP025) Désobturation endodontique d'une molaire	SC34	81,94	
HBGD012	Ablation de corps étranger d'un canal radiculaire d'une dent  A l'exclusion de : ablation d'obturation endodontique	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
<b>07.02.02.08</b>	<b>Autres actes thérapeutiques sur la racine de la dent</b>  L'obturation radiculaire dentaire après apexification inclut la mise en forme canalaire.			
HBMD003	Séance de renouvellement de l'obturation radiculaire d'une dent permanente immature à l'hydroxyde de calcium	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
HBBD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification (ZZLP025)	SC14	33,74	
CD22	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification (ZZLP025)	SC20	48,2	
HBBD001	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification (ZZLP025)	SC20	48,2	
HBBD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification (ZZLP025)	SC34	81,94	
HBBA001	Obturation d'une résorption radiculaire dentaire externe, par abord parodontal	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
<b>07.02.02.09</b>	<b>Dégagement de dent retenue ou incluse</b>			
HBPD002	Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal (ZZLP025)	DC30	62,7	
HBPA001	Dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau (ZZLP025)	DC30	62,7	
HBPD001	Dégagement de plusieurs dents retenues ou incluses avec pose de dispositif de traction orthodontique (ZZLP054)	DC30+30/2	94,05	
<b>07.02.02.10</b>	<b>Avulsion de dents</b>			
	Comprend : avulsion de dent et/ou de racine dentaire Avec ou sans : curetage alvéolaire Avec ou sans : régularisation osseuse de l'arcade alvéolaire			
HBGD035	Avulsion d'une dent temporaire sur arcade (ZZLP025)	DC8	16,72	
HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade (ZZLP025)	DC12	25,08	
CD23	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade (ZZLP025)	DC16	33,44	
CD24	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade (ZZLP025)	DC20	41,8	
CD25	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade (ZZLP025)	DC24	50,16	
CD26	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade (ZZLP025)	DC28	58,52	
CD27	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade (ZZLP025)	DC32	66,88	
CD28	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade (ZZLP025)	DC36	75,24	

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
CD29	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade (ZZLP025)	DC40	83,6	
CD30	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade (ZZLP025)	DC44	91,96	
CD31	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade (ZZLP025)	DC48	100,32	
CD32	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade (ZZLP025)	DC52	108,68	
CD33	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade (ZZLP025)	DC56	117,04	
CD34	Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade (ZZLP025)	DC60	125,4	
CD35	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade (ZZLP025)	DC64	133,76	
CD36	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade (ZZLP025)	DC68	142,12	
CD37	Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade (ZZLP025)	DC72	150,48	
CD38	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade (ZZLP025)	DC76	158,84	
CD39	Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade (ZZLP025)	DC80	167,2	
CD40	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade (ZZLP025)	DC84	175,56	
HBGD042	Avulsion d'une dent temporaire retenue, incluse ou réincluse (ZZLP025)	DC40	83,6	
HBGD026	Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses (ZZLP054)	DC60	125,4	
HBGD036	Avulsion d'une dent permanente sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP025)	DC16	33,44	
HBGD043	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP025)	DC16+16/2	50,16	
CD41	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP025)	DC32	66,88	
CD42	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP025)	DC40	83,6	
CD43	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP025)	DC48	100,32	
CD44	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP025)	DC56	117,04	

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
CD45	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP025)	DC64	133,76	
CD46	Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP025)	DC72	150,48	
CD47	Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP025)	DC80	167,2	
CD48	Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC88	183,92	
CD49	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC96	200,64	
CD50	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC104	217,36	
CD51	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC112	234,08	
CD52	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC120	250,8	
CD53	Avulsion de 15 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC128	267,52	
CD54	Avulsion de 16 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC134	280,06	
CD55	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC142	296,78	
CD56	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC150	313,5	
CD57	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC158	330,22	
CD58	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC166	346,94	
CD59	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC174	363,66	
CD60	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC182	380,38	
CD61	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC190	397,1	
CD62	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC198	413,82	
CD63	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC206	430,54	
CD64	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC214	447,26	

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
CD65	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC222	463,98	
CD66	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC230	480,7	
CD67	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC238	497,42	
CD68	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC246	514,14	
CD69	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC254	530,86	
CD70	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie (ZZLP030)	DC262	547,58	
HBGD022	Avulsion d'une dent permanente sur arcade avec alvéolectomie (ZZLP025)	DC10	20,9	
HBGD031	Avulsion d'une dent permanente sur arcade avec séparation des racines (ZZLP025)	DC16	33,44	
HBGD034	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie (ZZLP025)	DC10+10/2	31,35	
CD71	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie (ZZLP025)	DC10+10/2+10/2	41,8	
HBGD032	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines (ZZLP025)	DC16+16/2	50,16	
HBGD039	Avulsion d'une dent ankylosée sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines (ZZLP025)	DC16	33,44	
HBGD002	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines (ZZLP025)	DC16+16/2	50,16	
HBGD028	Avulsion d'une incisive permanente retenue ou à l'état de germe (ZZLP025)	DC40	83,6	
HBGD014	Avulsion d'une canine permanente retenue ou à l'état de germe (ZZLP025)	DC50	104,5	
HBGD015	Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe (ZZLP054)	DC 50+50/2	156,75	
CD72	Avulsion d'une prémolaire retenue ou à l'état de germe (ZZLP025)	DC40	83,6	
CD73	Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe (ZZLP030)	DC40+40/2	125,4	
HBGD047	Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe (ZZLP025)	DC40	83,6	

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
HBGD018	Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe (ZZLP025)	DC40	83,6	
HBGD004	Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe (ZZLP025)	DC40	83,6	
HBGD025	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe (ZZLP042)	DC40+40/2	125,4	
HBGD021	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe (ZZLP042)	DC80	167,2	
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe (ZZLP042)	DC100	209	
HBGD044	Avulsion d'une dent à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse (ZZLP025)	DC20	41,8	
HBGD003	Avulsion d'un odontoïde inclus ou d'une dent surnuméraire à l'état de germe (ZZLP025)	DC40	83,6	
HBGD016	Avulsion d'une racine incluse (ZZLP025)	DC40	83,6	
HBGD017	Avulsion d'une dent ectopique (ZZLP030)	DC80	167,2	
HBFD014	Amputation et/ou séparation radiculaire ou coronoradiculaire d'une dent Avec ou sans : lambeau parodontal	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBGD040	Avulsion de plusieurs dents surnuméraires à l'état de germe ou de plusieurs odontoïdes (ZZLP054)	DC40+40/2	125,4	
<b>07.02.02.12</b>	<b>Cosmétologie dentaire</b>			
HBMD001	Eclaircissement de dent dépulpée	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBMD005	Eclaircissement des dents pulpées	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
<b>07.02.02.13</b>	<b>Pose de mainteneur d'espace interdentaire</b>			
HBLD006	Pose d'un mainteneur d'espace interdentaire unitaire scellé A l'exclusion de : pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003)	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBLD002	Pose d'un mainteneur d'espace interdentaire amovible passif	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBLD001	Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire sans dent prothétique	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBLD003	Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire avec dent prothétique	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
<b>07.02.02.14</b>	<b>Correction de trouble occlusal</b>			
HBMD061	Séance d'ajustement occlusal par coronoplastie	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
HBLD020	Pose d'un appareil de posture mandibulaire [cale]	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBLD018	Pose d'un plan de libération occlusale	D60	115,2	
HBLD019	Pose d'un plan de guidage des mouvements antéropostérieurs mandibulaires	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
<b>07.02.03</b>	<b>Prothèses dentaires</b>			
	La pose d'une prothèse dentaire inclut sa conception, son adaptation et sa pose.			
<b>07.02.03.01</b>	<b>Pose d'infrastructure coronaire [faux moignon]</b>			
HBLD015	Pose d'une coiffe de recouvrement d'une racine dentaire [coping]	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
	Avec ou sans : pose de tenon			
HBLD007	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire sans clavette sur une dent	SPR57	122,55	
	A l'exclusion de : matériau inséré en phase plastique			
CD74	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire avec clavette sur une dent	SPR67	144,05	
	A l'exclusion de : matériau inséré en phase plastique			
HBLD012	Pose d'une infrastructure coronaire sur 1 implant	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBLD017	Pose d'infrastructure coronaire sur 2 implants	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBLD021	Pose d'infrastructure coronaire sur 3 implants	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBLD013	Pose d'infrastructure coronaire sur 4 implants	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBLD005	Pose d'infrastructure coronaire sur 5 implants ou plus	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBLD008	Pose d'un attachement coronoradiculaire sur une dent	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
<b>07.02.03.02</b>	<b>Pose d'une couronne dentaire prothétique dentoportée ou implantoportée</b>			
	La couronne dentaire en équivalents minéraux inclut la couronne dentaire céramocéramique.			
	Facturation : les couronnes dentaires implantoportées ne sont pas prises en charge.			
HBLD037	Pose d'une couronne dentaire transitoire	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire métallique	SPR50	107,5	
HBLD036	Pose d'une couronne dentaire céramométallique ou en équivalents minéraux	SPR50	107,5	
<b>07.02.03.03</b>	<b>Pose de prothèse dentaire amovible</b>			
HBLD039	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque résine comportant moins de 9 dents	SPR50	107,5	
	Indication : agénésies multiples liées à une maladie rare. Seul l'appareillage de la mandibule est indiqué chez l'enfant selon l'avis de la HAS de décembre 2006.			
	Facturation : prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare			
HBLD024	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque base résine comportant de 9 à 13 dents	SPR70	150,5	
	Indication : agénésies multiples liées à une maladie rare. Seul l'appareillage de la mandibule est indiqué chez l'enfant selon l'avis de la HAS de décembre 2006.			



CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
CD75	Facturation : prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à plaque base résine Indication : agénésies multiples liées à une maladie rare. Seul l'appareillage de la mandibule est indiqué chez l'enfant selon l'avis de la HAS de décembre 2006.	SPR85	182,75	
CD76	Facturation : prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à plaque base résine Indication : agénésies multiples liées à une maladie rare chez l'adulte	SPR170	365,5	
CD77	Facturation : prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à chassis métallique comportant moins de 9 dents Indication : agénésies multiples liées à une maladie rare chez l'adulte	SPR110	236,5	
CD78	Facturation : prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à chassis métallique comportant de 9 à 13 dents Indication : agénésies multiples liées à une maladie rare chez l'adulte	SPR130	279,5	
CD79	Facturation : prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à chassis métallique Indication : agénésies multiples liées à une maladie rare chez l'adulte	SPR145	311,75	
CD80	Facturation : prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à chassis métallique Indication : agénésies multiples liées à une maladie rare chez l'adulte	SPR290	623,5	
CD81	Facturation : prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 1 à 3 dents	SPR30	64,5	
CD82	Facturation : prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 4 dents	SPR35	75,25	
CD83	Facturation : prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 5 dents	SPR40	86	
CD84	Facturation : prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 6 dents	SPR45	96,75	
CD85	Facturation : prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 7 dents	SPR50	107,5	
CD86	Facturation : prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 8 dents	SPR55	118,25	
CD87	Facturation : prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 9 dents	SPR60	129	
CD88	Facturation : prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 10 dents	SPR65	139,75	

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
CD89	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 11 dents	SPR70	150,5	
CD90	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 12 dents	SPR75	161,25	
CD91	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine comportant 13 dents	SPR80	172	
HBLD032	Pose d'une prothèse amovible de transition complète unimaxillaire à plaque base résine	SPR85	182,75	
CD92	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine comportant 9 dents	SPR60	129	
CD93	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine comportant 10 dents	SPR65	139,75	
CD94	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine comportant 11 dents	SPR70	150,5	
CD95	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine comportant 12 dents	SPR75	161,25	
CD96	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine comportant 13 dents	SPR80	172	
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	SPR85	182,75	
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	SPR85*2	365,5	
CD97	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique comportant 1 à 3 dents	SPR90	193,5	
CD98	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique comportant 4 dents	SPR95	204,25	
CD99	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique comportant 5 dents	SPR100	215	
CD100	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique comportant 6 dents	SPR105	225,75	
CD101	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique comportant 7 dents	SPR110	236,5	
CD102	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique comportant 8 dents	SPR115	247,25	
CD103	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique comportant 9 dents	SPR120	258	
CD104	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique comportant 10 dents	SPR125	268,75	
CD105	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique comportant 11 dents	SPR130	279,5	
CD106	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique comportant 12 dents	SPR135	290,25	
CD107	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique comportant 13 dents	SPR140	301	
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	SPR145	311,75	
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	SPR290	623,5	
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	SPR230	494,5	
<b>07.02.03.04</b>	<b>Pose de prothèse dentaire fixée dentoportée ou implatoportée</b> La prothèse dentaire en équivalents minéraux inclut la prothèse dentaire céramocéramique			

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
	Facturation : les prothèses dentaires implantoportées sont prises en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare chez l'adulte			
HBMD048	Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivocanin	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBLD034	Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et un élément intermédiaire métallique  (HBMD072, HBMD081, HBMD082, HBMD087, CD214, CD215, CD216, CD217)	SPR130	279,5	
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux  (HBMD072, HBMD081, HBMD082, HBMD087, CD214, CD215, CD216, CD217)	SPR130	279,5	
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et un élément intermédiaire métallique  (HBMD072, HBMD081, HBMD082, HBMD087, CD214, CD215, CD216, CD217)	SPR130	279,5	
HBLD023	Pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux  (HBMD072, HBMD081, HBMD082, HBMD087, CD214, CD215, CD216, CD217)	SPR130	279,5	
HBLD030	Pose d'une prothèse dentaire complète transvissée implantoportée	SPR85	182,75	
<b>07.02.03.05</b>	<b>Révision et réparation de prothèse dentaire</b>			
	Par élément, on entend : dent ou crochet			
	Par élément soudé, on entend : dent contreplaquée, massive ou crochet			
HBMD017	Adjonction ou remplacement d'un élément d'une prothèse dentaire amovible	SPR10	21,5	
CD108	Adjonction ou remplacement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	SPR10+5	32,25	
CD109	Adjonction ou remplacement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	SPR10+2*5	43	
CD110	Adjonction ou remplacement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	SPR10+3*5	53,75	
CD111	Adjonction ou remplacement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible	SPR10+4*5	64,5	
CD112	Adjonction ou remplacement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible	SPR10+5*5	75,25	
CD113	Adjonction ou remplacement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible	SPR10+6*5	86	
CD114	Adjonction ou remplacement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible	SPR10+7*5	96,75	
CD115	Adjonction ou remplacement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible	SPR10+8*5	107,5	
CD116	Adjonction ou remplacement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible	SPR10+9*5	118,25	
CD117	Adjonction ou remplacement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible	SPR10+10*5	129	

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
CD118	Adjonction ou remplacement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible	SPR10+11*5	139,75	
CD119	Adjonction ou remplacement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible	SPR10+12*5	150,5	
CD120	Adjonction ou remplacement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	SPR10+13*5	161,25	
CD121	Remplacement d'une facette d'une prothèse dentaire amovible	SPR8	17,2	
CD122	Remplacement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible	SPR8*2	34,4	
CD123	Remplacement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible	SPR8*3	51,6	
CD124	Remplacement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible	SPR8*4	68,8	
CD125	Remplacement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible	SPR8*5	86	
CD126	Remplacement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible	SPR8*6	103,2	
CD127	Remplacement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible	SPR8*7	120,4	
CD128	Remplacement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible	SPR8*8	137,6	
HBKD005	Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra implantaire	SPR15	32,25	
	Facturation : prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare			
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments	SPR15	32,25	
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'un élément	SPR15+3	38,7	
CD129	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments	SPR15+2*3	45,15	
CD130	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments	SPR15+3*3	51,6	
CD131	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	SPR15+4*3	58,05	
CD132	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	SPR15+5*3	64,5	
CD133	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	SPR15+6*3	70,95	
CD134	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	SPR15+7*3	77,4	
CD135	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments	SPR15+8*3	83,85	
CD136	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	SPR15+9*3	90,3	
CD137	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments	SPR15+10*3	96,75	
CD138	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments	SPR15+11*3	103,2	
CD139	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	SPR15+12*3	109,65	
CD140	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	SPR15+13*3	116,1	
CD141	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	SPR15+14*3	122,55	
CD142	Adjonction ou remplacement d'un élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	SPR20	43	
CD143	Adjonction ou remplacement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	SPR20+20	86	

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
CD144	Adjonction ou remplacement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	SPR20+2*20	129	
CD145	Adjonction ou remplacement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	SPR20+3*20	172	
CD146	Adjonction ou remplacement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	SPR20+4*20	215	
CD147	Adjonction ou remplacement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	SPR20+5*20	258	
CD148	Adjonction ou remplacement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	SPR20+6*20	301	
CD149	Adjonction ou remplacement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	SPR20+7*20	344	
CD150	Adjonction ou remplacement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	SPR20+8*20	387	
CD151	Adjonction ou remplacement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	SPR20+9*20	430	
CD152	Adjonction ou remplacement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	SPR20+10*20	473	
CD153	Adjonction ou remplacement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	SPR20+11*20	516	
CD154	Adjonction ou remplacement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	SPR20+12*20	559	
CD155	Adjonction ou remplacement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	SPR20+13*20	602	
HBMD076	Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique par technique directe	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBMD079	Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique par technique indirecte	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBMD007	Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBMD004	Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBMD016	Rescellement et/ou recollage d'une ou deux couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBMD009	Rescellement et/ou recollage de 3 couronnes ou plus ou de 3 ancrages ou plus d'une prothèse dentaire fixée	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBMD019	Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire	DC9	18,81	
	Facturation : prise en charge dans le cadre du traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare			
<b>07.02.03.06</b>	<b>Ablation de matériel dentaire scellé ou implanté</b>			
HBGD005	Ablation d'un ancrage coronaradiculaire	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBGD011	Ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radiculaire scellé	SPR18	38,7	
	Facturation : prise en charge dans le cadre d'une radiothérapie (à revoir)			
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire ou plurale	SPR18	38,7	
	Facturation : prise en charge dans le cadre d'une radiothérapie (à revoir)			

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
HBGD009	Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
<b>07.02.04</b>	<b>Appareillages orthopédiques dentofaciaux</b>			
	Indication : dysmorphoses, avant intervention chirurgicale sur le maxillaire ou la mandibule			
	Facturation : pour les dysmorphoses : traitement commencé avant 16 ans et commencé au plus tard 6 mois après l'accord ; la facturation s'effectue par période de 6 mois, 6 semestres maximum peuvent être facturés ; traitement en denture lactéale ou mixte, 3			
<b>07.02.04.01</b>	<b>Correction de malocclusion et de malposition par traitement orthodontique</b>			
	Par dispositif associé, on entend appareillage tel que : <ul style="list-style-type: none"> <li>- système d'ancrage interne ou externe</li> <li>- force élastique intermaxillaire</li> <li>- arcs palatins et linguaux</li> <li>- système auxiliaire de redressement d'axe et/ou de recul</li> <li>- écrans intrabuccaux</li> <li>- disp</li> </ul>			
	Un dispositif multiattache total peut être posé en un ou plusieurs temps.			
	Facturation : avant chirurgie maxillaire ou mandibulaire : après l'âge de 16 ans, un seul semestre peut être facturé			
HBED017	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par un dispositif amovible sur 1 arcade			
HBED019	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par un dispositif amovible sur 2 arcades			
HBED010	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe bibague sur 1 arcade			
	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par Quad Hélix sur une arcade			
	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par force extraorale et arc de base sur une arcade			
	Avec ou sans : adjonction de dispositif associé			
HBED008	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe bibague sur 2 arcades			
	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par Quad Hélix sur une arcade et bihélix sur l'autre			
	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par force extraorale sur une arcade et bihélix sur l'autre			
	Avec ou sans : adjonction de dispositif associé			
HBED020	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache sectoriel			
	Avec ou sans : adjonction de dispositif associé			
HBED012	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache total sur 1 arcade, sans adjonction de dispositif associé			
HBED026	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache total sur 1 arcade sans adjonction de dispositif associé, avec contention de l'autre arcade par dispositif amovible après traitement orthodontique			
HBED028	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache total sur 1 arcade sans adjonction de dispositif associé, avec contention de l'autre arcade par dispositif fixe après traitement orthodontique			

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
HBED013	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache total sur 1 arcade, avec adjonction de dispositif associé			
HBED027	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache total sur 1 arcade avec adjonction de dispositif associé, avec contention de l'autre arcade par dispositif amovible après traitement orthodontique			
HBED025	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache total sur 1 arcade avec adjonction de dispositif associé, avec contention de l'autre arcade par dispositif fixe après traitement orthodontique			
HBED014	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache total sur 2 arcades, sans adjonction de dispositif associé			
HBED002	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache total sur 2 arcades, avec adjonction d'un dispositif associé			
HBED018	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache total sur 2 arcades, avec adjonction de 2 dispositifs associés			
HBED007	Réduction d'une malocclusion et/ou d'une malposition alvéolodentaire par dispositif fixe multiattache total sur 2 arcades, avec adjonction de 3 dispositifs associés			
<b>07.02.04.02</b>	<b>Contention des arcades dentaires après traitement orthodontique</b>			
HBDD002	Contention d'une arcade dentaire par dispositif amovible, après traitement orthodontique			
HBDD009	Contention des arcades dentaires par dispositif amovible, après traitement orthodontique			
	A l'exclusion de : contention des arcades dentaires par dispositif amovible bimaxillaire monobloc [tooth positioner], après traitement orthodontique (HBDD011)			
HBDD011	Contention des arcades dentaires par dispositif amovible bimaxillaire monobloc [tooth positioner], après traitement orthodontique			
HBDD017	Contention des arcades dentaires par dispositif amovible bimaxillaire monobloc [tooth positioner] et dispositif fixe sur 1 arcade, après traitement orthodontique			
HBDD018	Contention des arcades dentaires par dispositif amovible bimaxillaire monobloc [tooth positioner] et dispositif fixe sur 2 arcades, après traitement orthodontique			
HBDD001	Contention d'une arcade dentaire par dispositif fixe, après traitement orthodontique			
HBDD010	Contention des arcades dentaires par dispositif fixe, après traitement orthodontique			
HBDD013	Contention des arcades dentaires par dispositif fixe sur l'une et dispositif amovible sur l'autre, après traitement orthodontique			
<b>07.02.05</b>	<b>Actes thérapeutiques sur le parodonte</b>			
	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.			
<b>07.02.05.01</b>	<b>Curetage périapical dentaire</b>			
HBGB001	Curetage d'alvéole dentaire	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
	A l'exclusion de : curetage alvéolaire au cours d'une avulsion dentaire			
HBGB005	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée	DC24	50,16	

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
HBGB003	(ZZLP025) Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire rétrograde d'une incisive ou d'une canine	DC24+SC14	83,9	
HBGB002	(ZZLP025) Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire rétrograde d'une prémolaire	DC24+SC20	98,36	
HBGB004	(ZZLP025) Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire rétrograde d'une molaire	DC24+SC34	132,1	
<b>07.02.05.02</b>	<b>Actes thérapeutiques sur le parodonte par soustraction</b>			
HBFA006	Gingivectomie sur un secteur de 1 à 3 dents  A l'exclusion de: allongement coronaire par gingivectomie sur une dent (HBAD001 ? ?V0) (ZZHA001, ZZLP025)	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents (ZZHA001, ZZLP025)	DC20	41,8	
HBFA008	Gingivectomie sur un secteur de 7 dents ou plus (ZZHA001, ZZLP025)	DC20/30/NPC ?	DC20/30/NPC ?	
HBFA005	Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 1 à 3 dents	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBFA004	Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 4 à 6 dents	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBFA003	Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 7 dents ou plus	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBFA013	Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante localisée  (ZZHA001)	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBFA012	Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante sur une arcade maxillaire ou mandibulaire complète  (ZZHA001)	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
CD156	Allongement coronaire par gingivectomie sur une dent	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
<b>07.02.05.03</b>	<b>Actes thérapeutiques sur le parodonte par addition</b>			
HBMA004	Régénération parodontale  Pose de membrane de régénération tissulaire parodontale  Comblement de perte de substance de l'arcade alvéolaire par autogreffe osseuse  Avec ou sans : apport de biomatériau	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBED023	Grefe épithélioconjonctive ou conjonctive sur la gencive, sur un secteur de 1 à 3 dents  Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	DC38	79,42	



CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
HBED024	Grefe épithélioconjonctive ou conjonctive sur la gencive, sur un sextant Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	DC45	94,05	
HBMA006	Ostéoplastie d'une alvéole dentaire avec comblement par biomatériau	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBMA003	Ostéoplastie d'une alvéole dentaire avec comblement par autogreffe osseuse	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBBA003	Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 1 à 3 dents Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (PAFA010)	DC41	85,69	
HBBA002	Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 4 à 6 dents (PAFA010) Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	DC129	269,61	
HBBA004	Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 7 dents ou plus (PAFA010) Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	DC143	298,87	
<b>07.02.05.04</b>	<b>Autres actes thérapeutiques sur le parodonte</b>			
HBJB001	Evacuation d'abcès parodontal	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBGB006	Surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBJA003	Assainissement parodontal par lambeau sur un sextant	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HBMA001	Plastie mucogingivale par lambeau déplacé latéralement, coronairement ou apicalement Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	DC36	75,24	
HBMD018	Séance de préparation [mise en condition] tissulaire des surfaces d'appui muqueux d'une prothèse dentaire, sur une arcade	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
<b>07.02.06</b>	<b>Actes thérapeutiques sur la cavité orale [cavité buccale]</b> Comprend : actes thérapeutiques sur : - la langue - le versant muqueux des lèvres - les parois de la bouche			
<b>07.02.06.01</b>	<b>Traitement de plaie intrabuccale</b>			
HAJA010 [F, M, P, S, U]	Parage et/ou suture d'une plaie muqueuse intrabuccale A l'exclusion de : parage et/ou suture de plaie : - de la langue (HAJA009) - du voile du palais (HAJA008) (ZZLP025)			23,3
HAJA007	Parage et/ou suture de plaies muqueuses intrabuccales multiples			32,49

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
[F, M, P, S, U]	A l'exclusion de : parage et/ou suture de plaie : - de la langue (HAJA009) - du voile du palais (HAJA008)  (ZZLP054)			
HAJA009	Parage et/ou suture de plaie de la langue			28,5
[F, M, P, S, U]	(ZZLP025)			
HAJA008	Parage et/ou suture de plaie du voile du palais			36,51
[A, F, P, S, U]	Anesthésie  (GELE001)			57,55
<b>07.02.06.02</b>	<b>Evacuation de collection intrabuccale</b>			
	Avec ou sans : drainage			
LCJA004	Evacuation de collection de la région des muscles masticateurs, par abord intrabuccal			83,6
[F, J, K, P, S, U]	Facturation : ne peut pas être facturé avec avulsion dentaire  (ZZLP025)			
LCJA002	Evacuation de collection de la région des muscles masticateurs, par abord intrabuccal et par abord facial			83,6
[A, F, J, K, P, S, U]	Facturation : ne peut pas être facturé avec avulsion dentaire  Anesthésie  (GELE001)			85,05
LCJA003	Evacuation de collection périmaxillaire ou périmandibulaire, par abord intrabuccal			20,9
[F, P, S, U]	A l'exclusion de : évacuation d'abcès parodontal (HBJB001)  (ZZLP025)			
HAJA002	Evacuation de collection pelvilinguale, par abord intrabuccal			41,8
[A, F, J, K, P, S, U]	Anesthésie  (GELE001)			55,35
HAJD004	Evacuation de collection de la base de la langue			83,6
[A, F, J, K, P, S, U]	Anesthésie  (GELE001)			58,28
HAPA004	Marsupialisation d'un kyste du plancher de la bouche  (ZZLP025)			54,16
[J, K]				
<b>07.02.06.03</b>	<b>Plastie de la cavité orale</b>			
HAPD001	Section de bride muqueuse ou de frein intrabuccal  Section et désinsertion interincisive de frein labial supérieur  Section de frein de la langue  (ZZLP025)			20,9
HAPA001	Section de bride muqueuse ou de frein intrabuccal avec plastie par lambeau local  (ZZLP025)			29,34
HAPA003	Libération musculaire et muqueuse d'une ankyloglossie			62,7
[A, J, K]	Anesthésie  (GELE001)			61,58

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
HAMA001	Glossoplastie de réduction			125,4
[A, J, K]	Anesthésie (GELE001)			104,1
HADA001	Labioglossopexie			141,99
[A, J, K]	Indication : syndrome de Pierre Robin et assimilés Anesthésie (GELE001)			121,33
HAMA026	Pelviglossoplastie			154,49
[A, J, K]	Anesthésie (GELE001)			133,79
HADA002	Hyomandibulopexie			153,15
[A, J, K]	Anesthésie (GELE001)			120,6
HAAA002	Approfondissement du vestibule oral [sillon gingivojugal] par section mucopériostée			83,6
[J, K]	(ZZLP025)			
HAAA001	Approfondissement du vestibule oral [sillon gingivojugal] par section mucopériostée avec greffe cutanée ou muqueuse			104,61
[J, K]	(ZZLP025)			
HAAA003	Approfondissement du plancher de la bouche par section musculaire			125,4
[J, K]	(ZZLP025)			
HDAA002	Véloplastie d'allongement avec lambeau palatin			233,38
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001)			118,33
HDMA010	Véloplastie secondaire intravélaire			233,38
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001)			118,33
<b>07.02.06.04</b>	<b>Destruction et exérèse de lésion de la bouche et de l'oropharynx</b>			
HAND002	Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de moins de 2 cm de grand axe, par voie buccale sans laser			22,13
	(ZZLP025)			
HAND004	Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de moins de 2 cm de grand axe, par voie buccale avec laser			22,2
	(ZZLP025)			
HAND001	Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de 2 cm à 4 cm de grand axe, par voie buccale sans laser			29,94
	(ZZLP025)			
HAND006	Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de 2 cm à 4 cm de grand axe, par voie buccale avec laser			30,04
	(ZZLP025)			

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
HAND003	Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de plus de 4 cm de grand axe, par voie buccale sans laser			104,5
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001)			61,95
HAND005	Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de plus de 4 cm de grand axe, par voie buccale avec laser			104,5
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001)			61,95
HAF015	Exérèse de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de moins de 2 cm de grand axe, par abord intrabuccal (ZZHA001, ZZLP025)			37,01
HAF032	Exérèse de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de 2 cm à 4 cm de grand axe, par abord intrabuccal (ZZHA001, ZZLP025)			104,5
[J, K]				
HAF019	Exérèse de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de plus de 4 cm de grand axe, par abord intrabuccal			167,2
[A, J, K]	Anesthésie (GELE001, ZZHA001)			106,67
HAF021	Exérèse non transfixiante de lésion infiltrante de la joue, par abord intrabuccal			125,4
[A, J, K]	A l'exclusion de : exérèse limitée à la muqueuse jugale Anesthésie (GELE001, ZZHA001)			95,3
HAF022	Exérèse transfixiante de lésion de la joue, par abord facial			125,4
[A, J, K]	Anesthésie (GELE001, ZZHA001)			127,57
HAF034	Exérèse de kyste du plancher de la bouche, par abord intrabuccal			83,77
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001, ZZHA001)			66,72
HAF009	Exérèse de kyste du plancher de la bouche, par abord intrabuccal et par abord facial			171,38
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001, ZZHA001)			81,01
<b>07.02.06.07</b>	<b>Fermeture de fistule buccale</b>			
	A l'exclusion de : fermeture de fistule bucconasale séquellaire d'une fente orofaciale (HASA002, HASA003)			
HAS018	Fermeture d'une communication buccosinusienne par lambeau de glissement vestibulojugal, par abord intrabuccal			146,3
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001)			67,81
HAS025	Fermeture d'une communication buccosinusienne par lambeau de transposition du corps adipeux de la joue, par abord intrabuccal			146,3
[A, J, K, 7]	Anesthésie			73,68

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
HASA013	(GELE001) Fermeture d'une communication buccosinusienne et/ou bucconasale par lambeau palatin, par abord intrabuccal			146,3
[A, J, K, 7]	Anesthésie			70,38
<b>07.02.06.10</b>	<b>Autres actes thérapeutiques pour fente orofaciale</b>			
	La pose d'un appareillage personnalisé inclut sa conception, son adaptation et sa pose.			
HALD004	Pose d'une plaque palatine non active [passive] pour fente orofaciale ou division palatine	D25	48	
HALD003	Pose d'une plaque palatine active [orthopédique] pour fente orofaciale	D25	48	
<b>07.02.06.11</b>	<b>Autres actes thérapeutiques sur la cavité orale</b>			
HAJD003	Pansement intrabuccal sous anesthésie générale, dans les suites d'un acte sur la cavité orale			38,66
[A]	Anesthésie			60,48
LCGA002	(GELE001) Ablation de corps étranger projeté dans les tissus mous buccofaciaux, par abord intrabuccal			63,61
[F, P, S, U]	(ZZLP025)			
HASD003	Hémostase secondaire à une électrocoagulation intrabuccale			36,44
[F, P, S, U]	A l'exclusion de: hémostase secondaire à une amygdalectomie ou une adénoïdectomie (FASD001)			
	(ZZLP025)			
HBSD001	Hémostase gingivoolvéolaire secondaire à une avulsion dentaire			22,05
[F, P, S, U]	(ZZLP025)			
LBLD012	Pose de dispositif intrabuccal d'expansion tissulaire pour rehaussement de crête alvéolaire	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HALD001	Pose de dispositif intrabuccal d'expansion labiojugale			153,6
	(ZZLP025)			
HALD005	Pose d'une prothèse intrabuccale pour perte de substance du palais dur et du palais mou			192
	(ZZLP025)			
HALD002	Pose d'un appareillage anti-automorsure	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
<b>07.02.07</b>	<b>Actes thérapeutiques sur les glandes salivaires</b>			
<b>07.02.07.01</b>	<b>Cathétérisme canalaire salivaire</b>			37,55
HCLD001	Cathétérisme de canal salivaire sans sialographie			
<b>07.02.07.02</b>	<b>Plastie de conduit salivaire</b>			
HCCA002	Suture de plaie de conduit salivaire			103,15
[A, F, J, K, P, S, U, 7]	Anesthésie			60,48
	(GELE001)			
HCEA001	Transposition unilatérale ou bilatérale des conduits submandibulaires [de Wharton]			149,13
[A, J, K, 7]	Anesthésie			76,17

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
HCCA001	(GELE001) Dérivation du conduit parotidien [de Sténon] pour suppléance lacrymale			215,94
[A, J, K, 7]	Anesthésie			110,26
HCCD001	(GELE001) Dérivation oropharyngée bilatérale du conduit parotidien [de Sténon], par voie buccale			303,6
[A, J, K, 7]	Anesthésie			133,41
<b>07.02.07.03</b>	<b>Evacuation de collection salivaire</b>			
HCJA001	Evacuation de collection salivaire, par abord direct			45,84
[A, F, P, S, U, 7]	Avec ou sans : drainage			
	Anesthésie			48,02
HCPA001	(GELE001) Marsupialisation de kyste de glande salivaire			45,84
[A, 7]	Anesthésie			48,02
HCSA001	(GELE001) Fermeture de fistule salivaire parenchymateuse ou juxta-glandulaire			104,5
[A, J, K, 7]	Anesthésie			59,74
<b>07.02.07.04</b>	<b>Extraction et destruction de calcul salivaire</b>			
HCGA003	Ablation de calcul du bassinnet de la glande submandibulaire, par abord intrabuccal			88,43
[A, F, J, K, P, S, U, 7]	Anesthésie			68,18
	(GELE001)			
HCGA001	Ablation de calcul canalaire d'une glande salivaire, par abord intrabuccal			49,42
[A, F, P, S, U, 7]	Anesthésie			68,18
	(GELE001)			
HCGA002	Ablation de calcul canalaire d'une glande salivaire, par abord cervicofacial			141,25
[A, F, J, K, P, S, U, 7]	Anesthésie			82,47
	(GELE001)			
HCNM900	Lithotritie de la glande parotide	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
HCNM901	Lithotritie de la glande submandibulaire	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
<b>07.02.07.05</b>	<b>Exérèse de glande salivaire</b>			
HCFA007	Exérèse de petite glande salivaire [glande salivaire accessoire]			111,78
[A, J, K, 7]	Anesthésie			86,14
	(GELE001, ZZHA001)			
HCFA003	Exérèse de glande sublinguale, par abord direct			104,5

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001, ZZHA001)			71,11
<b>11</b>	<b>APPAREIL OSTÉOARTICULAIRE ET MUSCULAIRE DE LA TÊTE</b>  Par face, on entend : squelette, articulations, tissus mous et cavités – sinus paranasaux, orbites, rhinopharynx, oropharynx – de la face  Par ostéosynthèse d'une fracture à foyer fermé, on entend : réduction et fixation osseuse par voie transcutanée ou avec abord à distance, sans exposition du foyer de fracture.  Par ostéosynthèse d'une fracture à foyer ouvert, on entend : réduction et fixation osseuse avec exposition du foyer de fracture.  Par évidement d'un os, on entend : – cratérisation [sautiérisation] osseuse – séquestrectomie osseuse – curetage de lésion osseuse infectieuse, kystique ou tumorale.  Par exérèse partielle d'un os, on entend : – exérèse de fragment osseux, sans interruption de la continuité osseuse – exérèse de lésion osseuse de surface : résection d'exostose ostéogénique, d'apophyse... – résection osseuse unicorticale : résection d'  Toute arthrotomie inclut l'arthroscopie peropératoire éventuelle.  L'ostéosynthèse d'une fracture inclut sa réduction simultanée et sa contention par appareillage externe.  La réduction d'une luxation, par abord direct inclut la réparation de l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation par suture ou plastie, la stabilisation de l'articulation [arthrorrise] par matériel.  L'ostéotomie inclut l'ostéosynthèse.  La reconstruction osseuse ou articulaire par greffe, transplant ou matériau inerte non prothétique inclut l'ostéosynthèse.  L'évacuation de collection articulaire inclut le lavage de l'articulation, avec ou sans drainage.			
<b>11.01</b>	<b>ACTES DIAGNOSTIQUES SUR LES OS, LES ARTICULATIONS ET LES TISSUS MOUS DE LA TÊTE</b>			
<b>11.01.01</b>	<b>Explorations électrophysiologiques et fonctionnelles de la tête</b>			
ADQB001	Electromyographie de détection du muscle ptérygoïdien latéral, par électrode aiguille			
<b>11.01.02</b>	<b>Photographies de la tête</b>			
ZAQP001	Photographies de la face	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
	Photographies des paupières, de la cavité buccale			
<b>11.01.03</b>	<b>Radiographie de la tête</b>			
LAQK003	Radiographie du crâne et/ou du massif facial selon 1 ou 2 incidences			23,94
[E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie des sinus paranasaux  Radiographie du maxillaire défilé  Radiographie des os propres du nez  A l'exclusion de : radiographie – unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire (LBQK005) – de la bouche (cf 07.01.04.01)  Indication des radiographies du crâne : surveillance de cathéter de dérivation d'une hydrocéphalie, ostéomyélite, ostéomalacie, maladies osseuses métaboliques et maladie de Paget, myélome, métastases osseuses, tumeurs osseuses primitives du crâne, suspicii			

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
	Indication des radiographies du massif facial : sinusite aiguë maxillaire ou frontale après échec d'un traitement bien conduit, recherche de corps étranger radio opaque, traumatisme orbitaire			
	Code extension documentaire, pour distinguer : - réalisation de radiographie du crâne : coder A - réalisation de radiographie de sinus : coder B - recherche de corps étranger avant réalisation d'un examen remnographique : coder C			
LAQK005	Radiographie du crâne et/ou du massif facial selon 3 incidences ou plus			34,58
[E, F, P, S, U, Y, Z]	Indication : tumeurs osseuses primitives du crâne			
LBQK005	Radiographie unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire			25,27
[E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie selon l'incidence de Zimmer			
LAQK012	Téléradiographie du crâne et du massif facial selon 1 incidence	Z15	19,95	19,95
[E, Z]	Téléradiographie du crâne et du massif facial selon 1 incidence, pour diagnostic orthodontique			
LAQK001	Téléradiographie du crâne et du massif facial selon 2 incidences	Z20	26,6	26,6
[E, Z]	Téléradiographie du crâne et du massif facial selon 2 incidences, pour diagnostic orthodontique			
LAQK008	Téléradiographie du crâne et du massif facial selon 3 incidences	Z20	26,6	26,6
[E, Z]	Téléradiographie du crâne et du massif facial selon 3 incidences, pour diagnostic orthodontique			
LAQK004	Analyse céphalométrique craniofaciale bidimensionnelle			
	Avec ou sans : analyse comparative pour bilan thérapeutique ou évolutif			
LAQK010	Analyse céphalométrique craniofaciale bidimensionnelle avec simulation des objectifs thérapeutiques			
LAQK007	Analyse céphalométrique craniofaciale tridimensionnelle			
LAQK006	Analyse céphalométrique architecturale craniofaciale			
LBQK001	Tomographie unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire			46,55
[Y, Z]				
LBQH001	Arthrographie unilatérale de l'articulation temporomandibulaire			57,19
[E, Y, Z]	(YYYY420)			
LBQH003	Arthrographie bilatérale de l'articulation temporomandibulaire			114,38
[E, Y, Z]	(YYYY420)			
<b>11.01.04</b>	<b>Scanographie de la tête</b>			
	Avec ou sans : injection intraveineuse de produit de contraste			
LAQK002	Scanographie unilatérale ou bilatérale de la partie pétreuse de l'os temporal [rocher] et de l'oreille moyenne			25,27
[E, F, P, S, U, Z]	(ZZLP025, ZZQP004)			
LAQK011	Scanographie unilatérale ou bilatérale de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne]			25,27
[E, Z]	(ZZLP025, ZZQP004)			
LAQK013	Scanographie de la face			25,27
[E, F, P, S, U, Z]	Dentascanner			
	Facturation : la scanographie de la face pour bilan implantaire ne peut pas être facturée en dehors du bilan implantaire pour les agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare			



CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
LAQK009	(ZZLP025, ZZQP004, YYYY600) Scanographie de la face avec scanographie des tissus mous du cou			25,27
[E, F, P, S, U, Z]	(ZZLP025, ZZQP004)			
LBQH002	Arthroscanographie unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire			57,19
[E, Y, Z]	(YYYY420, ZZLP025)			
<b>11.02</b>	<b>ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE SQUELETTE DU CRÂNE ET DE LA FACE</b>			
<b>11.02.03</b>	<b>Actes thérapeutiques sur le squelette de l'étage moyen de la face</b>			
	Indication : acte thérapeutique			
	Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés			
<b>11.02.03.03</b>	<b>Traitement chirurgical des fractures de l'étage moyen de la face</b>			
	Comprend : reconstruction [réfection] d'os de la face pour lésion traumatique			
LBCA003	Ostéosynthèse et/ou suspension faciale pour fracture occlusofaciale de type Le Fort I, par abord direct			200,17
[A, F, J, K, L, P, S, U, 7]	Facturation : ne peut pas être facturé avec appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)			
	Anesthésie			129,3
	(GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014)			
<b>11.02.03.05</b>	<b>Ostéotomie maxillaire</b>			
	A l'exclusion de : ostéotomie pour séquelle de fente orofaciale (LBPA028, LBPA024)			
LBPA027	Ostéotomie maxillaire totale basse préimplantaire ou préprothétique avec interposition, par abord intrabuccal			478,98
[A, J, K, 7]	Facturation : l'ostéotomie préimplantaire n'est facturable que dans le cadre du traitement chez l'adulte, des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare.			
	Anesthésie			249,08
	(GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010)			
LBPA029	Ostéotomie maxillaire type Le Fort I non segmentée avec avancée, par abord intrabuccal			478,98
[A, J, K, 7]	Anesthésie			249,08
	(GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010)			
LBPA015	Ostéotomie maxillaire type Le Fort I non segmentée avec recul ou déplacement vertical, par abord intrabuccal			478,98
[A, J, K, 7]	Anesthésie			249,08
	(GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010)			
LBPA035	Ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 2 fragments, par abord intrabuccal			478,98
[A, J, K, 7]	Anesthésie			249,08
	(GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010)			
LBPA006	Ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 3 fragments ou plus, par abord intrabuccal			478,98
[A, J, K, 7]	Anesthésie			249,08

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
	(GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010)			
LBPA022	Ostéotomie maxillaire type hémi-Le Fort I, par abord intrabuccal			478,98
[A, J, K, 7]	Anesthésie			249,08
	(GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010)			
LBPA017	Ostéotomie maxillaire d'élévation sans mobilisation du palais, par abord intrabuccal			478,98
[A, J, K, 7]	Anesthésie			249,08
	(GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010)			
LBPA031	Ostéotomie maxillaire segmentaire antérieure, par abord intrabuccal			374,48
[A, J, K, 7]	Anesthésie			186,38
	(GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188)			
LBPA009	Ostéotomie maxillaire segmentaire postérieure unilatérale, par abord intrabuccal			374,48
[A, J, K, 7]	Anesthésie			186,38
	(GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188)			
LBPA008	Ostéotomie maxillaire segmentaire postérieure bilatérale, par abord intrabuccal			531,23
[A, J, K, 7]	Facturation : ne peut pas être facturé avec appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)			
	Anesthésie			249,08
	(GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010)			
LBPA012	Ostéotomie maxillaire interalvéolaire [Corticotomie alvéolodentaire] unique ou multiple, par abord intrabuccal			374,48
[A, J, K, 7]	Anesthésie			186,38
	(GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188)			
LBPA032	Ostéotomie sagittale intermaxillaire sans pose d'un disjoncteur fixe, par abord intrabuccal			478,98
[A, J, K, 7]	Anesthésie			249,08
	(GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010)			
LBPA043	Ostéotomie sagittale intermaxillaire avec pose d'un disjoncteur fixe, par abord intrabuccal			478,98
[A, J, K, 7]	Anesthésie			249,08
	(GELE001, LBLP001, PAFA010)			
<b>11.02.03.09</b>	<b>Apposition modelante et comblement osseux de l'étage moyen de la face</b>			
LABA004	Apposition modelante de l'étage moyen de la face, par abord direct			187,43
[A, J, K, 7]	Anesthésie			86,88
	(GELE001, PAFA010, YYYY188)			
<b>11.02.04</b>	<b>Actes thérapeutiques sur la mandibule</b>			
	A l'exclusion de : actes thérapeutiques sur l'arcade alvéolaire (cf 07.02.05)			
	Indication : acte thérapeutique			

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
<b>11.02.04.02</b>	Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés <b>Ostéosynthèse de la mandibule</b>			
LBCB002	Ostéosynthèse de fracture extracondyloire unifocale de la mandibule, à foyer fermé			239,49
[A, F, J, K, L, P, S, U, 7]	Ostéosynthèse d'une fracture extracondyloire unifocale de la mandibule par fixateur externe, broches de Kirschner			
	Facturation : ne peut pas être facturé avec appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)			
	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014)			116,46
LBCA006	Ostéosynthèse de fracture extracondyloire unifocale de la mandibule, à foyer ouvert			239,49
[A, F, J, K, L, P, S, U, 7]	Facturation : ne peut pas être facturé avec appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)			
	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014)			117,57
LBCB001	Ostéosynthèse de fracture extracondyloire plurifocale de la mandibule, à foyer fermé			239,49
[A, F, J, K, L, P, S, U, 7]	Ostéosynthèse d'une fracture extracondyloire plurifocale de la mandibule par fixateur externe, broches de Kirschner			
	Facturation : ne peut pas être facturé avec appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)			
	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014)			126,36
LBCA002	Ostéosynthèse de fracture extracondyloire plurifocale de la mandibule, à foyer ouvert			239,49
[A, F, J, K, L, P, S, U, 7]	A l'exclusion de : ostéosynthèse de fracture extracondyloire bifocale de la mandibule, à foyer ouvert (LBCA001)			
	Facturation : ne peut pas être facturé avec appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)			
	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014)			136,62
LBCA001	Ostéosynthèse de fracture extracondyloire bifocale de la mandibule, à foyer ouvert			239,49
[A, F, J, K, L, P, S, U, 7]	Facturation : ne peut pas être facturé avec appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)			
	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014)			124,16
LBCA008	Ostéosynthèse de fracture comminutive de la mandibule avec parage d'un délabrement des tissus mous de la face			270,84
[A, F, J, K, P, S, U, 7]	Facturation : ne peut pas être facturé avec appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)			
	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014)			138,09
<b>11.02.04.03</b>	<b>Comblement de perte de substance de la mandibule</b>			

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
LBBA006	Comblement de perte de substance mandibulaire interruptrice segmentaire antérieure limitée au corps, par abord intrabuccal ou facial			313,5
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, PAFA010, YYYY188)			155,67
LBBA004	Comblement de perte de substance mandibulaire interruptrice segmentaire latérale respectant la région articulaire, par abord intrabuccal ou facial			320,42
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, PAFA010, YYYY188)			158,97
LBBA003	Apposition modelante de la mandibule, par abord intrabuccal ou facial			178,38
[A, J, K, 7]	A l'exclusion de: apposition modelante du menton, par abord intrabuccal (LBBA005) Anesthésie (GELE001, PAFA010, YYYY188)			99,34
LBBA005	Apposition modelante du menton, par abord intrabuccal			167,2
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001, PAFA010, YYYY188)			87,24
<b>11.02.04.04</b>	<b>Ostéotomie de la mandibule</b>			
LBPA034	Ostéotomie segmentaire antérieure préimplantaire ou préprothétique de la mandibule avec interposition, par abord intrabuccal			374,48
[A, J, K, 7]	Facturation: l'ostéotomie préimplantaire n'est pas facturable Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188)			186,38
LBPA030	Ostéotomie verticale rétrolingulaire [rétrospigienne] du ramus de la mandibule, par abord intrabuccal			232,94
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188)			103,66
LBPA007	Ostéotomie verticale rétrolingulaire [rétrospigienne] du ramus de la mandibule, par abord facial			215,39
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188)			93,47
LBPA021	Ostéotomie sagittale unilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], par abord intrabuccal			237,88
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188)			105,5
LBPA042	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], par abord intrabuccal			478,98
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188)			249,08
LBPA004	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire d'avancée type Le Fort I non segmentée, par abord intrabuccal			692,36

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
[A, J, K, 7]	Facturation : ne peut pas être facturé avec appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)  Anesthésie  (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010)			343,13
LBPA040	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire d'avancée type Le Fort I non segmentée et ostéotomie de transposition du menton osseux, par abord intrabuccal			758,16
[A, J, K, 7]	Facturation : ne peut pas être facturé avec appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)  Anesthésie  (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010)			343,13
LBPA023	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 2 fragments, par abord intrabuccal			705,93
[A, J, K, 7]	Facturation : ne peut pas être facturé avec appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)  Anesthésie  (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010)			343,13
LBPA011	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 2 fragments et transposition du menton osseux, par abord intrabuccal			800,92
[A, J, K, 7]	Facturation : ne peut pas être facturé avec appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)  Anesthésie  (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010)			343,13
LBPA020	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 3 fragments ou plus, par abord intrabuccal			774,19
[A, J, K, 7]	Facturation : ne peut pas être facturé avec appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)  Anesthésie  (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010)			343,13
LBPA033	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 3 fragments ou plus et transposition du menton osseux, par abord intrabuccal			843,69
[A, J, K, 7]	Facturation : ne peut pas être facturé avec appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)  Anesthésie  (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010)			343,13
LBPA019	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et préangulaire], avec ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers, par abord intrabuccal			635,73
[A, J, K, 7]	Facturation : ne peut pas être facturé avec appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)			

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010)			311,78
LBPA041	Ostéotomie angulaire ou préangulaire de la mandibule, par abord facial			218,68
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188)			107,76
LBPA014	Ostéotomie interruptrice du corps de la mandibule, en arrière du trou mentonnier, par abord intrabuccal			242,4
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188)			118,68
LBPA005	Ostéotomie interruptrice du corps de la mandibule, en avant du trou mentonnier, par abord intrabuccal			217,72
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188)			113,55
LBPA037	Ostéotomie interruptrice de la symphyse mandibulaire, par abord intrabuccal			209
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188)			112,83
LBPA002	Ostéotomie sagittale du corps de la mandibule, par abord intrabuccal			245,68
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188)			117,22
LBPA016	Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en arrière du trou mentonnier, par abord intrabuccal			374,48
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188)			186,38
LBPA026	Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers, par abord intrabuccal			374,48
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188)			186,38
LBPA039	Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers, avec ostéotomie de transposition du menton osseux, par abord intrabuccal			426,73
[A, J, K, 7]	Facturation : ne peut pas être facturé avec appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)			
	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010)			210,38
LBPA036	Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers, avec ostéotomie maxillaire segmentaire antérieure, par abord intrabuccal			531,23
[A, J, K, 7]	Facturation : ne peut pas être facturé avec appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)			
	Anesthésie			249,08

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
LBPA018	(GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010) Ostéotomie sous-alvéolaire totale de la mandibule, par abord intrabuccal			478,98
[A, J, K, 7]	Anesthésie			249,08
LBPA013	(GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014, LBLP001, PAFA010, YYYY188) Ostéotomie de transposition du menton osseux, par abord intrabuccal			142,99
[A, J, K, 7]	Indication : dysmorphoses dentosquelettiques antérieures Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale Environnement : spécifique Anesthésie			88,71
LBPA001	(GELE001, LBLP001, PAFA010, YYYY188) Ostéotomie d'antépositionnement des épines mentonnières [apophyses geni] de la mandibule, par abord intrabuccal			478,98
[A, J, K, 7]	Anesthésie			249,08
LBPA025	(GELE001, LBLP001) Ostéotomie de la mandibule pour cal vicieux, par abord direct			262,96
[A, J, K, 7]	Anesthésie			102,19
LBAA001	(GELE001, LBLP001, PAFA010, YYYY188) Allongement osseux progressif de l'os maxillaire ou de la mandibule par distracteur, par abord direct			374,48
[A, J, K, 7]	Anesthésie			186,38
	(GELE001, LBLP001)			
<b>11.02.04.05</b>	<b>Résection osseuse de la mandibule</b>			
LBGA005	Evidement de la mandibule, par abord intrabuccal			104,5
[A, J, K, 7]	Séquestrectomie de la mandibule Anesthésie			59,39
	(GELE001, PAFA010, YYYY188)			
LBFA015	Exérèse de lésion du ramus de la mandibule, par abord intrabuccal			167,2
[A, J, K, 7]	Anesthésie			69,27
	(GELE001)			
LBFA018	Résection modelante de la mandibule, par abord intrabuccal			172,62
[A, J, K, 7]	A l'exclusion de : résection modelante du menton, par abord intrabuccal (LBFA010) Anesthésie			78,81
	(GELE001)			
LBFA010	Résection modelante du menton, par abord intrabuccal			167,2
[A, J, K, 7]	Anesthésie			68,55
	(GELE001)			
LBFA008	Résection non interruptrice extracondyloire de la mandibule, par abord direct			126,54
[A, J, K, 7]	Exérèse de lésion de la mandibule sans interruption de la continuité osseuse			

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
	Anesthésie (GELE001)			98,97
LBFA029	Réséction interruptrice segmentaire antérieure du corps de la mandibule par abord direct, sans pose de dispositif intrafocal de contention ni comblement			250,8
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014)			112,46
LBFA020	Réséction interruptrice segmentaire antérieure du corps de la mandibule par abord direct, avec pose de dispositif intrafocal de contention, sans comblement			273,53
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014)			134,82
LBFA009	Réséction interruptrice segmentaire antérieure du corps de la mandibule avec comblement, par abord direct			385,95
[A, J, K, 7]	A l'exclusion de: résection de la mandibule pour pseudarthrose avec comblement par autogreffe, par abord direct (LBFA004)  Facturation: ne peut pas être facturé avec appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)			
	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014)			128,76
LBFA004	Réséction de la mandibule pour pseudarthrose avec comblement par autogreffe osseuse, par abord direct			368,59
[A, J, K, 7]	Facturation: ne peut pas être facturé avec appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)			
	Anesthésie (GELE001)			155,89
LBFA036	Réséction interruptrice extracondyloire segmentaire latérale de la mandibule par abord direct, sans pose de dispositif intrafocal de contention ni comblement			250,8
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014)			116,12
LBFA027	Réséction interruptrice extracondyloire segmentaire latérale de la mandibule par abord direct, avec pose de dispositif intrafocal de contention, sans comblement			270,64
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014)			141,78
LBFA017	Réséction interruptrice extracondyloire segmentaire latérale de la mandibule avec comblement, par abord direct			389,24
[A, J, K, 7]	Facturation: ne peut pas être facturé avec appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)			
	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014)  (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014)			128,41
<b>11.02.04.06</b>	<b>Autres actes thérapeutiques sur la mandibule</b>			
LBPA003	Décortication de la mandibule, par abord intrabuccal			129,83
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001)			70,38



CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
LBDD001	Blocage maxillo-mandibulaire avec ablation de matériel d'ostéosynthèse, pour traitement de pseudarthrose mandibulaire			343,99
[A, J, K, 7]	Facturation: ne peut pas être facturé avec appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule (YYYY059)			
	Anesthésie (GELE001)			155,89
11.02.05	<b>Autres actes thérapeutiques sur le crâne et la face</b>			
11.02.05.02	<b>Pose d'implant osseux sur le crâne et la face</b>			
CD157	Pose d'un implant intraosseux intrabuccal chez l'enfant	DC210	438,9	
	Facturation: prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare			
CD158	Pose de 2 implants intraosseux intrabuccaux chez l'enfant	DC210+176	806,74	
	Facturation: prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)			
CD159	Pose de 3 implants intraosseux intrabuccaux chez l'enfant	DC210+2*176	1 174,58	
	Facturation: prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)			
CD160	Pose de 4 implants intraosseux intrabuccaux chez l'enfant	DC210+3*176	1 542,42	
	Facturation: prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)			
LBLD015	Pose d'un implant intraosseux intrabuccal chez l'adulte	DC202	422,18	
	Facturation: prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)			
LBLD010	Pose de 2 implants intraosseux intrabuccaux chez l'adulte	DC202+174	785,84	
	Facturation: prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)			
	Pose de 3 implants intraosseux intrabuccaux chez l'adulte	DC202+2*174	1 149,5	
	Facturation: prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)			
	Pose de 4 implants intraosseux intrabuccaux chez l'adulte	DC202+3*174	1 513,16	
	Facturation: prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)			
	Pose de 5 implants intraosseux intrabuccaux chez l'adulte	DC202+4*174	1 876,82	
	Facturation: prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)			
	Pose de 6 implants intraosseux intrabuccaux chez l'adulte	DC202+5*174	2 240,48	
	Facturation: prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare			

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
LBLD026	(ZZLP025) Pose de 7 implants intraosseux intrabuccaux chez l'adulte Anesthésie Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	DC202+6*174	2 604,14	57,51
CD161	Pose de 8 implants intraosseux intrabuccaux chez l'adulte Anesthésie Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	DC202+7*174	2 967,8	57,51
CD162	Pose de 9 implants intraosseux intrabuccaux chez l'adulte Anesthésie Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	DC202+8*174	3 331,46	57,51
CD163	Pose de 10 implants intraosseux intrabuccaux chez l'adulte Anesthésie Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	DC202+9*174	3 695,12	57,51
CD164	Pose de plus de 10 implants intraosseux intrabuccaux	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
LALA002	Pose d'un implant intraosseux crânien ou facial pour fixation d'épithèse ou d'appareillage auditif ostéo-intégré			167,2
[J, K]	(ZZLP030)			
LALA001	Pose de plusieurs implants intraosseux crâniens et/ou faciaux pour fixation d'épithèse			250,8
[J, K]	(ZZLP042)			
LBLD019	Pose de moyen de liaison sur 1 implant préprothétique intraosseux intrabuccal  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)  Indication : traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	DC77	160,93	
CD165	Pose de moyen de liaison sur 2 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux  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)  Indication : traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	DC77+71	309,32	
CD166	Pose de moyen de liaison sur 3 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux  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)  Indication : traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	DC77+2*71	457,71	
CD167	Pose de moyen de liaison sur 4 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux  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)	DC77+3*71	606,1	

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
CD168	Indication : traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare Pose de moyen de liaison sur 5 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux 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)	DC77+4*71	754,49	
CD169	Indication : traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare chez l'adulte Pose de moyen de liaison sur 6 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux 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)	DC77+5*71	902,88	
CD170	Indication : traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare chez l'adulte Pose de moyen de liaison sur 7 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux 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)	DC77+6*71	1 051,27	
CD171	Indication : traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare chez l'adulte Pose de moyen de liaison sur 8 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux 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)	DC77+7*71	1 199,66	
CD172	Indication : traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare chez l'adulte Pose de moyen de liaison sur 9 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux 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)	DC77+8*71	1 348,05	
CD173	Indication : traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare chez l'adulte Pose de moyen de liaison sur 10 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux 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)	DC77+9*71	1 496,44	
CD174	Indication : traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare chez l'adulte Pose de moyen de liaison sur plus de 10 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
LBLD034	Pose de barre de jonction entre 2 implants intrabuccaux Indication : traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare chez l'adulte	DC46	96,14	
LBLD057	Pose de barre de jonction entre 3 implants intrabuccaux ou plus Indication : traitement des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare chez l'adulte	DC69	144,21	

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
LALB001	Pose de moyen de liaison sur implants crâniens et/ou faciaux (ZZLP025)			115,2
<b>11.02.05.03</b>	<b>Dégagement et activation d'implant osseux du crâne et de la face</b>			
LABA002	Désépaulement des tissus de recouvrement d'un site implantaire Facturation : implant crânien ou facial (ZZLP025)			41,8
CD175	Dégagement et activation d'un implant intraosseux 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)	DC45	94,05	
CD176	Dégagement et activation de 2 implants intraosseux 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)	DC45+33	163,02	
CD177	Dégagement et activation de 3 implants intraosseux 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)	DC45+2*33	231,99	
CD178	Dégagement et activation de 4 implants intraosseux 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)	DC45+3*33	300,96	
LAPB002	Dégagement et activation d'un implant intraosseux chez l'adulte Mise en place d'un moignon transmuqueux ou transcutané Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)	DC42	87,78	
LAPB004	Dégagement et activation de 2 implants intraosseux chez l'adulte Mise en place de 2 moignons transmuqueux et/ou transcutanés Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)	DC42+32	154,66	
LAPB003	Dégagement et activation de 3 implants intraosseux chez l'adulte Mise en place de 3 moignons transmuqueux et/ou transcutanés Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)	DC42+2*32	221,54	
LAPB001	Dégagement et activation de 4 implants intraosseux chez l'adulte Mise en place de 4 moignons transmuqueux et/ou transcutanés	DC42+3*32	288,42	

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
LAPB005	Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025) Dégagement et activation de 5 implants intraosseux chez l'adulte Mise en place de 5 moignons transmuqueux et/ou transcutanés	DC42+4*32	355,3	
LAPB006	Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025) Dégagement et activation de 6 implants intraosseux chez l'adulte Mise en place de 6 moignons transmuqueux et/ou transcutanés	DC42+5*32	422,18	
LAPB007	Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025) Dégagement et activation de 7 implants intraosseux chez l'adulte Mise en place de 7 moignons transmuqueux et/ou transcutanés	DC42+6*32	489,06	
CD179	Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025) Dégagement et activation de 8 implants intraosseux chez l'adulte Mise en place de 8 moignons transmuqueux et/ou transcutanés	DC42+7*32	555,94	
CD180	Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025) Dégagement et activation de 9 implants intraosseux chez l'adulte Mise en place de 9 moignons transmuqueux et/ou transcutanés	DC42+8*32	622,82	
CD181	Facturation : prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025) Dégagement et activation de 10 implants intraosseux chez l'adulte Mise en place de 10 moignons transmuqueux et/ou transcutanés	DC42+9*32	689,7	
CD182	Dégagement et activation de plus de 10 implants intraosseux	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
<b>11.02.05.04</b>	<b>Ablation de matériel osseux sur le crâne et la face</b>			
	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			
CD183	Ablation d'un implant intraosseux intrabuccal 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)	DC42	87,78	
CD184	Ablation de 2 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse chez l'enfant	DC42+9	106,59	

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
	Facturation: prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)			
CD185	Ablation de 3 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse chez l'enfant (ZZLP025)	DC42+2*9	125,4	
	Facturation: prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare			
CD186	Ablation de 4 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse chez l'enfant (ZZLP025)	DC42+3*9	144,21	
	Facturation: prise en charge chez l'enfant dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)			
LAGA004	Ablation de matériel externe d'ostéosynthèse ou de distraction du crâne et/ou du massif facial			68,96
[A, F, J, K, P, S, U, 7]	Anesthésie (GELE001)			48
LAGA003	Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse ou de distraction du massif facial sur un site, par abord direct			64,84
[A, F, J, K, P, S, U, 7]	Anesthésie (GELE001)			48
LAGA005	Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse ou de distraction du massif facial sur 2 sites, par abord direct			90,49
[A, F, J, K, P, S, U, 7]	Anesthésie (GELE001)			72
LAGA002	Ablation de matériel interne d'ostéosynthèse du massif facial sur 3 sites ou plus, par abord direct			97,06
[A, F, J, K, P, S, U, 7]	Anesthésie (GELE001)			72
LBGA004	Ablation d'un implant intraosseux intrabuccal avec résection osseuse chez l'adulte  Facturation: prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)	DC34	71,06	
LBGA003	Ablation de 2 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse chez l'adulte  Facturation: prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare (ZZLP025)	DC34+7	85,69	
LBGA0002	Ablation de 3 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse chez l'adulte  Anesthésie	DC34+2*7	100,32	57,51
	Facturation: prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare			
LBGA006	Ablation de 4 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse chez l'adulte  Anesthésie	DC34+3*7	114,95	57,51

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
LBGA007	Facturation: prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	DC34+4*7	129,58	57,51
	Ablation de 5 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse chez l'adulte Anesthésie			
LBGA008	Facturation: prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	DC34+5*7	144,21	57,51
	Ablation de 6 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse chez l'adulte Anesthésie			
LBGA009	Facturation: prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	DC34+6*7	158,84	57,51
	Ablation de 7 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse chez l'adulte Anesthésie			
CD187	Facturation: prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	DC34+7*7	173,47	57,51
	Ablation de 8 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse chez l'adulte Anesthésie			
CD188	Facturation: prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	DC34+8*7	188,1	57,51
	Ablation de 9 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse chez l'adulte Anesthésie			
CD189	Facturation: prise en charge chez l'adulte dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	DC34+9*7	202,73	57,51
	Ablation de 10 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse chez l'adulte Anesthésie			
CD190	Ablation de plus de 10 implants intraosseux intrabuccaux, avec résection osseuse	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
<b>11.02.05.05</b>	<b>Autres actes thérapeutiques sur le squelette du crâne et de la face</b>			
LBFA031	Résection d'hypertrophie osseuse intrabuccale Exérèse de crête alvéolaire, de torus ou d'exostose intrabuccale (ZZHA001, ZZLP025)			34,55
<b>11.03</b>	<b>ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR L'ARTICULATION TEMPOROMANDIBULAIRE</b>			
<b>11.03.01</b>	<b>Infiltration de l'articulation temporomandibulaire</b>			
LBLB002	Infiltration périarticulaire temporomandibulaire, par voie transcutanée			13,9
LBLB001	Infiltration et/ou lavage de l'articulation temporomandibulaire, par voie transcutanée			22,94
<b>11.03.02</b>	<b>Réduction de luxation de l'articulation temporomandibulaire</b>			
LBEP005	Réduction orthopédique d'une luxation temporomandibulaire unilatérale ou bilatérale			15,49
[F, P, S, U]	(HBDD007, HBDD008, HBDD014, ZZLP025)			

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
LBEA001	Réduction d'une luxation temporomandibulaire, par abord direct			167,2
[A, F, J, K, L, P, S, U, 7]	Anesthésie (GELE001, HBDD007, HBDD008, HBDD014)			88,71
<b>11.03.03</b>	<b>Résection de l'articulation temporomandibulaire</b>			
LBFA025	Coronoïdectomie mandibulaire, par abord intrabuccal			167,2
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001)			78,08
<b>11.05</b>	<b>APPAREILLAGES SUR LE CRÂNE ET LA FACE</b>			
	A l'exclusion de: pose d'appareillage pour fente orofaciale (cf 07.02.06.10)  La pose d'un appareillage personnalisé inclut sa conception, son adaptation et sa pose.			
<b>11.05.01</b>	<b>Appareillage d'orthopédie maxillofaciale</b>			
	Indication: dysmorphoses, avant intervention chirurgicale sur le maxillaire ou la mandibule  Facturation: pour les dysmorphoses: traitement commencé avant 16 ans et commencé au plus tard 6 mois après l'accord; la facturation s'effectue par période de 6 mois, 6 semestres maximum peuvent être facturés; traitement en denture lactéale ou mixte, 3			
LBEP004	Réduction d'un décalage antéropostérieur des arcades dentaires par dispositif orthopédique et/ou dispositif fonctionnel  Réduction d'une promaxillie et/ou d'une rétromandibule par dispositif orthopédique et/ou dispositif fonctionnel			
LBEP001	Réduction d'un décalage postéroantérieur des arcades dentaires par dispositif orthopédique et/ou dispositif fonctionnel  Réduction d'une rétromaxillie et/ou d'une promandibule par dispositif orthopédique et/ou dispositif fonctionnel			
LBEP008	Réduction d'un décalage transversal des arcades dentaires par dispositif orthopédique et/ou dispositif fonctionnel			
LBEP007	Réduction d'un décalage vertical des arcades dentaires par dispositif orthopédique et/ou dispositif fonctionnel			
LBEP003	Réduction d'une insuffisance transversale de l'os maxillaire par dispositif orthopédique et/ou dispositif fonctionnel  Disjonction intermaxillaire rapide			
LBEP006	Réduction d'une insuffisance transversale de la mandibule par dispositif orthopédique			
<b>11.05.02</b>	<b>Autres appareillages sur le crâne et la face</b>			
HBLD057	Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire, pour 1 arcade  Facturation: prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	D73	140,16	
HBLD078	Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire pour 2 arcades  Facturation: prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	D138	264,96	
HBLD056	Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire, pour 1 arcade  Facturation: prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	D49	94,08	
HBLD084	Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire pour 2 arcades	D91	174,72	



CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
	Facturation : prise en charge dans le cadre des agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare			
HBMP001	Transformation d'un guide radiologique préimplantaire en guide chirurgical	D16	30,72	
LBLD014	Pose d'une orthèse métallique recouvrant totalement ou partiellement une arcade dentaire	D60	115,2	
LBLD011	Pose d'un appareillage par guide mandibulaire, vestibulaire ou lingual, sur 1 arcade			84,48
LBLD009	Pose d'un appareillage par guide mandibulaire, vestibulaire ou lingual, sur 2 arcades			153,6
LBLD018	Pose d'un appareillage par guide mandibulaire sagittal			153,6
LBLD003	Pose d'une gouttière maxillaire ou mandibulaire pour hémostase ou portetopique	D30	57,6	
LBLD006	Pose de gouttières maxillaire et mandibulaire pour hémostase ou portetopique	D60	115,2	
LBLD022	Pose de gouttière plombée de protection dentoosseuse			153,6
LBLD007	Pose d'un appareillage de protection dentomaxillaire	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
LBLD024	Pose d'une attelle portegreffon ou d'une endoprothèse, après résection mandibulaire interruptrice			271,7
[A, J, K, 7]	Anesthésie (GELE001)			125,4
LBLD016	Pose d'un appareillage obturateur pour perte de substance maxillaire chez un patient denté			112,19
	A l'exclusion de : pose d'une prothèse obturatrice à étage ou d'une balle obturatrice souple après résection de l'os maxillaire (LBLA001)			
LBLD023	Pose d'un appareillage obturateur pour perte de substance maxillaire chez un patient édenté total			185,66
	A l'exclusion de : pose d'une prothèse obturatrice à étage ou d'une balle obturatrice souple après résection de l'os maxillaire (LBLA001)			
LBLA001	Pose d'une prothèse obturatrice à étage ou d'une balle obturatrice souple après résection de l'os maxillaire			288
LBLD002	Pose d'un appareillage de mobilisation en latéralité et/ou en propulsion pour fracture unicondyalaire ou bicondyalaire de la mandibule			153,6
LBLD008	Pose d'un appareillage de mobilisation mandibulaire en rotation pure			153,6
LBLD005	Pose d'un appareillage de mobilisation mandibulaire en rotation et en propulsion			153,6
LBLD021	Pose d'un appareillage actif pur de rééducation de la cinétique mandibulaire			153,6
LBLD017	Pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
	Pose de prothèse pour syndrome d'apnées obstructives du sommeil			
LBLD001	Pose d'un châssis métallique support de prothèse maxillofaciale [prothèse obturatrice]	SPR60	129	
QALP001	Pose d'un appareillage de compression pour prévention et/ou correction de cicatrices vicieuses cervicofaciales			153,6
ZAMP001	Confection d'un moulage facial			48,21
ZALP001	Pose d'une prothèse souple utilisant les contredépouilles naturelles pour ancrage de prothèse faciale			200,13

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
ZALP002	Pose d'une épithèse faciale plurirégionale	Selon devis	Selon devis	
<b>18</b>	<b>ANESTHÉSIES COMPLÉMENTAIRES ET GESTES COMPLÉMENTAIRES</b>			
<b>18.02</b>	<b>GESTES COMPLÉMENTAIRES</b>			
<b>18.02.07.05</b>	<b>Gestes complémentaires sur les dents et les arcades dentaires</b>			
HBDD008	Contention peropératoire des arcades dentaires par arc vestibulaire continu  Anesthésie			
HBDD007	Contention peropératoire des arcades dentaires par moyen autre qu'un arc vestibulaire continu  Pose peropératoire de ligature d'Ivy, de ligature périodentaire, de grille, de collage sur les arcades dentaires  Anesthésie			
HBDD014	Contention peropératoire des arcades dentaires par un arc vestibulaire continu sur l'une, par autre moyen sur l'autre  Anesthésie			
HBMD006	Reconstitution coronaire provisoire pour acte endodontique sur dent délabrée  A l'exclusion de: pansement provisoire en cours de traitement endodontique	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
<b>18.02.07.06</b>	<b>Gestes complémentaires en prothèse plurale fixée</b>			
CD214	Adjonction du 1 <sup>er</sup> élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale	SPR0	0	
CD215	Adjonction du 2 <sup>e</sup> élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale	SPR0	0	
HBMD082	Adjonction d'un élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale  Facturation : à partir du 3 <sup>e</sup> élément intermédiaire	SPR5	10,75	
CD216	Adjonction du 1 <sup>er</sup> élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale	SPR0	0	
CD217	Adjonction du 2 <sup>e</sup> élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale	SPR0	0	
HBMD072	Adjonction d'un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale  Facturation : à partir du 3 <sup>e</sup> élément intermédiaire	SPR5	10,75	
HBMD081	Adjonction d'un pilier d'ancrage métallique à une prothèse dentaire plurale	SPR50	107,5	
HBMD087	Adjonction d'un pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale	SPR50	107,5	
<b>18.02.15</b>	<b>Gestes complémentaires sur l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique</b>			
PAFA010	Prélèvement d'autogreffe osseuse corticale ou corticospongieuse, ou d'autogreffe périostée à distance du foyer opératoire, sur un site sans changement de position  Anesthésie			
<b>19</b>	<b>ADAPTATIONS POUR LA CCAM TRANSITOIRE</b>			
<b>19.01.03</b>	<b>Chirurgie</b>			
YYYY059	Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule			249,6
[F, P, S, U]				

CHAPITRE ET CODE	LIBELLÉS	COTATION NGAP	TARIF NGAP	TARIF CCAM
<b>19.02</b>	<b>SUPPLÉMENTS</b>			
	Facturation : Les libellés de ce sous-chapitre ne peuvent pas être codés isolément ; ils doivent être codés en association avec des actes des chapitres 1 à 19 et sont facturés à taux plein.			
<b>19.02.03</b>	<b>Chirurgie</b>			
YYYY188	Supplément pour prélèvement peropératoire et pose d'autogreffe osseuse à distance du foyer opératoire			78,38
[J, K, 7]	Anesthésie			36
CD191	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	SPR10	21,5	
CD192	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	SPR20	43	
CD193	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	SPR30	64,5	
CD194	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	SPR40	86	
CD195	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	SPR50	107,5	
CD196	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	SPR60	129	
CD197	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	SPR15	32,25	
CD198	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	SPR30	64,5	
CD199	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	SPR45	96,75	
CD200	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	SPR60	129	
CD201	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	SPR75	161,25	
CD202	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	SPR90	193,5	
CD203	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	SPR105	225,75	
CD204	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	SPR120	258	
CD205	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	SPR135	290,25	
CD206	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	SPR150	322,5	
CD207	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	SPR165	354,75	
CD208	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	SPR180	387	
CD209	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	SPR195	419,25	
CD210	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	SPR210	451,5	
<b>19.03.04</b>	<b>Autres modificateurs</b>			
N	Majoration pour traitement des dents permanentes des enfants de moins de 13 ans	X %	X %	

## ANNEXE VII

## DEVIS TYPE

Dans le devis remis au patient, les honoraires facturés pour l'acte faisant l'objet du devis sont distingués en trois composantes :

- le prix de vente du dispositif médical sur mesure proposé (colonne A) comprend l'achat du dispositif médical au fournisseur, majoré d'une partie des charges de structure du cabinet dentaire ;
- le montant des prestations de soins (colonne B1) est la valeur ajoutée médicale du travail effectué par le praticien et toutes ses charges personnelles ;
- les charges de structure du cabinet (colonne B2), autres que celles déjà affectées au prix de vente du dispositif.

Le calcul de ces différentes composantes est effectué à partir des données individuelles de la déclaration 2035 du chirurgien-dentiste de l'année N-2, de l'honoraire facturé au patient pour l'acte faisant l'objet du devis et du prix d'achat au fournisseur du dispositif nécessaire à cet acte.

Les charges globales du cabinet sont distinguées en trois catégories :

- les charges personnelles, incluant les charges de cotisations sociales personnelles du chirurgien-dentiste (code BK de la déclaration 2035), la contribution économique territoriale (code JY), la contribution sociale généralisée (code BV) et les autres impôts (code BS) sont des charges directement imputées à l'activité médicale du praticien, c'est-à-dire au montant des soins ;
- les charges d'achat (BA) du cabinet comprennent en majorité les charges d'achat des dispositifs médicaux sur mesure ;
- les autres charges (amortissement, frais de personnel, loyers...) sont qualifiées de charges de structure du cabinet.

Les étapes de calcul des colonnes A, B1 et B2 à partir des honoraires facturés au patient (colonne C) et des charges affectées sont les suivantes :

1° Données préliminaires (à partir de la déclaration 2035) :

1.1. Définitions des rubriques de la déclaration 2035

[BR] = Total dépenses professionnelles

[BA] = Achats

[BK] = Charges sociales personnelles

[JY] = Contribution économique territoriale

[BV] = Contribution sociale généralisée déductible

[BS] = Autres impôts

[CH] = Dotations aux amortissements

[AG] = Honoraires totaux

1.2. Calcul du taux de charges de structure :

Le taux de charges de structure est la part de l'honoraire total représentée par l'ensemble des charges du cabinet hors achats et hors charges personnelles :

$$\text{Taux de charges de structure} = \frac{\text{BR} - \text{BA} - \text{BK} - \text{JY} - \text{BV} - \text{BS} + \text{CH}}{\text{AG}}$$

2° Calcul des 3 colonnes, à partir de l'honoraire facturé de l'acte :

Le prix de vente ou coût d'élaboration du dispositif médical sur mesure (colonne A) intègre le prix d'achat du dispositif et une partie des charges de structure :

$$\text{Prix de vente du dispositif} = \frac{\text{Prix d'achat au fournisseur}}{(1 - \text{Taux de charges de structure})}$$

Le montant des prestations de soins (colonne B1), ou valeur ajoutée médicale de l'acte et charges afférentes se calcule de la façon suivante :

$$\text{Montant des prestations de soins de l'acte} = \text{honoraire de l'acte} \times (1 - \text{taux de charges de structure}) - \text{prix d'achat du dispositif}$$

Les charges de structure (colonne B2) se calculent comme suit :

$$\text{Charges de structure} = \text{honoraire de l'acte} - \text{montant des prestations de soins} - \text{prix de vente du dispositif}$$

Cas particulier des actes à honoraires plafonnés (CMU-C) :

Les calculs sont établis comme pour un acte à honoraire non plafonné, la différence entre l'honoraire habituel et l'honoraire plafonné est déduite du montant des prestations de soins (B1).

Description des prestations médicales :

S'il le juge utile, le chirurgien-dentiste pourra compléter le verso du devis par une description détaillée des prestations médicales réalisées dans le cadre du traitement prothétique ou orthodontique proposé.



Notice explicative pour le patient figurant au dos du devis :

Ce devis s'applique à tout traitement, pour lequel un dispositif médical sur mesure est nécessaire (prothèse dentaire essentiellement). Le chirurgien-dentiste vous précisera la durée de validité de ce devis.

Votre chirurgien-dentiste vous informera des différentes possibilités de traitement qui vous sont offertes.

Si vous désirez transmettre ce devis à votre organisme complémentaire, vous pouvez renseigner le pavé correspondant.

Dans ce devis, le chirurgien-dentiste décrit le traitement qu'il vous propose ainsi que les différents matériaux utilisés.

Le chirurgien-dentiste doit indiquer le lieu de fabrication du dispositif médical (exemple : couronne), qui peut être :

- en France ;
- au sein de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen (EEE), en Suisse ;
- hors de l'Union européenne, le pays sera alors précisé.

En cas de sous-traitance de la fabrication du dispositif par le fournisseur, le chirurgien-dentiste en précisera le lieu.

Si vous le souhaitez, une déclaration de conformité du dispositif médical, garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, vous sera remise en fin de traitement.

Ce devis vous informera du coût des traitements proposés par votre chirurgien-dentiste. Il précisera notamment le prix de vente du dispositif médical sur mesure proposé, correspondant au coût d'élaboration du dispositif médical incluant certaines charges du cabinet (A), le montant des prestations de soins assurées par le praticien lors du traitement (B1) ainsi que le montant des autres charges de structure du cabinet (B2). Les honoraires ( $C = A + B1 + B2$ ) correspondent à la somme de ces trois montants. En outre, le devis précise le montant restant à votre charge avant remboursement par votre organisme complémentaire, si vous en avez un (E).