

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

NOR : SSAS1923989A

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,
Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-15,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvé l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, annexé au présent arrêté, conclu le 20 juin 2019, entre d'une part l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Fédération Française des Médecins Généralistes (MG), le syndicat « Le BLOC », la Fédération des Médecins de France (FMF), le Syndicat des médecins libéraux (SML) et la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie complémentaires.

Art. 2. – La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 14 août 2019.

*La ministre des solidarités
et de la santé,*

Pour la ministre et par délégation :

*La cheffe de service adjointe
à la directrice générale de l'offre de soins,
S. DECOOPMAN*

*Le ministre de l'action
et des comptes publics,*

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe de service adjointe
à la directrice de la sécurité sociale,*

M. KERMOAL-BERTHOME

ANNEXE

AVENANT N° 7 À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 25 AOÛT 2016

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-15,
Vu la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2019, et notamment son article 42,
Vu l'accord cadre interprofessionnel signé le 10 octobre 2018 et publié au journal officiel du 7 avril 2019,
Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, publiée au *Journal officiel* du 23 octobre 2016, et ses avenants.

Il est convenu ce qui suit, entre :

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM),

et

La Fédération Française des Médecins Généralistes,

La Fédération des Médecins de France,

Le Bloc,

La Confédération des Syndicats Médicaux Français,

Le Syndicat des Médecins Libéraux.

et

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie complémentaires (UNOCAM)

Préambule

L'amélioration de l'accès aux soins des patients et des conditions d'exercice des médecins constituent un défi majeur pour l'ensemble des acteurs du système de santé.

Les partenaires conventionnels constatent qu'un certain nombre de patients rencontrent des difficultés pour accéder à un médecin traitant. Compte tenu des tensions sur la démographie médicale, les délais de rendez-vous auprès des médecins généralistes et des autres spécialistes augmentent, plus particulièrement dans certains départements, en retardant de ce fait la possibilité pour les patients d'être pris en charge dans des délais adaptés à leur état de santé.

Ainsi, face aux fortes tensions qui s'exercent sur le système de santé et aux défis que sont l'amélioration des conditions de prises en charge et de suivi des patients et des conditions de travail des médecins, de nouvelles mesures doivent être mises en place.

Dans ce contexte, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a habilité les partenaires conventionnels à définir les conditions et modalités de participation financière de l'assurance maladie pour faciliter le recrutement, dans les cabinets médicaux libéraux, d'assistants médicaux. Ces assistants médicaux doivent leur permettre de libérer du temps médical afin notamment de pouvoir suivre un plus grand nombre de patients, mieux les prendre en charge, coordonner leurs parcours et s'engager plus fortement dans des démarches de prévention.

Dans ce cadre, les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité d'accompagner la mise en œuvre de cette mesure, en permettant aux médecins libéraux de percevoir une aide conventionnelle à l'embauche d'assistants médicaux dans leurs cabinets, et ce, dès le deuxième semestre 2019.

Par ailleurs, les parties signataires s'accordent pour reconnaître que le développement et la généralisation de l'exercice coordonné des professionnels de santé et plus généralement de l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux sur un territoire, constituent un levier prioritaire pour répondre aux enjeux d'accès aux soins et de qualité des prises en charge.

C'est pourquoi, elles souhaitent valoriser l'engagement des médecins dans ces démarches en faveur d'un exercice coordonné et de la continuité des soins. Dans ce cadre, elles conviennent de faire évoluer le forfait structure.

Elles s'accordent également pour procéder à quelques aménagements du texte de la convention médicale.

Article 1^{er}

Aide au déploiement d'assistants médicaux dans les cabinets libéraux

Au titre I intitulé : « Conforter l'accès aux soins », est créé un sous-titre I *bis* intitulé :

« Accompagner le déploiement d'assistants médicaux dans les cabinets libéraux », rédigé comme suit.

« Les partenaires conventionnels s'accordent pour encourager et accompagner le déploiement d'assistants médicaux dans les cabinets libéraux par le biais d'une aide financière conventionnelle forfaitaire.

Le cadre et les conditions dans lesquelles cette aide conventionnelle est versée sont définis ci-après.

Article 9-1

Missions de l'Assistant médical

Les partenaires conventionnels s'accordent sur le fait que cette fonction d'assistance au bénéfice du médecin et du patient doit permettre au médecin de libérer du temps médical et de l'accompagner dans sa pratique quotidienne.

A titre indicatif et non limitatif, les missions confiées à l'assistant médical peuvent relever de trois domaines d'intervention :

- des tâches de nature administrative : ces tâches consistent en des missions sans lien direct avec le soin, comme par exemple : l'accueil du patient, la création et la gestion du dossier informatique du patient, le recueil et l'enregistrement des informations administratives et médicales, l'accompagnement de la mise en place de la télémédecine au sein du cabinet, etc.
- des missions en lien avec la préparation et le déroulement de la consultation : l'assistant médical pourrait aider le patient à l'habillage, au déshabillage, à la prise de constantes, à la mise à jour du dossier du patient concernant les dépistages, les vaccinations, les modes de vie, en générant si nécessaire des alertes à l'attention du médecin, délivrance des tests et kits de dépistage, préparation et aide à la réalisation d'actes techniques.
- des missions d'organisation et de coordination : les assistants médicaux peuvent remplir une mission de coordination notamment avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients.

Ces grandes thématiques d'intervention ne constituent cependant pas un périmètre limitatif ; elles dessinent un éventail de possibilités en termes de contenu de fonction. Les missions que les médecins confient à l'assistant médical sont laissées à leur appréciation en fonction de leurs besoins et de leurs modes d'organisation, et selon le profil soignant et / ou administratif des personnes recrutées dans le cadre du référentiel métier.

Afin que le déploiement de cette nouvelle catégorie de personnel dans les cabinets médicaux prenne tout son sens et produise les effets attendus, les fonctions exercées par l'assistant médical, qui sont des missions propres, doivent se distinguer de celles relevant des autres catégories de métiers.

A titre d'exemple, si les missions d'un assistant médical peuvent inclure une dimension administrative, elles ne sauraient se limiter à une fonction correspondant à des fonctions de secrétariat médical. De même, s'il est possible qu'un infirmier se voit confier la fonction d'assistant médical et, à ce titre, puisse réaliser un acte relevant de son champ de compétences, cela ne peut s'envisager que ponctuellement et dans le cadre d'une consultation médicale, sans qu'il s'agisse de développer ainsi une activité courante de soin infirmier qui relèverait d'un exercice professionnel propre.

Article 9-2

Profils et formation de l'Assistant médical

Quel que soit le profil de la personne recrutée en qualité d'assistant médical (profil soignant ou administratif), ce dernier devra être doté d'une qualification professionnelle *ad hoc*, qui sera obtenue à l'issue d'une formation spécifique, intégrant une éventuelle VAE (Validation des Acquis de l'Expérience), dont le contenu et la durée seront déterminés dans le cadre de la convention collective des personnels des cabinets libéraux.

Pour les assistants médicaux recrutés sans être titulaires du certificat de qualification professionnelle (CQP) et sous réserve de la mise en place des formations qualifiantes, le médecin s'engage à ce que la personne recrutée en qualité d'assistant médical suive cette formation *ad hoc* dans les deux ans suivant son recrutement et obtienne sa qualification professionnelle dans un délai maximum de trois ans suivant son recrutement.

Article 9-3

Critères d'éligibilité à l'aide à l'embauche d'un assistant médical

Article 9-3-1

Les spécialités éligibles

Toutes les spécialités médicales sont potentiellement éligibles à l'aide conventionnelle au recrutement d'un assistant médical.

Cependant, une priorisation est réalisée entre les spécialités éligibles au dispositif car certaines spécialités sont en effet plus prioritaires que d'autres, du fait que celles-ci sont particulièrement en tension, en termes de densité géographique, sur tout le territoire ou dans certains départements selon les spécialités concernées.

Ainsi, le financement de l'assurance maladie en faveur du déploiement des assistants médicaux est réservé à deux catégories de spécialités, précisées en annexe 35 de la convention nationale (cf. annexe 3) :

- certaines spécialités sont éligibles sur l'ensemble du territoire. La liste de ces spécialités figure en annexe 35 de la convention nationale (groupe 1) ;
- les autres spécialités sont éligibles dans 30 % des départements les plus en tension en termes de densité démographique (définie sur la base de la densité démographique de médecins exerçant en secteur 1 et exerçant en secteur 2 adhérent aux options de pratique tarifaire maîtrisée -OPTAM ou OPTAM CO) dans le département pour chaque spécialité. La liste de ces spécialités figure en annexe 35 (groupe 2). Par dérogation, la Commission Paritaire Nationale peut rendre éligible une spécialité dans un département, autre que ceux mentionnés en annexe 35, où serait constatée une tension dans l'accès aux soins.

Article 9-3-2

Critère d'éligibilité lié à la pratique tarifaire

Le bénéfice de l'aide conventionnelle pour le recrutement d'un assistant médical est réservé aux médecins de secteur 1 et aux médecins de secteur 2 ayant souscrit à l'OPTAM ou à l'OPTAM CO.

Article 9-3-3

Critère d'éligibilité lié à l'exercice coordonné

L'engagement du médecin dans une démarche d'exercice coordonné constitue une condition d'éligibilité à l'aide conventionnelle au recrutement d'un assistant médical.

L'exercice coordonné s'entend au sens de la définition actée dans l'article 3 de l'accord cadre interprofessionnel signé le 10 octobre 2018.

Ce mode d'exercice peut prendre diverses formes : maisons de santé pluri-professionnelles centres de santé, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisées, ou d'autres formes d'organisations pluri-professionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients. Cette coordination implique aussi que les professionnels de santé organisent, à une échelle territoriale plus large, une réponse collective aux besoins de santé de la population, notamment au sein de communautés professionnelles territoriales de santé.

Le déploiement d'assistants médicaux permet aux médecins bénéficiaires de contribuer aux missions en faveur de l'accès aux soins qui sont confiées notamment aux communautés professionnelles territoriales de santé. A mesure de leur mise en œuvre progressive, les médecins bénéficiaires participeront, quand ils existent, aux dispositifs territoriaux visant à améliorer l'accès aux soins de la population de leur territoire, dans le cadre d'une communauté professionnelle territoriale de santé ou d'une autre forme d'organisation territoriale reconnue par la commission paritaire locale.

Compte tenu de la montée en charge des différentes modalités d'organisation de l'exercice coordonné, notamment des communautés professionnelles territoriales de santé, un délai de deux ans à compter du recrutement de son assistant médical est laissé au médecin pour s'engager dans cette démarche.

Article 9-3-4

Critère d'exercice regroupé et d'activité minimale

Le principe est de réserver le bénéfice de l'aide à l'embauche d'un assistant médical à des médecins regroupés dans un cabinet composé d'au moins 2 médecins. Les maisons de santé pluriprofessionnelles multi sites répondent à cette condition de cabinet regroupé.

Ceux-ci doivent enregistrer chacun un nombre significatif de patients médecin traitant adultes s'ils sont médecins généralistes ou spécialistes en médecine générale, ou de file active de patients pour les autres spécialités médicales, c'est à dire un nombre de patients différents vus dans l'année, tout âge confondu.

Le seuil minimal d'activité se situe au moins au 30^e percentile en termes de distribution nationale au 31/12/2018 pour chaque spécialité.

Le 30^e percentile correspond au nombre de patients pour lequel 70 % des médecins se situent au-dessus de celui-ci, lorsque l'on classe par effectifs égaux les médecins selon leur niveau de patientèle.

La patientèle minimale prise en compte dans ce critère d'éligibilité est celle calculée au 31 décembre de l'année précédente ou celle au 30 juin de l'année en cours, selon la date de recrutement de l'assistant médical dans le cabinet.

Les seuils concernés en fonction des différentes spécialités sont listés en annexe 2.

Article 9-3-5

Dérogations aux critères d'éligibilité

Dérogations au critère de seuil minimal d'activité

Éligibilité au dispositif des médecins nouveaux installés

Les médecins nouveaux installés, c'est-à-dire nouvellement installés (au sens de primo-installés dans la zone d'exercice) à partir du 1^{er} janvier 2019, en cabinet libéral conventionné de secteur 1 ou secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM CO, sont éligibles au dispositif, sans nécessité d'atteindre de seuil minimal de patientèle défini à l'article 9-3-4. Leurs objectifs spécifiques sont déterminés conformément aux dispositions de l'article 9-5-2-7.

Les autres conditions d'éligibilité au bénéfice du dispositif (exercice coordonné, regroupement, condition d'octroi d'équivalent temps plein d'assistant médical, spécialités éligibles, ...) leur sont applicables, la vérification de l'exigence de validation du volet 1 du forfait structure n'étant réalisée pour eux qu'à l'issue de la deuxième année de mise en œuvre du contrat (à la date anniversaire de sa signature).

Éligibilité des médecins reconnus en qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou atteints d'une affection de longue durée (ALD)

Par dérogation, les médecins reconnus en qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou souffrant d'une affection de longue durée (ALD) dont le handicap ou la pathologie ont un impact sur leur activité, peuvent être éligibles au dispositif, quel que soit leur niveau de patientèle initiale, pour les aider à maintenir un niveau d'activité correspondant au besoin de soins des patients de leur territoire d'exercice. L'accord sur l'éligibilité à la contractualisation est pris par le directeur de la caisse après avis du service médical placé près de ladite caisse. L'appréciation du niveau de financement d'assistant médical nécessaire et des objectifs fixés au niveau de l'augmentation ou du maintien du niveau de patientèle sont définis conjointement par le médecin et la caisse au regard de la situation du médecin et des besoins du territoire en termes d'accès aux soins. Le médecin peut être accompagné, s'il le souhaite, lors de la définition du contenu de son contrat avec le directeur de la caisse, par un membre de son choix de la section professionnelle de la commission paritaire locale.

Cette appréciation du niveau des financements et des objectifs fixés peut faire l'objet d'une révision chaque année si nécessaire.

Éligibilité des médecins généralistes avec une forte patientèle d'enfants de moins de 16 ans

Par dérogation au critère de seuil minimal de patientèle médecin traitant adulte fixé à l'article 9-3-4, les médecins généralistes ne remplissant pas ce critère au motif d'une forte proportion d'enfants de moins de 16 ans dans leur patientèle file active (supérieure à 20 %) sont éligibles au dispositif, dès lors que leur patientèle file active se situe au-dessus du 30^e percentile.

Pour la fixation des objectifs de ces médecins, les engagements sont fixés en fonction de leur patientèle file active.

Pour le suivi de leurs engagements, la patientèle médecin traitant adulte et la patientèle file active sont prises en compte.

Dérogations au principe de regroupement

Médecins en zones sous denses

Pour les médecins exerçant en zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, la condition de regroupement n'est pas exigée mais le médecin doit avoir au moins un niveau de patients médecins traitants adultes équivalent au 30^e percentile ou au seuil minimal de file active de patients déterminé pour chaque spécialité (cf. annexe 2), pour les médecins des autres spécialités.

Médecins non regroupés physiquement mais travaillant dans une logique de coordination renforcée de leurs modalités d'exercice

Les médecins n'exerçant ni en zones sous denses ni dans un même lieu physique peuvent bénéficier du financement du recrutement d'un assistant médical à deux conditions :

- avoir au moins un niveau de patients médecin traitant adultes ou de file active pour les autres spécialités équivalant au 70^e percentile.
- avoir recours à un même assistant médical dans une logique de coordination renforcée de leurs conditions d'exercice. Cet engagement peut se matérialiser notamment par un partage des agendas, un dispositif permettant d'assurer une continuité des soins sans rupture de prise en charge, avec un critère de proximité géographique (20 mn de trajet maximum entre les uns et les autres).

Article 9.4

Formalisation de l'engagement des médecins éligibles

Les médecins éligibles à l'aide à l'embauche d'un assistant médical formalisent leur engagement envers l'assurance maladie sous la forme d'un contrat type figurant en annexe 34 de la présente convention.

Le médecin devra fournir les éléments justifiant de l'emploi effectif de l'assistant médical dans un délai d'un mois après l'embauche de l'assistant médical. Les pièces justificatives à fournir dans ce cadre sont précisées dans le contrat défini en annexe 34 de la convention nationale.

L'assurance maladie verse l'aide forfaitaire au médecin ayant signé le contrat.

Le médecin a le choix de recruter directement l'assistant médical ou de faire appel pour ce recrutement à un groupe de médecins libéraux ou à toute autre structure habilitée à effectuer une telle démarche.

Article 9-5

Modalités d'attribution de l'aide au recrutement d'un assistant médical et contreparties attendues

Article 9-5-1

Modalités d'attribution de l'aide et contreparties

Les modalités d'attribution de l'aide au recrutement de l'assistant médical sont réalisées selon l'option choisie par le médecin, c'est-à-dire selon le niveau d'engagement et de financement qu'il choisit.

Le médecin peut changer d'option sur la base d'un avenant au contrat, dès lors que les conditions de recrutement de l'assistant médical sont amenées à évoluer.

Article 9-5-2

Le niveau de financement par l'assurance maladie pour l'aide au recrutement d'assistants médicaux et les contreparties attendues

Article 9-5-2-1

Principes : un financement pérenne et des engagements modulés selon la taille de patientèle des médecins

Modalités de financement

La participation de l'assurance maladie au recrutement d'un assistant médical est versée dans le cadre du forfait structure, conformément aux dispositions de l'article 20 de la convention, dès lors que le médecin a bien rempli les conditions posées au titre du volet 1 du forfait structure.

Engagements du médecin en contrepartie du financement

En contrepartie de l'aide au recrutement d'un assistant médical, le médecin s'engage à consacrer une partie du temps dégagé par l'assistant médical pour accueillir et assurer la prise en charge de davantage de patients.

L'effort de progression n'étant pas de même ampleur entre plusieurs médecins ayant des niveaux de patientèle initiale différents, le niveau d'engagement d'accueil et de prise en charge de patients supplémentaires est défini selon la taille de la patientèle du médecin lors de l'embauche de l'assistant médical.

Des niveaux d'engagement ont ainsi été définis par effectifs de patientèle en classant en percentiles, selon une distribution nationale, l'ensemble des médecins d'une même spécialité selon le niveau d'effectifs de patients pris en charge pour chacune des spécialités.

Au regard de l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins, les engagements des médecins sont fixés de la manière suivante.

- Pour ce qui concerne les médecins généralistes et spécialistes en médecine générale, deux engagements complémentaires sont fixés pour les médecins souhaitant engager un assistant médical :
 - une augmentation de la patientèle adulte médecin traitant : cet indicateur mesure le nombre total de patients de plus de 16 ans ayant choisi le médecin généraliste comme médecin traitant,
 - une augmentation de la file active : la notion de file active correspond au nombre de patients différents tout âge confondu vus dans l'année par le médecin.

Ces deux indicateurs sont pris en compte simultanément, car ils sont très corrélés. En cas d'écart significatif entre les indicateurs pour un médecin, l'indicateur le plus favorable au médecin sera pris en compte pour fixer son niveau d'engagement. Le suivi des objectifs sera ensuite réalisé sur les deux indicateurs.

Les objectifs de progression à atteindre pour chacun des deux indicateurs sont modulés selon 5 tranches d'activité, adaptées selon la distribution des médecins au titre de leur patientèle Médecin Traitant adulte et de leur file active.

- Pour ce qui concerne les médecins des autres spécialités médicales

Les objectifs des médecins relevant des spécialités éligibles telles que définies de l'article 9-3-1 sont fixés selon la taille de la file active. Ainsi, dans ce cadre, les différentes catégories d'objectifs sont fixées, selon les mêmes principes que pour les médecins généralistes (niveaux adaptés pour chaque spécialité éligible, avec des niveaux de progression modulés selon le point de départ).

Deux options principales sont ouvertes à chaque médecin lui permettant de choisir son organisation, selon le niveau de financement alloué et les engagements en contrepartie.

Les médecins ont bien évidemment la possibilité de prendre l'attache d'un assistant médical sur une durée de travail plus longue. Dans ce cas, ils assurent le financement nécessaire en complément de celui alloué dans le cadre de l'aide conventionnelle.

Article 9-5-2-2

1^{re} option de financement et d'engagement

La participation de l'assurance maladie, selon cette option, est définie de la manière suivante :

- la 1^{re} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 12 000 euros,
- la 2^e année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 9 000 euros,
- à partir de la 3^e année de l'embauche de l'assistant médical, l'aide maximale est maintenue de manière pérenne à 7 000 euros maximum.

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^e percentile et le 95^e percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^e année est de 8 350 euros par an.

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^e percentile, l'aide maximale est de 12 000 euros par an pendant toute la durée du contrat.

Objectifs fixés pour cette option

- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 30^e percentile et le 50^e percentile : l'objectif attendu est de + 20 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et /ou file active du médecin se situe entre le 50^e percentile et le 70^e percentile : l'objectif attendu est de + 15 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 70^e percentile et le 90^e percentile : l'objectif attendu est de + 7,5 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 90^e percentile et le 95^e percentile : l'objectif attendu est de + 4 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe au-delà du 95^e percentile : l'objectif attendu est un maintien de son effectif de patientèle au regard de son niveau initial.

Pour bénéficier de cette option, le médecin devra justifier de l'embauche d'au moins 1/3 d'ETP d'assistant médical.

Article 9-5-2-3

2^e option de financement et d'engagement

La participation de l'assurance maladie, selon cette option, est répartie de la manière suivante :

- la 1^{re} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 18 000 euros par médecin,
- la 2^e année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 13 500 euros.
- à partir de la 3^e année, l'aide maximale est maintenue de manière pérenne à 10 500 euros.

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^e percentile et le 95^e percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^e année est de 12 500 euros par an.

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^e percentile, l'aide maximale est de 18 000 euros par an pendant toute la durée du contrat.

Objectifs fixés pour cette option

- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 30^e percentile et le 50^e percentile : l'objectif attendu est de + 25 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 50^e percentile et le 70^e percentile : l'objectif attendu est de + 20 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 70^e percentile et le 90^e percentile : l'objectif attendu est de + 12,5 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 90^e percentile et le 95^e percentile : l'objectif attendu est de + 6 %.
- Si la patientèle médecin traitant et/ou file active du médecin se situe au-delà du 95^e percentile : l'objectif attendu est un maintien de son effectif de patientèle suivie au regard de son niveau initial.

Pour bénéficier de cette option, le médecin devra justifier de l'embauche d'au moins 1/2 d'ETP d'assistant médical.

Article 9-5-2-4

Option spécifique de financement et d'engagement en zone sous -dense

Par dérogation, pour les médecins installés en zone sous dense au sens du 1434-4 (1^o) du code de la santé publique (zones éligibles aux aides conventionnelles), le financement d'un assistant médical à hauteur d'un équivalent temps plein pour un médecin est possible.

La participation de l'assurance maladie, selon cette option, est répartie de la manière suivante :

- la 1^{re} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 36 000 euros par médecin,
- la 2^e année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 27 000 euros,
- à partir de la 3^e année, l'aide maximale est maintenue de manière pérenne à 21 000 euros maximum.

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^e percentile et le 95^e percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^e année est de 25 000 euros par an.

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^e percentile, l'aide maximale est de 36 000 euros par an pendant toute la durée du contrat.

Objectifs fixés pour cette option :

- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 30^e percentile et le 50^e percentile : l'objectif attendu est de + 35 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 50^e percentile et le 70^e percentile : l'objectif attendu est de + 30 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 70^e percentile et le 90^e percentile : l'objectif attendu est de + 20 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 90^e percentile et le 95^e percentile : l'objectif attendu est de + 12,5 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe au-delà du 95^e percentile : l'objectif attendu est de + 5 %.

Pour bénéficier de cette option, le médecin devra justifier de l'embauche d'au moins 1 d'ETP d'assistant médical.

Au regard du nombre de contrats de recrutement d'assistants médicaux déjà signés et des besoins de santé du territoire, et notamment le nombre de patients restant sans médecin traitant au sein du territoire, le directeur de la caisse peut suspendre cette option et en informe la Commission Paritaire Locale. Toutefois, les contrats existants perdurent jusqu'à leur terme. Au regard des mêmes critères, le directeur de la caisse peut rouvrir cette option à tout moment.

Les partenaires conventionnels examineront, dans les 12 mois suivant l'entrée en vigueur du présent avenant, les conditions dans lesquelles cette option spécifique pourrait être le cas échéant étendue à d'autres territoires soumis à

des tensions démographiques fortes mais qui ne seraient pas retenus dans le zonage défini au titre de l'article L. 1434-4 (1^o) du code de la santé publique.

Article 9-5-2-5

Vérification du respect des engagements

Quelle que soit l'option retenue – option 1 ou 2 ou option dérogatoire pour un médecin exerçant en zone sous dense – les conditions de vérification du respect des engagements sont les suivantes.

Jusqu'à la fin de la deuxième année du contrat est mise en place une période d'observation sur le suivi de l'atteinte des objectifs fixés à chacun des médecins. Pendant cette période, même si les objectifs ne sont pas intégralement atteints, l'aide est intégralement maintenue.

A partir de la 3^e année de mise en œuvre du contrat, l'atteinte des objectifs par le médecin employeur est vérifiée par la caisse dans les conditions suivantes :

- si le niveau de patientèle atteint est égal ou supérieur à 75 % de l'objectif, l'aide est versée intégralement,
- si le niveau de patientèle atteint est égal ou supérieur à 50 % de l'objectif, l'aide versée est égale à 75 %,
- si le niveau de patientèle atteint est inférieur à 50 % de l'objectif, l'aide versée au prorata du résultat obtenu.

A l'issue de la 3^e année, le médecin doit maintenir son niveau d'activité à hauteur des objectifs fixés et ce, tout au long de la durée restante du contrat.

A compter de la quatrième année et pour les années suivantes, le montant de l'aide versée est proratisé en fonction du niveau d'atteinte de l'objectif fixé.

La caisse organise un point d'échange semestriel avec les médecins signataires du contrat pour examiner conjointement les éventuelles difficultés de mise en œuvre, et notamment la difficulté d'atteinte des objectifs fixés. Il peut ainsi être tenu compte d'éventuels facteurs objectifs pouvant justifier de la non-atteinte des objectifs fixés : notamment, le manque de patients en recherche de médecin traitant dans sa zone d'exercice, ou un changement notable dans l'offre de soins lié à une augmentation du nombre de médecins exerçant dans la même spécialité à la suite de nouvelles installations.

Ces échanges peuvent donner lieu, le cas échéant, à la conclusion d'un ou plusieurs avenants aux contrats initialement signés.

Une résiliation anticipée par la caisse du contrat est possible, y compris pendant les deux premières années, si un médecin ne respecte pas de manière manifeste ou pour des raisons indépendantes de sa volonté les termes du contrat (exemple : non démarrage de la formation dans les conditions définies à l'article 9.2, démission de l'assistant médical). En cas d'indisponibilité temporaire de l'assistant médical (congé maladie d'une durée substantielle, congé maternité, démission...) une neutralisation de l'atteinte des objectifs peut être mise en place.

Article 9-5-2-6

Autres dispositions communes aux différentes options

Modalités de versement de l'aide

Un dispositif de versement d'acompte est mis en place chaque année.

Pour la 1^{re} année, le 1^{er} acompte de 70 % de la somme totale due au titre de la 1^{re} année du contrat) est versé 15 jours après la réception des pièces justifiant le recrutement de l'assistant médical. Le solde de cette 1^{re} année est versé à la 1^{re} date anniversaire du contrat.

Pour la 2^e année, à la 1^{re} date anniversaire du contrat, un nouvel acompte de 70 % de la somme totale due au titre de la 2^e année du contrat est versé. Le solde de cette 2^e année est versé à la 2^e date anniversaire du contrat.

Pour la 3^e année, dans les deux mois suivant la 2^e date anniversaire du contrat, un nouvel acompte est versé. Cet acompte est calculé en fonction du niveau de l'atteinte des objectifs observé à la fin de la 2^e année du contrat, conformément à l'article 9-5-2-5.

- si le niveau de patientèle du médecin atteint est égal ou supérieur à 50 % de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles), le montant de l'acompte correspond à 70 % de la somme due.
- si le niveau de patientèle atteint est inférieur à 50 % de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles), le montant de l'acompte correspond à 50 % de la somme due au titre de la 3^e année du contrat ; un second acompte de 20 % de la somme due au titre de la 3^e année du contrat est versé 6 mois plus tard, si le niveau de patientèle atteint est désormais supérieur ou égal à 50 % de l'objectif (à partir des dernières données de patientèle disponibles). Le solde de cette 3^e année est versé deux mois après la 3^e date anniversaire du contrat.

Pour la 4^e année et les années suivantes, dans les deux mois suivant la date anniversaire du contrat, un nouvel acompte est versé ainsi que le solde de l'année précédente.

Cet acompte est calculé en fonction du niveau de l'atteinte des objectifs observé à la fin de l'année précédente, conformément à l'article 9-5-2-5.

- si le niveau de patientèle du médecin atteint est égal ou supérieur à 70 % de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles), le montant de l'acompte correspond à 70 % de la somme due.
- si le niveau de patientèle atteint est inférieur à 70 % de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles), le montant de l'acompte correspond à 50 % de la somme due au titre de l'année du contrat ; un second acompte de 20 % de la somme due au titre de l'année du contrat est versé 6 mois plus tard, si le niveau de patientèle atteint est désormais supérieur ou égal à 70 % de l'objectif (à partir des dernières données de patientèle disponibles).

Pour les années suivantes l'acompte de 70 % est versé dans les deux mois suivant la date anniversaire du contrat au même moment que le versement du solde dû au titre de l'année écoulée.

Caractère non substitutif du poste d'assistant médical

Dans le cas où l'assistant médical serait déjà employé par l'un ou plusieurs des médecins (par exemple en occupant déjà un poste de secrétaire médicale), le financement de l'Assurance Maladie sera conditionné au remplacement du salarié dans sa fonction antérieure dans les 6 mois suivant la prise de fonction comme assistant médical. Dans l'hypothèse où ce recrutement ne se ferait que de manière partielle en termes d'équivalent temps plein, le financement de l'assurance maladie serait réduit à due proportion.

Il sera également vérifié que le médecin bénéficiaire de l'aide n'aura pas réduit, au cours des 6 derniers mois précédant le recrutement du poste d'assistant médical, le nombre des salariés pouvant prétendre à ce même poste exerçant au sein de son cabinet.

Article 9-5-2-7

Cas particuliers

Financement des médecins ayant un objectif de maintien de niveau de patientèle

Pour les médecins ayant un objectif de maintien de patientèle, si ces médecins ne maintiennent pas le niveau de leur patientèle, et voient leur patientèle baisser, l'aide est calculée à partir de la 3^e année de la manière suivante :

- si la baisse de niveau de patientèle se situe entre 0 % et -5 %, l'aide est intégralement versée,
- si la baisse de niveau de patientèle se situe entre -5 % et -10 %, l'aide est proratisée,
- si la baisse de niveau de patientèle se situe en dessous de -10 %, l'aide n'est pas versée.

Fixation des objectifs pour les médecins à exercice mixte

Les médecins dont le niveau d'activité est sensiblement inférieur à la médiane incluent des médecins à exercice mixte (activité salariée complémentaire, à titre d'exemple dans un établissement sanitaire ou médico-social). Dans ce cas de figure, leur activité s'avère en réalité plus importante quand elle est rapportée sur la base d'un temps plein.

C'est pourquoi pour ces médecins ayant une activité mixte, il est tenu compte de leur situation pour reconstituer leur niveau réel d'activité et fixer leur objectif en conséquence, en cohérence avec les tranches d'activité adaptées selon la distribution des médecins. Pour ce faire, les médecins concernés doivent produire tout document attestant de cette activité complémentaire à celle exercée sous le mode libéral dans le cadre de la présente convention.

Fixation des objectifs et vérification des résultats pour les médecins nouveaux installés

Pour les médecins nouveaux installés au sens de l'article 9.3.5, pour prendre en compte la montée en charge progressive de leur patientèle, leur objectif est fixé de manière à se situer, dans un délai de 3 ans, dans les 50 % des médecins - dont la part de patientèle Médecin traitant adulte ou file active au niveau national est la plus importante (soit au-dessus du 50^e percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active de la spécialité)

A la 3^e année, en fonction du niveau d'atteinte des objectifs, l'aide est versée de la manière suivante :

- si le médecin se situe au-dessus du 50^e percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active de la spécialité, l'aide est versée dans sa totalité,
- si le médecin se situe entre le 30^e percentile et 50^e percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active de la spécialité, l'aide est versée au prorata de l'écart,
- en dessous de 30^e percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active de la spécialité, aucune aide n'est versée.

A la fin de la troisième année, le médecin n'étant plus considéré comme nouvel installé, le contrat doit faire l'objet d'un avenant sur la base de sa patientèle réelle.

Article 9-6

Evaluation du dispositif

Le dispositif fait l'objet d'un suivi régulier par les partenaires conventionnels dans le cadre de la Commission Paritaire Nationale visé à l'article 80 de la Convention nationale. Lors d'un premier bilan qui devra être établi après

deux années de mise en place du dispositif, il sera notamment observé le déploiement des assistants médicaux et l'impact en termes d'organisation et d'accès aux soins.

Par ailleurs, un dispositif de suivi local des contrats individuellement conclus par les médecins est effectué au sein des instances paritaires conventionnelles à l'issue de chaque année de mise en œuvre du contrat ».

Article 2

Evolution du forfait structure pour valoriser l'engagement du médecin dans une démarche d'exercice coordonné

Le contenu du forfait structure a été défini par les partenaires conventionnels en 2016 lors de la conclusion de la nouvelle convention médicale. Deux ans après la mise en œuvre de ce forfait structure, ils souhaitent le faire évoluer pour prendre en compte les modifications organisationnelles au sein des cabinets médicaux.

Dans ce cadre, les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de renforcer et valoriser l'exercice coordonné, qui constitue un des leviers pour permettre une meilleure prise en charge des besoins de soins sur le territoire.

En effet, ce mode d'exercice permet de renforcer la prévention, l'efficience et la qualité de la prise en charge des patients, de faciliter l'articulation entre les établissements de santé et les offreurs de soins du secteur ambulatoire pour assurer la continuité des parcours des patients, de conforter l'offre de soins de premier et second recours, et enfin d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé.

L'accord cadre interprofessionnel visé à l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale signé le 10 octobre 2018 rappelle que ce mode d'exercice peut prendre diverses formes : maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisés ou d'autres formes d'organisations pluri-professionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité, aux besoins de prise en charge des patients.

Cette coordination implique aussi que les professionnels de santé organisent à une échelle territoriale plus large, une réponse collective aux besoins de santé de la population notamment au sein des communautés professionnelles territoriales de santé.

Pour ce faire, les partenaires conventionnels souhaitent aménager le forfait structure, vecteur privilégié pour porter cette mesure, de manière à valoriser le médecin libéral impliqué dans la prise en charge coordonnée des patients sous quelle que forme que ce soit (participation du médecin à une équipe de soins primaires, une équipe de soins spécialisés, une maison de santé pluri-professionnelle, une communauté professionnelle territoriale de santé, des réunions pluri professionnelles ou pluridisciplinaires régulières protocolisées dans le cadre de la prise en charge de personnes âgées ou de patients souffrant de pathologies chroniques invalidantes ou à d'autres formes d'organisations pluri professionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients).

Dans ce contexte, l'article 20 de la convention nationale intitulé : « la mise en place d'un forfait structure » est modifié comme suit :

Après les mots : « la valeur du point est fixée à 7 euros », est ajouté un alinéa rédigé comme suit :

« Par ailleurs, à compter de 2019, ce forfait structure est complété par une rémunération forfaitaire exprimée non en points mais en euros (volet 3), conformément aux dispositions prévues à l'article 20.3 de la présente convention ».

En outre, l'article 20.1 de la convention nationale intitulé : « Premier volet du forfait structure (pré-requis) », est complété de la manière suivante : après les mots : « ce premier volet du forfait est affecté de 175 points en 2017 puis 230 en 2018 puis 280 points en 2019 », est ajouté un alinéa rédigé comme suit :

« A compter de 2022 ce volet est revalorisé à hauteur de 400 points par l'intégration dans le volet 1 de l'indicateur « participation à une démarche de soins coordonnée », initialement intégré dans le volet 2 du forfait. Ainsi, à compter de 2022 l'indicateur « participation à une démarche de soins coordonnée » devient un pré-requis pour bénéficier du forfait structure ».

A l'article 20.2 le paragraphe : « Indicateur 3 : valoriser la démarche de prise en charge coordonnée » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes comme suit : « Cet indicateur valorise le médecin impliqué dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné : participation du médecin à une équipe de soins primaires (ESP), une équipe de soins spécialisés, une maison de santé pluri-professionnelle (MSP), une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), des réunions pluri professionnelles ou pluridisciplinaires régulières protocolisées dans le cadre de la prise en charge de personnes âgées ou de patients souffrant de pathologies chroniques invalidantes ou à d'autres formes d'organisations pluri professionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients ».

De même, après les mots « Cet indicateur est affecté de 15 points en 2017, 40 points en 2018 et 60 points en 2019 », deux alinéas rédigés ainsi sont ajoutés les termes suivants :

« A partir de 2020, cet indicateur est revalorisé à hauteur de 120 points. A compter de 2022, cet indicateur est transféré dans le volet 1 du forfait qui constitue les indicateurs pré-requis à la rémunération ».

A l'article 20.2, le paragraphe « Indicateur 4 : services offerts aux patients » est modifié de la manière suivante.

Après les mots : « Cet indicateur est affecté de 20 points en 2017, 80 points en 2018 et 130 points en 2019 », sont ajoutés les mots : « A compter de 2020, cet indicateur est affecté de 70 points ».

A l'article 20.2, après le paragraphe « Indicateur 7 : valoriser le recours à la télémédecine – aide à l'équipement en équipements médicaux connectés », est ajouté un paragraphe rédigé de la manière suivante.

« Indicateur 8 : valoriser la « participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale, telle que définie par l'annexe 12 de la convention nationale.

Cet indicateur est valorisé dès 2020 à hauteur de 150 points ».

A l'article 20.2 après les mots « Ce second volet du forfait est affecté de 75 points en 2017 puis 230 en 2018 puis 455 points en 2019 », les termes suivants sont ajoutés : « A partir de 2020 le volet 2 est porté à 605 points. A partir de 2022, ce volet est affecté de 485 points ».

En outre, à la suite de l'article 20.2 de la convention nationale, est créé un article 20.3 rédigé comme suit.

« Article 20.3

« Troisième volet du forfait structure : participation au financement du recrutement d'un assistant médical au sein du cabinet médical

Ce volet prévoit une aide pérenne à compter du recrutement d'un assistant médical et dans le respect des conditions et critères d'éligibilité prévues à l'article 9.3.

Ce troisième volet est conditionné à l'atteinte des pré-requis tels que prévus dans le volet 1 du forfait structure à compter de 2019 et au respect de ses engagements par le médecin, tels que définis aux articles 9-5-2-2 et suivants.

Ainsi, pour le financement dans le cadre de l'option 1, l'aide est répartie de la manière suivante :

- la 1^{re} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 12 000 euros par médecin.
- la 2^e année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 9 000 euros maximum.
- à partir de la 3^e année de l'embauche de l'assistant médical, l'aide maximale est maintenue de manière pérenne à 7 000 euros maximum.
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^e percentile et le 95^e percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^e année est de 8 350 euros par an.
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^e percentile, l'aide maximale est de 12 000 euros par an pendant toute la durée du contrat.

Pour le financement dans le cadre de l'option 2, l'aide est répartie de la manière suivante :

- la 1^{re} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 18 000 euros.
- la 2^e année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 13 500 euros.
- à partir de la 3^e année, l'aide maximale est maintenue de manière pérenne 10 500 euros.
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^e percentile et le 95^e percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^e année est de 12 500 euros par an.
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^e percentile, l'aide maximale est de 18 000 euros par an pendant toute la durée du contrat.

Pour le financement dans le cadre de l'option spécifique pour les médecins exerçant en zone sous dense (article 9-5-2-4), l'aide est répartie de la manière suivante :

- la 1^{re} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 36 000 euros par médecin.
- la 2^e année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 27 000 euros maximum. à partir de la 3^e année, l'aide maximale est maintenue de manière pérenne à 21 000 euros maximum
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^e percentile et le 95^e percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^e année est de 25 000 euros par an.
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^e percentile, l'aide maximale est de 36 000 euros par an pendant toute la durée du contrat ».

Les dispositions de l'annexe 12 de la convention nationale sont modifiées. L'annexe 12 est remplacée par les dispositions figurant en annexe 4 du présent avenant.

Article 3

Modification des dispositions relatives aux commissions paritaires locales, régionales et nationales

Commissions Paritaires

A l'article 1.3 de l'annexe 23 de la convention nationale portant règlement intérieur type est complété comme suit : après les mots « chaque organisation syndicale reconnue représentative signataire de la présente convention étant assurée de disposer d'au moins un siège », les deux alinéas suivants sont ajoutés :

« A titre exceptionnel, dans les départements/régions où il existe une carence de désignation par une ou plusieurs représentations, les représentants d'une organisation professionnelle siégeant en CPL/CPR peuvent être installés dans d'autres départements/régions que ceux où sont implantés les CPL/CPR au sein desquels ils siègent.

Si malgré les dispositions précédentes et après contact avec les organisations syndicales concernées, il apparaissait une carence de désignation de représentants d'une organisation professionnelle, la totalité des sièges vacants pourrait alors être attribuée en CPL/CPR aux représentants des autres organisations syndicales

représentatives des médecins libéraux, signataires de la présente convention et représentées dans le département ou la région ».

Observatoire des mesures conventionnelles

L'article 81 concernant l'Observatoire conventionnel est supprimé.

En outre, l'article 80.3 intitulé : « rôle de la Commission Nationale Paritaire » est complété comme suit :

après les mots : « de ces forfaits », sont ajoutés les mots :

- la mise en place et le suivi des mesures sur l'activité clinique telle que décrite aux articles 28 et suivants,
- la mise en place et le suivi des mesures sur l'activité technique telle que décrite aux articles 29 et suivants et l'impact sur la valeur du modificateur K du nombre de médecins signataires de l'OPTAM-CO,
- l'élaboration de la méthodologie pour la fixation et la révision du coût de la pratique des actes en lien avec les travaux menés par l'observatoire de la CCAM défini à l'article 2 de l'annexe 2,
- le suivi de la mise en place du médecin traitant de l'enfant,
- le suivi et l'évaluation du dispositif d'aide au recrutement d'un assistant médical.

Les études médico-économiques nécessaires à ces suivis seront menées en fonction des données disponibles et des possibilités actuelles des systèmes d'information ».

De même, à l'article 15-4-1 de la convention intitulé : « Le forfait patientèle médecin traitant pour le suivi au long cours des patients », le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes : « Un bilan des rémunérations versées au titre de ce forfait patientèle médecin traitant est effectué chaque année par l'assurance maladie et présenté aux membres de la Commission Paritaire Nationale définis dans la présente convention pour permettre aux partenaires conventionnels d'examiner les conditions de son évolution ».

A l'article 29 de la convention nationale intitulé : « valorisation des activités cliniques, le 7^e alinéa est remplacé par l'alinéa suivant : « A ce titre, un suivi régulier des différentes mesures mises en place pour les spécialités techniques sera réalisé dans le cadre de la CPN. En outre, les missions de l'observatoire de la CCAM sont précisées l'Annexe 2 de la convention ».

Dans l'annexe 23 « règlement intérieur type des commissions paritaires », les dispositions relatives à l'« observatoire des mesures conventionnelles » sont supprimées.

Observatoire des pratiques tarifaires

A l'annexe 25 concernant l'Observatoire des pratiques tarifaires, l'article 2 est modifié comme suit : les mots : « l'observatoire se réunit chaque trimestre » est remplacé par les mots « l'Observatoire se réunit autant que de besoin et a minima une fois par an ».

Article 4

Champ d'application de la Convention

L'article 2 de la Convention nationale est complété comme suit :

après les mots : « La convention nationale s'applique :

- aux médecins exerçant à titre libéral »,

sont ajoutés les mots « ayant un lieu d'exercice en France. ».

Article 5

Autres modifications

Article 5-1

Mesures en faveur des jeunes médecins entrant dans un dispositif favorisant l'exercice mixte

Les partenaires conventionnels souhaitent accompagner la mesure en faveur de l'accès aux soins dans les zones sous-denses au sens du 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, dite « 400 médecins dans les territoires prioritaires ». Cette mesure vise à favoriser le déploiement de postes de jeunes médecins généralistes à exercice mixte, partagé entre une structure hospitalière et un exercice ambulatoire (dans un cadre libéral ou salarié) par le biais d'un soutien financier apporté à des acteurs susceptibles de proposer des postes de médecins généralistes salariés dans les territoires prioritaires.

Il convient ainsi d'apporter, en faveur de ces médecins éligibles à ce dispositif, un élément de souplesse aux dispositions conventionnelles, en leur ouvrant la possibilité de bénéficier, à l'issue des deux ans exercés dans ce seul cadre, du droit à l'éligibilité aux contrats démographiques d'une part, et d'autre part à la possibilité d'exercer en secteur à honoraires différents dès lors qu'ils disposent des titres requis au regard des dispositions de l'article 38 et suivants de la convention médicale.

Aussi, à la fin de l'article 4.1 de la convention est ajouté un alinéa rédigé de la manière suivante : « Concernant les médecins ayant bénéficié d'un dispositif d'aide à l'exercice mixte partagé entre une structure hospitalière et un exercice libéral en zone sous-dense au titre du 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique pendant une

durée de deux ans, cet exercice libéral partagé n'est pas assimilé à une première installation au sens du présent article ».

Article 5.2

Mesures concernant l'accès au secteur 2

L'article 38.1.1 intitulé « Titres donnant accès au secteur à honoraires différents » est complété de la manière suivante :

Après les termes « -praticien des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions et dont le statut relève des articles R. 6152-201 et suivants du code de la santé publique », est ajouté un dernier alinéa, rédigé comme suit :

« Les fonctions permettant de détenir les titres précités, peuvent être réalisées alternativement au sein d'établissements de santé de nature différentes (établissement public soit centre hospitalier régional universitaire-CHRU soit centre hospitalier rattaché à un CHRU) et établissement de santé privé d'intérêt collectif, ...). Dans ce cas, la demande d'accès au secteur à honoraires différents est examinée dans le cadre de la procédure d'équivalence prévue à l'article 38.1.2. ».

L'article 38.1.2 relatif à la procédure d'équivalence des titres est complété comme suit.

A la fin du paragraphe intitulé « Situation de l'exercice en secteur privé par un praticien hospitalier », sont ajoutées les dispositions suivantes :

« Situation de l'exercice libéral par un praticien recruté dans le cadre du dispositif d'aide à l'exercice mixte partagé entre une structure hospitalière et un exercice libéral en zone sous-dense dit « mesure des 400 médecins généralistes dans les territoires prioritaires »

Par dérogation, l'exercice d'une activité libérale par les praticiens recrutés dans le cadre du dispositif d'aide à l'exercice mixte partagé entre une structure hospitalière et un exercice libéral en zone sous-dense pendant deux ans n'est pas assimilé à une première installation en libéral, au sens de la convention. ».

Article 5-3

Mesures de nomenclature

Dispositions concernant les actes d'anesthésie

L'article 29.5 de la convention est modifié de la manière suivante.

Le dernier paragraphe est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Les partenaires conventionnels s'accordent pour étendre les indications de l'acte d'écho guidage dans le cadre de l'anesthésie loco régionale au sein, thorax et au cou et à l'anesthésie périmédullaire des patients obèses sur le critère de l'indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30 kg/m².

Ils proposent par ailleurs de mieux valoriser l'analgésie post-opératoire avec la création de deux modificateurs pour des listes d'actes d'anesthésie répondant à de critères définis à la CCAM : l'un de 6 % et l'autre de 8 % respectivement pour les analgésies post-opératoires avec ou sans cathéter périnerveux.

L'annexe 31 précise les listes des actes qui seraient concernés par ces valorisations. »

Enfin, les partenaires conventionnels ont convenu de proposer la modification de la définition de l'anesthésie dans les dispositions générales de la CCAM (Livre I Article I-7) pour mieux prendre en compte la pratique de l'anesthésie multimodale qui pourrait être rédigée comme suit :

« L'anesthésie-réanimation générale et/ou locorégionale est prise en charge à condition qu'elle soit administrée par inhalation, injection ou infiltration de racines, plexus ou tronc nerveux ou par une combinaison de ces méthodes, et faite personnellement par un médecin autre que le médecin ou le chirurgien-dentiste qui effectue l'acte qui la nécessite. » Cette mesure s'appliquerait sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Dispositions concernant les travaux relatifs à l'évolution de la CCAM et à l'évolution des modificateurs O, J, K, T

A l'article 29.1 intitulé : « Maintenance de la CCAM », le 3^e alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« A cet effet, un groupe de travail conventionnel est mis en place. Ce groupe de travail a vocation à s'appuyer notamment sur les travaux de la Commission de la Hiérarchisation des Actes et Prestations (CHAP). Une fois la méthodologie validée par les partenaires conventionnels, ainsi que le calendrier, la mise en œuvre de l'évolution des actes de la CCAM se fera au sein des instances compétentes ».

Le 4^e alinéa de ce même article est supprimé.

A l'article 29.5 sont apportées les modifications suivantes. Le premier alinéa et le dernier alinéa sont supprimés. Le terme « par ailleurs » est également supprimé.

Il est créé un article 29-6 intitulé : Evolutions consécutives aux travaux de maintenance de la CCAM rédigé comme suit :

« Les partenaires conventionnels proposent de modifier la liste des actes éligibles au modificateur O ainsi que celles des actes pouvant bénéficier des modificateurs J, K et T. L'annexe 32 précise la liste des actes éligibles.

La mise en œuvre de ces mesures est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, les partenaires examineront les conditions de valorisation des actes non chirurgicaux réalisés le jour dans le cas d'urgence vitale ou d'organe par la création d'un groupe de travail spécifique dont le travaux devraient aboutir d'ici la fin de l'année 2019 ».

Dispositions concernant les actes de radiologie

Afin de favoriser l'accès aux soins des patients à des soins spécialisés, d'améliorer la pertinence des actes réalisés et de mieux prendre en compte l'évolution des techniques et des prises en charge, les partenaires conventionnels poursuivent la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux (CCAM) en ajustant de façon progressive les honoraires de certains actes compte tenu des évolutions médicales et techniques.

Il convient que ces évolutions tarifaires seront ajustées en fonction des résultats obtenus dans le cadre des actions de pertinence mises en œuvre sur l'imagerie lombaire. Ces ajustements sont définis dans des conditions précisées à l'annexe 26 de la convention.

Cet ajustement de la CCAM aux évolutions médicales et techniques se traduirait également par l'introduction à compter du 1^{er} janvier 2020 d'un nouveau modificateur Z valorisé à 15,90 % pour les actes CCAM listés en annexe 33 de la convention nationale et réalisés par un médecin radiologue et par la suppression du modificateur C valorisant les radiographies comparatives à compter du 1^{er} avril 2020. Cette échéance serait reportée au 1^{er} juin 2020 si les économies réalisées en 2019 sur les produits de contraste atteignent 9 M€.

La mise en œuvre de ces mesures est conditionnée à la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

L'annexe 6 du présent avenant liste les modifications apportées à l'annexe 26 de la convention.

L'article 28.5 est modifié de la manière suivante.

Le titre de l'article 28.5 est supprimé et remplacé par les termes suivants « Dispositions en faveur du suivi des personnes âgées.

Au début de l'article 28.5 est ajouté un titre libellé de la manière suivante : « majoration pour le suivi des personnes âgées ».

A la fin de l'article 28.5 sont ajoutées les dispositions suivantes.

« Modalités de facturation des majorations de déplacement lors de visites de patients en EHPAD

Les partenaires conventionnels souhaitent favoriser le suivi des patients domiciliés dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Dans le cadre, ils s'accordent pour faire évoluer les modalités de facturation des majorations de déplacement facturables par un médecin généraliste au cours d'un même déplacement telles que prévues à l'article 14-2 VII de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). Ainsi, ils souhaitent que dans le cadre d'une visite en EHPAD au cours de laquelle le médecin effectue des consultations auprès de plusieurs patients, la majoration de déplacement puisse être facturée dans la limite de 3 majorations, au cours d'un même déplacement.

Cette disposition n'entrera en vigueur que sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et dans le respect du délai de six mois défini à l'article L. 162-14-1-1 dudit code ».

Les annexes de la convention nationale modifiées et introduites par le présent article 5-2 figurent en annexe 6 du présent avenant.

Article 5-4

Transposition des mesures relatives aux soins et actes dentaires aux médecins stomatologues et spécialistes en soins bucco-dentaires

Il est inséré dans la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, après le sous-titre 5 intitulé « Maîtriser les dépassements d'honoraires pour un meilleur accès aux soins » du titre I, un sous-titre 6 intitulé : « Améliorer l'accès financier aux soins bucco-dentaires », rédigé comme suit :

« Article 14-1

« Dispositif de rééquilibrage de l'activité dentaire au profit des soins conservateurs et chirurgicaux

Afin de parvenir à une refonte progressive et significative de l'activité dentaire permettant de diminuer le recours aux soins prothétiques, au profit des soins préservant la dent et les tissus dentaires dans un objectif de pertinence des actes, et de tenir compte du nécessaire temps d'adaptation des médecin stomatologiste et spécialiste en chirurgie orale ou maxillo-faciale pour réaliser ce changement de pratique, les partenaires conventionnels se sont accordés pour mettre en place un dispositif progressif de rééquilibrage de l'activité dentaire, échelonné sur 5 ans à compter du 1^{er} avril 2019.

Ce processus de rééquilibrage progressif en 5 étapes, se déroulant jusqu'au 1^{er} janvier 2023, repose sur le principe :

- d'une part, d'une revalorisation progressive de soins bucco-dentaires fréquents, échelonnée sur 5 ans, allant jusqu'au 1^{er} janvier 2023, concentrée sur les soins conservateurs de la dent et des tissus dentaires tels que : les restaurations coronaires, les inlay-onlays, l'endodontie, les scellements de sillons et les actes chirurgicaux sur dents temporaires et définitives. Les revalorisations tarifaires progressives instaurées dans ce cadre, ainsi que les actes concernés par cette revalorisation sont précisés en annexe 26 *bis* A de la présente convention.
- Et, d'autre part et concomitamment, d'une définition d'honoraires limites (plafonds) de facturation progressive pour des actes faisant l'objet d'un dépassement d'honoraires, applicables à une liste d'actes prothétiques ciblés, dont le champ est progressivement élargi sur toute la durée de la convention, sans que ces limitations ne couvrent in fine la totalité du champ des actes susceptibles de faire l'objet d'un dépassement.

Les honoraires limites de facturation instaurés dans ce cadre, correspondant à l'honoraire maximal facturable par les médecins stomatologistes et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale au patient, ainsi que les actes concernés par cette limitation progressive du dépassement sur les actes prothétiques sont précisés en annexe 26 *bis* A et B de la présente convention » (cf. annexe 5 du présent avenant).

« Ce système de rééquilibrage contenant les revalorisations et les honoraires limites de facturation concomitants prévus aux annexes 26 et 26 *bis* A et B de la présente convention, est entré en vigueur le 1^{er} avril 2019, conformément aux dispositions de la CCAM modifiées par décisions UNCAM ayant créé ces mesures, et se poursuivra au 1^{er} janvier de chaque année suivante, c'est-à-dire à chacune des étapes prévues par le dispositif et ce, automatiquement.

Actes prothétiques intégralement pris en charge

Sous réserve de dispositions législatives et réglementaires, un certain nombre d'actes pour lesquels un honoraire limite de facturation est instauré dans la convention ferait l'objet d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, afin de les rendre accessibles sans reste à charge. L'annexe 26 *quater* de la convention nationale présente la liste des actes susceptibles d'être concernés ainsi que l'équilibre global fondant la répartition des actes à entente directe entre les actes sans reste à charge, les actes pour lesquels l'honoraire de facturation serait limité, et les actes pour lesquels les tarifs seraient libre (3 paniers).

Article 14-2

Principe de revoyure annuelle et modalités de déclenchement de celle-ci

Les partenaires conventionnels conviennent que les dispositions relatives au principe de revoyure annuelle qui se déclencherait en cas d'écart significatif de l'équilibre dans la répartition observée des actes prothétiques entre les trois paniers, prévues dans la convention nationale avec les chirurgiens-dentistes à l'article 5, s'appliquent de manière cohérente et concomitante aux médecins stomatologistes et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale exerçant au titre de la présente convention.

Ainsi, quand elle est déclenchée pour les chirurgiens-dentistes libéraux, cette clause de revoyure est déclenchée également pour les médecins stomatologistes et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale libéraux : son déclenchement engendre la signature d'un avenant, dans un délai de 2 mois, portant sur les mesures d'ajustement à mettre en œuvre pour corriger le déséquilibre.

Article 14-3

Prise en charge de nouveaux actes et revalorisations des actes conservateurs des tissus dentaires, en appui du dispositif de rééquilibrage

Les partenaires conventionnels proposent de revaloriser les honoraires des actes conservateurs et chirurgicaux suivants (en moyenne) :

- restaurations coronaires à hauteur de 48,5 %
- actes d'endodontie à hauteur de 27 %
- inlay-onlays à hauteur de 150 %
- scellements de sillons à hauteur de 20 %
- actes chirurgicaux sur dents temporaires à hauteur de 49 %
- actes chirurgicaux sur dents définitives à hauteur de 16 %.

Ils revalorisent également la base de remboursement des couronnes à hauteur de 9 %.

En contrepartie, afin de favoriser les techniques moins invasives, la base de remboursement des inlay-core serait diminuée de 26,5 %.

Article 14-4

Mise en place d'une différenciation des actes par matériau et par localisation

Les parties signataires conviennent qu'il est nécessaire de différencier dans la Liste des actes et prestations visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale les types de couronnes, les inlays-cores, les bridges, les inlays-onlays, les prothèses adjointes et les réparations, afin de fixer des honoraires limites de facturation distincts selon :

- le matériau : céramique-monolithique (zircone ou hors zircone), céramo-métallique, métalliques, céramo-céramique, résine, composite ;
- et la localisation des dents (ex : prémolaire, molaire...).

Ainsi, en application de la décision UNCAM du 16 février 2019 modifiant la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, les tarifs de remboursement sont différenciés et les honoraires limites de facturation applicables à ces actes, sont fixés comme indiqué en annexe 26 bis B de la convention nationale

Les tarifs et les honoraires limites de facturation de ces actes entreraient en vigueur selon le calendrier défini à l'article 14-1 et conformément aux valeurs indiquées en annexe 26 bis B de la convention nationale.

Par ailleurs, en application de la décision UNCAM susvisée modifiant la liste des actes et prestations telle que prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, l'acte suivant est valorisé comme suit :

- Valorisation de la pose d'une couronne transitoire, dont la base de remboursement serait fixée à 10 euros, l'honoraire limite de facturation applicable étant fixé en annexe 26 bis B pour l'ensemble des patients.

Le tarif de remboursement et le prix maximum de facturation sont entrés en vigueur au 1^{er} avril 2019, conformément à la décision UNCAM du 16 février 2019 susvisée modifiant la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 14-5

Valorisation des actes conservateurs des tissus dentaires

Les partenaires conventionnels rappellent leur attachement à privilégier le recours à des soins conservateurs plus respectueux des dents et des tissus dentaires, en favorisant la qualité et la pertinence des pratiques.

Dans cette optique ils proposent de revaloriser les actes de soins conservateurs tels que les restaurations coronaires, les inlay-onlays, l'endodontie, les scellements de sillons et les actes chirurgicaux sur dents temporaires et définitives dans le cadre du dispositif de rééquilibrage présenté à l'article 14-1.

Afin d'accompagner ce rééquilibrage, les partenaires conventionnels prévoient également la valorisation de nouveaux actes, conformément à la décision UNCAM modifiant la Liste des actes et prestations du 16 février 2019, mais aussi de nouvelles valorisations d'actes déjà inscrits à la Liste des actes et prestations visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

En outre, et conformément à ladite décision UNCAM portant modification de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, les partenaires conventionnels conviennent de valoriser l'acte de soins conservateurs suivant :

- parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage (HBF010) à hauteur de 60 €

Ce tarif est entré en vigueur au 1^{er} avril 2019, conformément à la décision UNCAM susvisée.

L'honoraire limite de facturation de l'acte de pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire (code LBLD017), tel que défini et inscrit à la liste des actes et prestations par décision UNCAM du 11 juillet 2016, (publiée au journal officiel du 28 septembre 2016), est fixé à 280 €.

Cet honoraire limite de facturation entrera en vigueur à la date d'effet du présent accord.

Enfin, en appui des mesures de prévention prévues dans le cadre du présent accord, les partenaires conventionnels se sont accordés à étendre à compter du 1^{er} avril 2019, la prise en charge des actes de comblement (scellement) de sillons sur molaires aux enfants jusqu'à la date du 16^e anniversaire, conformément à la modification de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale par décision UNCAM du 16 février 2019.

Par ailleurs, afin de s'assurer des dernières recommandations de bonnes pratiques conformes aux données acquises de la science, ils proposent de soumettre à l'avis de la HAS l'extension de la prise en charge de ces actes de comblement des sillons aux prémolaires et aux patients de 16 à 20 ans.

Article 14-6

Autres mesures tarifaires en faveur des actes et soins bucco-dentaires

Par ailleurs, dans un objectif de prévention de la carie dentaire de l'enfant, les partenaires conventionnels proposent la prise en charge de l'acte de pose de vernis fluoré pour les enfants, de 6 à 9 ans, présentant un risque carieux individuel (RCI) élevé, à une fréquence biannuelle, à hauteur de 25 €.

Consécutivement à la modification de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale par décision UNCAM du 16 février 2019 ces deux mesures sont entrées en vigueur au 1^{er} avril 2019.

En outre, afin de favoriser la prise en charge en ambulatoire de l'extraction des dents de sagesse les partenaires s'accordent pour créer un supplément de 125 € pour l'acte d'avulsions de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe réalisé en ambulatoire sous anesthésie locale (HBGD038).

La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Si à l'issue de 9 mois de mise en œuvre, les partenaires observent une modification substantielle des comportements des praticiens conduisant à un transfert d'au moins 8 % des actes réalisés en établissement vers les cabinets de ville, un supplément similaire de 100 € serait créé pour l'acte d'avulsions de trois troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe (HBGD021). Le montant du supplément pour l'avulsion de 4 troisièmes molaires serait quant à lui porté à 150 €.

Article 14-7

Dispositions applicables aux patients bénéficiant de la protection complémentaire en matière de santé (CMU-C) et aux patients bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une protection en matière de santé (ACS)

Les parties signataires conviennent de maintenir un accès amélioré aux soins dentaires pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

Afin de tenir compte des évolutions de la CCAM relatives aux actes bucco-dentaires, telles que définies aux articles 14-3 à 14-7 de la présente convention, et par ailleurs afin de valoriser la prise en charge par les médecins stomatologues et spécialistes en chirurgie orale et médecine bucco-dentaire de cette catégorie de population, les partenaires signataires estiment qu'une réévaluation des tarifs maximum autorisés des actes pris en charge dans le cadre de la CMU-C et de l'ACS est nécessaire.

Ils décident par conséquent de revaloriser les montants maximaux de ces actes, ceux-ci étant précisés en annexe 27 de la convention nationale.

Ces montants annulent et remplacent ceux définis dans l'arrêté du 30 décembre 2017 modifiant l'arrêté du 19 avril 2017 modifiant l'arrêté du 30 mai 2006 modifié pris pour l'application des articles L. 162-9 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale et relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la protection complémentaire en matière de santé et l'arrêté du 27 décembre 2018 relatif aux conditions de prise en charge et à la tarification sociale sur les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale applicable aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé.

Ces montants sont entrés en vigueur au 1^{er} avril 2019, conformément à la décision UNCAM du 22 mars 2019 modifiant les actes pris en charge dans le cadre de la protection complémentaire en matière de santé.

Les partenaires conventionnels conviennent de prévoir la possibilité de revaloriser les montants maximaux, si le nombre du total des bénéficiaires de la CMU-C et des bénéficiaires d'une aide à l'acquisition d'une protection en matière de santé (ACS) constaté lors du suivi annuel évolue de plus de 15 % par rapport au 31 décembre 2017.

Dans ce cas, les partenaires conventionnels conviennent de procéder à un réajustement des montants maximaux par le biais d'un nouvel avenant de manière cohérente et concomitante avec l'avenant à la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

En tout état de cause, les partenaires conventionnels s'accordent pour effectuer un suivi, annuel des montants maximaux des actes applicables aux bénéficiaires de la CMU-C à compter de l'entrée en vigueur des présentes mesures.

Les parties signataires conviennent par ailleurs de suivre la montée en charge des actes du panier CMU-C et ACS.

Article 14-8

Renforcer la prévention et l'éducation sanitaire

L'article 17.2 de la convention nationale est modifié comme suit : au dernier alinéa du paragraphe consacré aux médecins stomatologues et médecins spécialistes en chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale, les mots : « confirment la participation des médecins stomatologues au dispositif de prévention bucco-dentaire pour les patients âgés de 6 à 18 ans et les femmes enceintes à partir du 4^e mois de grossesse, sont remplacés par les mots : « de 3 à 18 ans et des jeunes adultes (21 et 24 ans) ».

Les parties conventionnelles réaffirment leur implication dans la politique d'amélioration de la santé bucco-dentaire au travers de la prévention, un suivi bucco-dentaire régulier permettant d'éviter ou de retarder le recours aux soins prothétiques ou chirurgicaux et ainsi d'assurer à la fois un meilleur état de santé dentaire à la population.

Ils insistent sur la nécessité de renforcer les actions de prévention à différents âges de la vie afin d'identifier les risques de dégradation de l'état de santé bucco-dentaire et de les éviter.

Depuis sa création, les partenaires conventionnels ont démontré leur investissement dans ce dispositif, en l'étendant notamment progressivement à tous les enfants, relevant de catégories d'âges clé au niveau de la santé dentaire (6, 9, 12, 15, 18 ans) et plus récemment aux jeunes adultes (21 et 24 ans).

Le bilan de ce dispositif fait apparaître une réelle amélioration de la santé bucco-dentaire de la population en ayant bénéficié. Fort de ce constat, ils conviennent d'instaurer le même dispositif pour les enfants dès 3 ans.

De même, l'annexe 13 de la convention intitulée « dispositif de prévention bucco-dentaire » est modifiée comme suit :

A l'article 2.2 intitulé Les soins consécutifs à l'examen de prévention, après les mots : « en annexe 29 de la convention nationale », les mots : « Les traitements orthodontiques et prothétiques sont exclus de ce dispositif ».

De même, l'article 2.3 intitulé : « Les tarifs des honoraires du dispositif de prévention » est modifié et rédigé comme suit : « Les tarifs pratiqués dans ce cadre ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

La rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est valorisée à 30 €.

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 de 1 ou 2 clichés : 42 euros
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros
- Examen avec réalisation d'une radio panoramique : 54 euros

L'examen et les radiographies qui y sont associées le cas échéant sont facturés à tarifs opposables et en dispense d'avance de frais.

Ces dispositions n'entreront en vigueur pour les patients âgés de 3 ans qu'à compter du 1^{er} avril 2019 ».

En outre, l'article 3 de l'annexe 13 « Modalités pratiques de l'examen bucco-dentaire de prévention » est modifié et désormais rédigé comme suit :

« Dans le mois qui précède la date d'anniversaire de l'assuré ou de l'ayant droit, la caisse d'assurance maladie dont il relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré identifié accompagné d'un courrier d'invitation à l'examen de prévention, personnalisé en fonction de l'âge.

Le courrier d'invitation peut être adressé en son nom propre si l'adolescent/le jeune adulte est lui-même l'assuré ou à ses parents ou son représentant légal si l'adolescent est à leur charge.

Les soins de prévention bucco-dentaire peuvent être réalisés en accès spécifique. Pour bénéficier des avantages du dispositif, l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte consulte le chirurgien-dentiste de son choix, ou du choix de ses parents ou de son représentant légal, dans les 6 mois qui suivent la date d'anniversaire. Il présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge, pré identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

La facture de l'examen doit être télétransmise. En cas d'impossibilité, le praticien complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure « renseignements médicaux » est à conserver par le praticien dans le dossier du patient. Ces renseignements sont également portés par le praticien dans le carnet de santé.

Pour bénéficier d'une prise en charge à 100 %, le programme de soins établi, le cas échéant, lors de l'examen, doit être commencé dans les 4 mois qui suivent cet examen et s'achever dans les 6 mois suivant la date de début des soins. »

L'article 4 intitulé « engagement des parties » est modifié et désormais rédigé comme suit :

« Article 4.1

« Les engagements du médecin stomatologiste et du spécialiste en chirurgie orale ou maxillo-faciale

Le médecin spécialiste en soins et actes bucco-dentaires s'engage à :

- respecter les clauses du présent texte et à faire bénéficier ses patients des tarifs conventionnels comme prévu à la convention nationale sans l'usage des dépassements d'honoraires visés par la convention (DE et DP) ;
- permettre au patient d'accéder à l'ensemble des avantages prévus dans le dispositif ;
- informer son patient et son représentant légal, s'il est présent, de l'état bucco-dentaire constaté et, le cas échéant, du nombre de dents à traiter et de la nature des soins à engager, tout en précisant les priorités ;
- accompagner sa démarche de conseils d'hygiène et de prévention en soulignant l'intérêt d'un traitement précoce, d'un suivi régulier et de la continuité des soins ;
- participer à l'évaluation du dispositif en :
 - conservant dans le dossier médical du patient les « renseignements médicaux » relatifs à l'examen de prévention et au programme de soins éventuels ;
 - transmettant ces renseignements au service médical à sa demande ;
 - répondant à toute enquête ou recueil d'informations réalisé selon les modalités définies entre les parties signataires et conformément aux modalités de suivi indiquées ci-après ;
- participer la campagne de prévention bucco-dentaire ».

L'article 4.2 intitulé « Les engagements de l'UNCAM » est modifié et désormais rédigé comme suit :

« l'UNCAM s'engage à :

- faire bénéficier les patients concernés par le dispositif de la procédure de dispense d'avance des frais pour l'examen de prévention et son complément radiologique éventuel ;

- honorer directement l'examen de prévention et son complément radiologique éventuel aux médecins stomatologistes ou spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale ;
- mettre en place, en partenariat avec les syndicats signataires, une gestion active des bénéficiaires du dispositif de manière à les suivre au plus près et à les inciter à y participer ;
- accompagner, en partenariat avec les syndicats signataires, la mise en œuvre du dispositif de prévention de campagnes d'information destinées aux assurés, aux bénéficiaires potentiels et aux médecins ;
- restituer aux médecins concernés dans le cadre des commissions paritaires conventionnelles les informations et analyses pertinentes résultant des évaluations ;
- émettre l'ordre de virement de la facturation dans un délai maximum de quinze jours à compter de la réception du support de facturation dûment complété ;
- en cas de support électronique, ce délai est ramené à cinq jours. »

Au sous-titre 2 de l'annexe 13 intitulé « prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes », l'article 8 est annulé et remplacé comme suit :

« Article 8

« Mise en œuvre du dispositif

A compter de la réception de la déclaration de grossesse de l'assurée ou de l'ayant droit, la caisse d'assurance maladie dont elle relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré-identifié accompagné d'une invitation à participer à cet examen de prévention.

Pour bénéficier des avantages du dispositif, la femme enceinte doit consulter le médecin spécialiste en soins et actes bucco-dentaires de son choix, à compter de son 4^e mois de grossesse et ce, jusqu'à 12 jours après l'accouchement. Elle présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge pré-identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

La facture de l'examen doit être télétransmise. En cas d'impossibilité, le praticien complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à la caisse d'affiliation de l'assurée pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure « renseignements médicaux » est à conserver par le praticien dans le dossier de la patiente. »

A l'annexe 13 de la convention, est inséré un article 10 intitulé – « De nouvelles prises en charge pour les patients diabétiques », rédigé comme suit :

« Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité d'élargir le dépistage bucco-dentaire au profit des patients les plus à risques.

Ainsi, pour les patients diabétiques, les maladies parodontales représentent une des complications les plus importantes du diabète. En mai 2010, une revue systématique Cochrane confirme que les soins parodontaux permettent de réduire de 0,4 % le taux d'hémoglobine glyquée chez les patients diabétiques démontrant avec un niveau de preuve important, l'effet bénéfique de traitements buccaux sur une maladie chronique. Conformément aux recommandations de la HAS de 2007, une visite annuelle chez le chirurgien-dentiste est préconisée pour le suivi des patients diabétiques.

Dans le cadre de cette visite annuelle, l'incitation au dépistage et au suivi bucco-dentaire doit être renforcée.

Article 10-1

Population concernée

Patients diabétiques ayant une ALD diabète reconnue au moment de la consultation, ayant droit ou assurés sociaux et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'Assurance Maladie.

Article 10.2

Professionnels concernés

Les médecins stomatologistes et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale libéraux et salariés relevant des dispositions de la convention nationale participent à cette action de prévention ».

Un article 11 intitulé : « Prise en charge d'un bilan parodontal et des soins liés à une pathologie parodontale » est inséré à l'annexe 13 et rédigé comme suit :

« Article 11

« Prise en charge d'un bilan parodontal et des soins liés à une pathologie parodontale

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de prévoir la prise en charge d'un bilan parodontal suivi le cas échéant de soins parodontaux au profit des patients diabétiques ayant réalisé leur visite annuelle et au cours de laquelle une pathologie parodontale a été détectée.

Ils proposent la prise en charge de ce bilan par son inscription, pour les patients diabétiques, conformément à la décision UNCAM du 16 février 2019 modifiant la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Ce bilan dont la description sera validée par la CHAP serait valorisé à hauteur de 50 €.

De plus, les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de prendre en charge certains soins consécutifs à ce bilan parodontal au profit des patients concernés par une pathologie parodontale détectée à cette occasion.

Ils conviennent ainsi de valoriser à ce titre l'acte d'assainissement parodontal à hauteur de 80 € par sextant.

Ces dispositions sont entrées en vigueur au 1^{er} avril 2019, par décision UNCAM du 16 février 2019 portant modification de la liste des actes et prestations de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ».

En outre, un article 12 intitulé « Mesures spécifiques pour les personnes en situation de handicap sévère » est inséré à l'annexe 13 de la convention nationale et rédigé comme suit :

« Article 12

« Mesures spécifiques pour les personnes en situation de handicap sévère

Les partenaires conventionnels conviennent de la difficulté de prise en charge, vigile, de patients atteints de handicap sévère, rendant difficiles voire impossibles les soins au fauteuil en cabinet. La sédation consciente, pour certains patients, peut être une alternative à une prise en charge sous anesthésie générale.

Afin d'améliorer l'accès aux soins de ces publics particulièrement fragiles, les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité d'une part, de valoriser la prise en charge par le médecin stomatologiste et spécialiste en chirurgie orale ou maxillo-faciale de ville, de cette patientèle spécifique, et d'autre part, de prévoir la prise en charge, par l'Assurance Maladie des techniques de sédation consciente, telle que l'utilisation du MEOPA, utilisées par des médecins stomatologistes et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale formés à son utilisation et en respectant l'ensemble des conditions réglementaires encadrant son usage.

Article 12-1

Patients concernés

Les enfants handicapés dont les personnes qui en assument la charge sont bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé [AEEH] ou de l'aide pour prise en charge d'un patient bénéficiaire de la prestation de compensation du handicap [PCH] atteints de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, de polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Cette population éligible à cette mesure peut être amenée à évoluer. Ainsi, toute évolution décidée dans le cadre de la convention nationale des chirurgiens-dentistes pourra faire l'objet d'une transposition par le biais de la signature d'un avenant à la présente convention.

Article 12.2

Valorisation de la prise en charge des patients en situation de handicap et des techniques de sédation consciente utilisées dans ce cadre

Les partenaires conventionnels souhaitent permettre la prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire de la technique de sédation consciente aux soins par utilisation de MEOPA, en faveur des patients en situation de handicap afin de faciliter leur prise en charge par le chirurgien-dentiste.

Cette prise en charge se matérialise par la valorisation d'un supplément facturable une fois par séance avec ou sans MEOPA à hauteur de 100 €.

Ces dispositions sont entrées en vigueur au 1^{er} avril 2019, conformément à la décision UNCAM du 16 février 2019 modifiant la liste des actes et prestations telle que prévue à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale. ».

Un article 13 intitulé « Mesures spécifiques pour la prise en charge des patients sous anticoagulant » est inséré à l'annexe 13 de la convention nationale et rédigé comme suit :

Article 13

Mesures spécifiques pour la prise en charge des patients sous anticoagulant

Les partenaires conventionnels s'accordent à valoriser la prise en charge, par les médecins stomatologistes et par les médecins spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale libéraux, des patients bénéficiant d'un traitement anticoagulant, dont la pathologie rend l'administration des soins bucco-dentaires et notamment des soins chirurgicaux (actes d'avulsions), plus complexes que pour des patients ne bénéficiant pas de tels traitements.

Ils proposent ainsi de valoriser, au profit des professionnels concernés, l'application d'un supplément pour tous les soins chirurgicaux prodigués aux patients en ALD bénéficiant d'un traitement par médicament anticoagulant : anti-vitamine K (AVK) ou Anticoagulant oraux directs (AOD).

« Le montant de ce supplément s'élève à 20 euros par séance. La liste des principes actifs des médicaments concernés est mise en ligne sur « ameli.fr ».

Ces dispositions sont conformes à la décision UNCAM du 16 février 2019. »

Les annexes de la convention nationale modifiées et introduites par le présent article 5-3 figurent en annexe 5 du présent avenant.

Article 5.4

Dispositions concernant les actes de télémédecine

Téléexpertise

A l'article 28.6.2.1 de la convention nationale intitulé : « Champ d'application de la téléexpertise », le paragraphe : « Connaissance préalable du patient par le médecin requis » est supprimé.

Fait à Paris, le 20 juin 2019.

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie :

Le Directeur Général,

NICOLAS REVEL

Au titre des généralistes :

*Le Président de la Confédération
des Syndicats Médicaux de France,*

DOCTEUR JEAN-PAUL ORTIZ

*Le Président de la Fédération Française
des Médecins Généralistes,*

DOCTEUR JACQUES BATTISTONI

*Le Président de la Fédération
des Médecins de France,*

DOCTEUR JEAN-PAUL HAMON

Le Président du Syndicat des Médecins Libéraux,

DOCTEUR PHILIPPE VERMESCH

*Le Président de L'Union Nationale
des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie,*

MAURICE RONAT

Au titre des spécialistes :

*Le Président de la Confédération
des Syndicats Médicaux de France,*

DOCTEUR JEAN-PAUL ORTIZ

*Le Président de la Fédération
des Médecins de France,*

DOCTEUR JEAN-PAUL HAMON

Le Président du Syndicat des Médecins Libéraux,

DOCTEUR PHILIPPE VERMESCH

Les Co-Présidents du syndicat Le BLOC,

DOCTEUR BERTRAND DE ROCHAMBEAU

DOCTEUR PHILIPPE CUQ

DOCTEUR FRANÇOIS HONORAT

ANNEXE 1 À L'AVENANT 7

CONTRAT TYPE D'AIDE CONVENTIONNELLE À L'EMBAUCHE D'UN ASSISTANT MÉDICAL

Il est créé une annexe 34 à la convention nationale rédigée comme suit :

« ANNEXE 34

« CONTRAT TYPE D'AIDE CONVENTIONNELLE A L'EMBAUCHE D'UN ASSISTANT MEDICAL

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-15,

Vu la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2019, et notamment son article 42,

Vu l'accord cadre interprofessionnel publié au journal officiel du 7 avril 2019,

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, publiée au Journal officiel du 23 octobre 2016, et ses avenants, et notamment son article 9-1 et suivants,

Il est conclu un contrat d'aide à l'embauche d'un assistant médical, entre :

– d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département

Adresse

représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

– et, d'autre part, le médecin :

Nom, prénom

inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de XXX sous le numéro :

Numéro RPPS :

Numéro AM :

Spécialité médicale exercée :

Adresse professionnelle :

Article 1^{er}

Objet du contrat

Dans un contexte de difficultés croissantes d'accès aux soins et de tension sur la démographie médicale, les pouvoirs publics et l'assurance maladie ont pour objectif d'inciter les médecins libéraux conventionnés à recruter un assistant médical salarié pour leur permettre de dégager du temps médical et de l'assister dans sa pratique quotidienne, afin d'accueillir davantage de patients, et notamment des patients ne disposant pas de médecin traitant, mais aussi d'améliorer leur suivi.

Ainsi, le présent contrat vise à définir les modalités d'accompagnement financier par l'assurance maladie au recrutement d'assistants médicaux par les médecins libéraux et notamment à préciser les modalités de versement de l'aide forfaitaire à l'embauche d'assistants médicaux versée par l'assurance maladie, ainsi que les contreparties attendues par les médecins souhaitant s'engager dans cette démarche.

Article 2

Engagements des parties

2.1. Engagements du médecin signataire

Le médecin signataire s'engage,

- à recruter, dès la signature du présent contrat, un assistant médical salarié sur la base d'une durée horaire correspondant aux options choisies par le médecin (1/2 ETP ou 1/3 ETP, ou, par dérogation, pour un médecin exerçant en zone déficitaire, 1 ETP), conformément aux dispositions prévues par les articles 9-5-2-2 à 9-5-2-4 de la convention nationale.

Afin de justifier de cet engagement, le médecin devra fournir le contrat ou un extrait du contrat de travail de l'assistant médical dans un délai d'un mois après l'embauche de ce dernier.

Le médecin a le choix de recruter directement l'assistant médical ou de faire appel pour ce recrutement à un groupe de médecins libéraux ou à toute autre structure habilitée à effectuer une telle démarche.

- à ce que la personne recrutée en qualité d'assistant médical soit titulaire du certificat de qualification professionnelle (CQP) ou si ce n'est pas le cas suive une formation *ad hoc* dans les deux ans suivant son recrutement, sous réserve de la mise en place des formations qualifiantes, et obtienne sa qualification professionnelle dans un délai maximum de trois ans suivant son recrutement.

Le justificatif d'obtention du Certificat de Qualification Professionnelle par l'assistant médical devra être adressé par le médecin signataire du présent contrat à sa caisse de rattachement au plus tard à l'issue du délai de 3 ans précité.

- à s'inscrire, dans un délai de deux ans à compter de la signature du contrat, dans une démarche d'exercice coordonné au sens de la définition actée dans l'article 3 de l'accord cadre interprofessionnel signé le 10 octobre 2018. Ce mode d'exercice peut prendre plusieurs formes : maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisés, ou d'autres formes d'organisations pluri-professionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients.

A mesure de leur mise en œuvre progressive, le médecin signataire participera, quand ils existent, aux dispositifs territoriaux visant à améliorer l'accès aux soins de la population de leur territoire d'exercice, dans le cadre d'une communauté professionnelle territoriale de santé ou d'une autre forme d'organisation territoriale reconnue par la commission paritaire locale du ressort d'exercice du médecin.

- à exercer dans le secteur à honoraires opposables ou dans le secteur à honoraires différents dès lors qu'il a adhéré aux options de pratique tarifaire maîtrisée définies aux articles 40 et suivants de la convention médicale du 25 août 2016 ;
- à exercer dans un cabinet de groupe d'au moins 2 médecins, sauf dérogations expresse prévues par la convention nationale, le principe étant de réserver le bénéfice de l'aide à l'embauche d'un assistant médical à des médecins exerçant dans un cadre d'exercice regroupé.

Dans le cas d'un exercice avec d'autres médecins non regroupés physiquement dans le même cabinet mais travaillant dans une logique de coordination renforcée de leurs modalités d'exercice, le médecin signataire transmet à la caisse les documents matérialisant ce mode d'organisation (partage d'agendas, dispositif de continuité des soins mis en place et critère de proximité géographique, à savoir 20 mn de trajet maximum entre les médecins) à sa caisse de rattachement dans un délai d'un mois suivant la signature du présent contrat.

- à remplir l'exigence de validation du volet 1 du forfait structure tel que prévu par l'article 9-5-2-1 de la convention nationale
- à répondre aux objectifs définis en contre-partie de l'aide financière apportée par l'assurance maladie pour le recrutement d'un assistant médical.

Ces objectifs sont les suivants, en fonction de la situation du médecin :

- augmenter la file active, i.e. le nombre de patients différents vus dans l'année, tous âges confondus,
- et pour les médecins généralistes et spécialistes en médecine générale augmenter le nombre de patients médecin traitant de plus de 16 ans.

Pour les médecins généralistes et spécialistes en médecine générale, ces deux indicateurs sont pris en compte simultanément. En cas d'écart significatif entre les indicateurs pour un médecin, l'indicateur le plus favorable au médecin sera pris en compte pour fixer son niveau d'engagement. Le suivi des objectifs sera ensuite réalisé sur les deux indicateurs.

- Objectifs individuels en contre-partie de l'aide
- Modalités de fixation des objectifs

L'effort de progression n'étant pas de même ampleur entre deux médecins ayant des niveaux de patientèle initiale différents, le niveau d'engagement d'accueil et de prise en charge de patients supplémentaires ou le maintien de son niveau initial de patientèle est défini selon la taille de la patientèle du médecin signataire, au regard de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active pour les médecins de sa spécialité.

Pour la fixation des objectifs, la patientèle prise en compte est celle arrêtée au 31 décembre de l'année précédant le recrutement de l'assistant médical ou au 30 juin de l'année en cours, selon la date de recrutement de l'assistant médical.

Les objectifs d'augmentation du nombre de patients différents et/ou de patients médecins traitant sont modulés selon l'option choisie par le médecin signataire entre les options offertes aux médecins en termes d'organisation : recrutement à hauteur d'au moins 1/3 d'ETP d'assistant médical ou 1/2 ETP d'assistant médical, ou, pour les médecins exerçant en zone sous-dense, d'un ETP d'assistant médical.

Le choix du médecin signataire porte sur l'option 1 ou l'option 2 ou sur l'option spécifique en zone sous - dense [à préciser par la caisse selon la situation du médecin].

- Objectifs individuels contractuels

La patientèle arrêtée au 31 décembre de l'année précédant le recrutement de l'assistant médical ou au 30 juin de l'année du recrutement de l'assistant médical s'élève à XXX patients médecin traitant et XXX patients file active [à préciser].

Le médecin signataire du présent contrat relève du X^e percentile selon les distributions nationales par spécialités en annexe 35 de la convention.

Compte tenu de son positionnement dans le XX^e percentile et de son choix de l'option [1 ou 2 ou option spécifique à préciser selon situation du médecin], les objectifs du médecin signataire sont les suivants :

. Augmentation de X % du nombre de patients de plus de 16 ans Médecin traitant, soit YYY patients supplémentaires à l'issue d'une période de 2 ans après la signature du présent contrat (ou maintien à XXX patients le cas échéant).

et (pour les médecins généralistes) / ou (pour les médecins spécialistes)

. Augmentation de X % du nombre de patients file active, soit YYY patients supplémentaires à l'issue d'une période de 2 ans après la signature du présent contrat (ou maintien à XXX patients le cas échéant).

A compter de la 3^e année, et jusqu'au terme du contrat, l'objectif attendu est un maintien des effectifs de patientèle du médecin signataire à hauteur de l'objectif fixé par le contrat.

Cas particuliers [à renseigner selon la situation du médecin]

Médecins généralistes ou spécialistes en médecine générale avec une forte part de patientèle d'enfants de moins de 16 ans

Lorsque le médecin est éligible, par dérogation, au dispositif d'aide à l'embauche d'un assistant médical, du fait d'une forte proportion (supérieure à 25 %) d'enfants de moins de 16 ans dans leur patientèle file active, son objectif est fixé au regard de sa patientèle file active.

Pour le suivi de ses engagements, la patientèle médecin traitant adulte et la patientèle file active sont prises en compte.

à cocher si le médecin signataire est concerné par ce cas de figure

Nombre de patients de moins de 16 ans du médecin signataire :

Médecins nouveaux installés

Lorsque le médecin est éligible, par dérogation, au dispositif d'aide à l'embauche d'un assistant médical, car nouvellement installé (au sens de primo-installés dans la zone d'exercice à partir du 1^{er} janvier 2019), compte tenu de la nécessité de prendre en compte la montée en charge progressive de sa patientèle, son objectif est fixé de manière à se situer, dans un délai de 3 ans, dans les 50 % des médecins dont la part de patientèle Médecin traitant

adulte ou file active au niveau national est la plus importante (soit au-dessus du 50^e percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active de la spécialité).

à cocher si médecin nouvellement installé

Médecin avec activité mixte

Le médecin ayant une activité mixte et un niveau de patientèle sensiblement inférieur à la médiane peut être éligible, par dérogation, au dispositif d'aide à l'embauche d'un assistant médical : il est tenu compte de sa situation particulière pour reconstituer son niveau réel de patientèle et fixer son objectif en conséquence, en cohérence avec la classification prévue aux articles 9-5-2-2 et 9-5-2-3 de la convention nationale. Pour ce faire, le médecin doit produire tout document attestant de cette activité complémentaire à celle exercée sous le mode libéral conventionné.

à cocher si le médecin signataire est concerné par ce cas de figure

Description du type d'activité mixte exercée du médecin signataire :

Objectif fixé au médecin signataire :

Médecin reconnu en qualité de travailleur handicapé

Par dérogation, le médecin reconnu en qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou souffrant d'une affection de longue durée (ALD) dont le handicap ou la pathologie a un impact sur son activité peut être considéré comme éligible au dispositif par le directeur de la caisse après avis du service médical placé près de ladite caisse. L'appréciation du niveau de financement d'assistant médical nécessaire et des objectifs fixés au niveau de l'augmentation ou du maintien du niveau de patientèle sont définis conjointement par le médecin et la caisse au regard de la situation du médecin et des besoins du territoire en termes d'accès aux soins.

à cocher si le médecin signataire est concerné par ce cas de figure

A l'issue de la concertation avec la CPAM, *objectifs fixés au médecin signataire :*

(à compléter) :

Cette appréciation du niveau des financements et des objectifs fixés peut faire l'objet d'une révision chaque année si nécessaire.

2.2. Modalités de vérification du respect par le médecin, de ses engagements contractuels

Les engagements sont définis et vérifiés chaque année à la date anniversaire du contrat.

Le médecin s'engage à transmettre annuellement à l'organisme local d'assurance maladie l'ensemble des justificatifs permettant de vérifier le respect des engagements définis aux articles 2.1.1 et 2.1.2.

Il transmet annuellement une copie ou un extrait du/des contrats de travail conclus avec l'assistant médical et attestant qu'il exerce toujours au sein du cabinet au jour de la déclaration annuelle.

Cette transmission doit s'effectuer au plus tard dans les 15 jours précédant la date anniversaire du contrat.

L'organisme local d'assurance maladie procède, en tant que de besoin et conformément à la réglementation, aux contrôles nécessaires permettant la vérification du respect des engagements en contrepartie desquels est versée une aide calculée dans les conditions définies à l'article 2.3 du présent contrat.

Dans le cas où l'assistant médical serait déjà employé par l'un ou plusieurs des médecins (par exemple en occupant déjà un poste de secrétaire médicale), le financement de l'Assurance Maladie sera conditionné au remplacement du salarié dans sa fonction antérieure dans les 6 mois suivant le recrutement de l'assistant médical.

Dans l'hypothèse où ce recrutement ne se ferait que de manière partielle en termes d'équivalent temps plein, le financement de l'assurance maladie serait réduit à due proportion. Le médecin signataire s'engage à fournir le justificatif de l'embauche d'un salarié pour le poste antérieurement occupé au sein du cabinet par le salarié devenu l'assistant médical.

Le médecin s'engage à fournir sur demande de la caisse tout justificatif attestant qu'il n'a pas réduit, au cours des 6 derniers mois précédant, le nombre des salariés pouvant prétendre à ce même poste exerçant au sein de son cabinet.

2.3. Engagements de l'assurance maladie

2.3.1. Vérification de l'atteinte des objectifs du médecin signataire

Quelle que soit l'option retenue – option 1 ou 2 ou option spécifique pour un médecin exerçant en zone sous dense – la CPAM vérifie le respect des engagements de la manière suivante.

Jusqu'à la fin de la deuxième année du contrat, est mise en place une période d'observation sur le suivi de l'atteinte des objectifs fixés au médecin signataire.

Pendant cette période, même si les objectifs ne sont pas intégralement atteints par le médecin, l'aide initialement prévue selon l'option choisie par le médecin ou sa situation, est intégralement maintenue.

Pour la 3^e année de mise en œuvre du contrat, l'atteinte des objectifs par le médecin employeur est vérifiée par la caisse dans les conditions suivantes :

- si le niveau de patientèle atteint est égal ou supérieur à 75 % de l'objectif, l'aide est versée intégralement,
- si le niveau de patientèle atteint est égal ou supérieur à 50 % de l'objectif, l'aide versée est égale à 75 %,

- si le niveau de patientèle atteint est inférieur à 50 % de l'objectif, l'aide versée au prorata du résultat obtenu.

A l'issue de la 3^e année, le médecin doit maintenir son niveau d'activité à hauteur des objectifs fixés et ce, tout au long de la durée restante du contrat.

A compter de la quatrième année et pour les années suivantes, le montant de l'aide versée est proratisé en fonction du niveau d'atteinte de l'objectif fixé.

Pour le cas où le médecin signataire est nouvel installé, la vérification de l'exigence de validation du volet 1 du forfait structure prévu par l'article 20 de la convention nationale n'est réalisée qu'à l'issue de la deuxième année de mise en œuvre du contrat (1^{re} date anniversaire de signature du contrat).

2.3.2 Versement de l'aide en contrepartie du respect des engagements

En contre-partie du respect de ses engagements par le médecin, l'assurance maladie s'engage à verser au médecin signataire l'aide correspondant au temps d'emploi de l'assistant médical, selon l'option choisie [*1 ou 2 ou option spécifique zone déficitaire ou autre situation spécifique à renseigner selon la situation du médecin*] soit :

Le médecin signataire a fait le choix de l'option XX

Sur la base d'1/3 d'ETP d'assistant médical : [*à préciser selon l'option choisie par le médecin signataire*]

- la 1^{re} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est porté à 12 000 euros par médecin.
- la 2^e année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 9 000 euros maximum.
- à partir de la 3^e année de l'embauche de l'assistant médical, l'aide est maintenue de manière pérenne à 7 000 euros maximum, proratisée en fonction du niveau d'atteinte des objectifs.

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^e percentile et le 95^e percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^e année est de 8 350 euros par an.

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^e percentile, l'aide maximale est de 12 000 euros par an pour toute la durée du contrat.

Pour le financement d'au moins 1/2 d'ETP d'assistant médical : [*à préciser selon l'option choisie par le médecin signataire*]

L'aide est répartie de la manière suivante :

- la 1^{re} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est porté à 18 000 euros.
- la 2^e année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 13 500 euros maximum. A partir de la 2^e année le montant total de l'aide est proratisé en fonction du niveau d'atteinte des objectifs, conformément à l'article 9-5-2-6 de la convention nationale et à l'article X du présent contrat.
- à partir de la 3^e année, l'aide est maintenue de manière pérenne à 10500 euros maximum et proratisée en fonction du niveau d'atteinte des objectifs conformément à l'article 9-5-2-6 de la convention nationale et à l'article X du présent contrat.

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^e percentile et le 95^e percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^e année est de 12 500 euros par an.

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^e percentile, l'aide maximale est de 18 000 euros par an pendant toute la durée du contrat.

Pour le financement d'au moins 1 d'ETP d'assistant médical pour le médecin installé en zone sous dense : [*à préciser selon l'option choisie par le médecin signataire*]

La participation de l'assurance maladie, selon cette option, est répartie de la manière suivante :

- la 1^{re} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 36 000 euros par médecin,
- la 2^e année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 27 000 euros,
- à partir de la 3^e année, l'aide maximale est maintenue de manière pérenne à 21 000 euros maximum.

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^e percentile et le 95^e percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^e année est de 25 000 euros par an.

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^e percentile, l'aide maximale est de 36 000 euros par an pendant toute la durée du contrat.

Cas particuliers

- Médecin nouvellement installé

A la 3^e année, en fonction du niveau d'atteinte des objectifs, l'aide est versée de la manière suivante :

- si le médecin se situe au-dessus du 50^e percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active de la spécialité, l'aide est versée dans sa totalité,
- si le médecin se situe entre le 30^e percentile et 50^e percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active de la spécialité, l'aide est versée au prorata de l'écart constaté par rapport à l'objectif fixé,
- en dessous de 30^e percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active de la spécialité, aucune aide n'est versée.

- à cocher si le médecin signataire est concerné par ce cas de figure
– Médecin reconnu comme travailleur handicapé

L'appréciation du niveau de financement d'assistant médical nécessaire au niveau de l'augmentation ou du maintien du niveau de patientèle sont définis conjointement par le médecin et la caisse au regard de la situation du médecin et des besoins du territoire en termes d'accès aux soins. Cette appréciation du niveau des financements peut faire l'objet d'une révision chaque année si nécessaire.

- à cocher si le médecin signataire est concerné par ce cas de figure

Après concertation avec la CPAM : le niveau de financement par l'assurance maladie défini est le suivant : (à compléter)

2.3.3. Modalités de versement de l'aide : un système de versement d'avances et de paiement de soldes proratisés en fonction des résultats enregistrés par le médecin signataire

Afin de permettre au médecin d'engager les procédures de recrutement d'un assistant médical salarié et d'organiser le travail au sein du cabinet en conséquence, un dispositif de versement d'avances est mis en place.

Pour la 1^{re} année d'effectivité du contrat, le 1^{er} acompte (représentant 70 % de l'aide totale due au titre de la 1^{re} année) est versé 15 jours après la réception des pièces évoquées à l'article 2-1 du présent contrat justifiant le recrutement de l'assistant médical.

Le solde de cette 1^{re} année est versé à la 1^{re} date anniversaire du contrat.

Pour la 2^e année, à la 1^{re} date anniversaire du contrat, un nouvel acompte de 70 % de la somme totale due au titre de la 2^e année du contrat est versé. Le solde de cette 2^e année est versé à la 2^e date anniversaire du contrat.

Pour la 3^e année, dans les deux mois suivant la 2^e date anniversaire du contrat, un nouvel acompte est versé. Cet acompte est calculé en fonction du niveau de l'atteinte de ses objectifs par le médecin, observé à la fin de la 2^e année du contrat, conformément à l'article 9-5-2-5 de la convention nationale.

- si le niveau de patientèle du médecin atteint est égal ou supérieur à 50 % de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles), le montant de l'acompte correspond à 70 % de la somme due.
- si le niveau de patientèle atteint est inférieur à 50 % de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles), le montant de l'acompte correspond à 50 % de la somme due au titre de la 3^e année du contrat ; un second acompte de 20 % de la somme due au titre de la 3^e année du contrat est versé 6 mois plus tard, si le niveau de patientèle atteint est désormais supérieur ou égal à 50 % de l'objectif (à partir des dernières données de patientèle disponibles).

Le solde de cette 3^e année est versé deux mois après la 3^e date anniversaire du contrat.

Pour la 4^e année et les années suivantes, dans les deux mois suivant la date anniversaire du contrat, un nouvel acompte est versé ainsi que le solde de l'année précédente.

Cet acompte est calculé en fonction du niveau de l'atteinte des objectifs observé à la fin de l'année précédente, conformément à l'article 9-5-2-5 de la convention nationale.

- si le niveau de patientèle du médecin atteint est égal ou supérieur à 70 % de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles), le montant de l'acompte correspond à 70 % de la somme due.
- si le niveau de patientèle atteint est inférieur à 70 % de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles),

le montant de l'acompte correspond à 50 % de la somme due au titre de l'année du contrat ; un second acompte de 20 % de la somme due au titre de l'année du contrat est versé 6 mois plus tard, si le niveau de patientèle atteint est désormais supérieur ou égal à 70 % de l'objectif (à partir des dernières données de patientèle disponibles).

Pour les années suivantes l'acompte de 70 % est versé dans les deux mois suivant la date anniversaire du contrat au même moment que le versement du solde dû au titre de l'année écoulée.

Cas particulier

Pour les médecins ayant un objectif de maintien de patientèle (médecins se situant au-dessus du 95^e percentile), dans le cas où les médecins ne maintiennent pas le niveau de leur patientèle, et voient leur patientèle baisser, l'aide est calculée à partir de la fin de la 2^e année de la manière suivante :

- si la baisse de niveau de patientèle se situe entre 0 % et -5 %, l'aide est intégralement versée,
- si la baisse de niveau de patientèle se situe entre -5 % et -10 %, l'aide est proratisée en fonction,
- si la baisse de niveau de patientèle se situe en dessous de -10 %, l'aide n'est pas versée.

Article 3

Date d'effet et durée du contrat

Le présent contrat prend effet à la date d'embauche de l'assistant médical

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de la date d'effet mentionnée au présent contrat, renouvelable.

Article 4

Suivi contractuel et évolution du contrat

Un point d'échange semestriel est organisé entre le médecin signataire du contrat par sa caisse de circonscription, à la convenance et selon les disponibilités du médecin.

Le médecin signataire s'engage à participer à cet échange semestriel, pour examiner conjointement avec la CPAM, les éventuelles difficultés de mise en œuvre, et notamment la difficulté d'atteinte des objectifs fixés.

Il pourra ainsi présenter les éventuels facteurs objectifs pouvant justifier de la non-atteinte des objectifs fixés par le médecin signataire.

Ces échanges peuvent donner lieu, le cas échéant, à l'issue, à la conclusion d'un ou plusieurs avenants au présent contrat.

Article 5

Résiliation du contrat

5.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du médecin

Le médecin peut à tout moment choisir de ne plus adhérer au contrat.

Sous réserve de l'observation d'un préavis de deux mois, cette rupture prend effet dans les deux mois suivants la date de réception par la caisse d'assurance maladie de la lettre recommandée avec accusé de réception l'informant de cette rupture.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indument versées, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir du contrat au moment de la résiliation demandée par le médecin.

5.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

En cas de constat du non-respect manifeste par le médecin contractant de ses engagements et/ou en cas de constat de la résiliation du contrat entre le médecin employeur et l'assistant médical, la caisse d'assurance maladie informe le médecin, par lettre recommandée avec accusé de réception, des non-respects constatés et de son intention de mettre fin au contrat.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. A l'issue de ce délai, la caisse d'assurance maladie peut notifier au praticien la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indument versées au titre du contrat, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation du contrat.

Fait à [...] en [...] exemplaires, le

Date d'effet du contrat

Le médecin

Le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de [...]

ANNEXE 2 À L'AVENANT 7

DISTRIBUTION NATIONALE

Il est créé une annexe 35 à la convention nationale, rédigée comme suit :

« ANNEXE 35

« DISTRIBUTION NATIONALE DU NOMBRE DE PATIENTS VUS FILE ACTIVE /MT EN FONCTION DE LA SPÉCIALITÉ DU MÉDECIN

MEDECINS SECTEUR 1 et 2 OPTAM libéraux exclusifs		Nombre de patients vus au moins une fois par le PS dans l'année													Nombre de patients médecin traitant (vus ou non dans l'année)												
		Moyenne	P10	P20	P30	P40	P50	P60	P70	P80	P90	P95	Moyenne	P10	P20	P30	P40	P50	P60	P70	P80	P90	P95				
Distribution du nombre de patients vus FILE ACTIVE /MT en fonction de la spécialité du PS - année 2018																											
Année 2018 en date de soins (+ 2 mois de liquidation)																											
France entière																											
	Spécialité	1 620	784	1 042	1 223	1 375	1 521	1 676	1 854	2 081	2 476	2 944	889 927	245	488	640	762	872	981	1 107	1 259	1 502	1 721				
01-Generalistes		1 620	784	1 042	1 223	1 375	1 521	1 676	1 854	2 081	2 476	2 944															
02-Anesthésistes		2 626	1 030	1 620	2 038	2 390	2 689	2 967	3 266	3 623	4 011	4 367															
04-Cardiologues		1 963	819	1 228	1 698	1 991	2 121	2 353	2 653	3 099	3 591																
05-Chirurgiens		1 232	452	641	798	958	1 114	1 283	1 468	1 737	2 121	2 551															
06-Dermatologues		2 704	1 325	1 758	2 056	2 319	2 577	2 865	3 183	3 555	4 265	4 919															
07-Médecins nucléaires		2 969	1 422	2 043	2 423	2 724	2 918	3 170	3 558	3 853	4 270	4 980															
08-Radiologues		7 832	3 877	5 480	6 352	7 078	7 833	8 440	9 115	10 040	11 511	13 104															
09-Radiothérapie		1 011	484	626	752	897	994	1 105	1 219	1 367	1 557	1 712															
10-1.Gynécologues médicaux		2 031	922	1 278	1 571	1 800	1 978	2 175	2 409	2 746	3 172	3 531															
10-2.Gynécologues obstétriciens		2 023	1 132	1 425	1 688	1 851	2 005	2 186	2 340	2 540	2 919	3 193															
11-Gastro-entérologues		1 610	807	1 098	1 292	1 442	1 583	1 735	1 888	2 089	2 378	2 746															
12-Internistes		1 013	342	552	663	797	922	1 072	1 237	1 400	1 724	1 938															
13-1.ORL médicaux		2 647	1 224	1 698	2 002	2 359	2 611	2 908	3 196	3 547	4 054	4 497															
13-2.ORL chirurgicaux		2 687	1 563	1 980	2 298	2 500	2 666	2 902	3 150	3 382	3 996	4 213															
14-Pédiatres		1 296	577	784	944	1 089	1 216	1 366	1 521	1 741	2 067	2 406															
15-Pneumologues		1 711	776	1 113	1 329	1 517	1 665	1 795	1 978	2 191	2 551	3 117															
16-Rhumatologues		1 667	698	963	1 218	1 411	1 586	1 790	2 009	2 260	2 685	3 130															
17-Ophthalmologues		4 740	2 059	2 781	3 288	3 759	4 165	4 751	5 335	6 285	7 685	9 201															
18-Stomatologues		1 134	288	455	680	866	1 059	1 282	1 499	1 692	2 081	2 325															
19-MPR		1 313	368	557	719	934	1 091	1 363	1 632	1 920	2 419	2 937															
20-Neurologues		1 570	712	990	1 175	1 350	1 493	1 645	1 819	2 057	2 411	2 920															
21-Psychiatres-neuro-psychiatres		361	80	127	174	226	282	346	446	568	747	924															
22-Néphrologues		615	266	354	432	541	614	672	742	828	972	1 086															
23-ACP		10 778	4 133	5 861	7 226	8 394	9 790	11 072	12 496	14 480	18 514	22 291															
24-Endocrinologues		1 453	588	828	1 054	1 228	1 385	1 528	1 709	1 996	2 311	2 863															
25-Gériatres		706	59	155	233	307	323	353	462	621	1 191	1 334															
84-Médecine Vasculaire		2 229	169	919	1 013	1 534	1 534	2 187	3 472	3 857	4 679	4 679															
85-Allergologie		1 636	1 138	1 196	1 371	1 439	1 546	1 697	1 815	2 074	2 314	2 375															
P90 : minimum pour éligibilité au dispositif																											

ANNEXE 3 À L'AVENANT 7

LISTE DES SPÉCIALITÉS ÉLIGIBLES

Une annexe 35 à la convention nationale est créée, fixant la liste des spécialités éligibles au dispositif d'aide au recrutement d'un assistant médical, régi par les articles 9-1 et suivants de la convention nationale.

A. – GROUPE 1 – SPECIALITES MEDICALES ELIGIBLES FRANCE ENTIERE

- GENERALISTES OU SPECIALISTES EN MEDECINE GENERALE
- MEDECINS A EXPERTISE PARTICULIERE (MEP) ET NOUVELLES SPECIALITES MEDICALES ASSOCIEES
- DERMATOLOGUES
- GYNECOLOGIE MEDICALE
- INTERNISTES
- ORL MEDICAL
- PEDIATRES
- RHUMATOLOGUES
- MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
- NEUROLOGUES
- ENDOCRINOLOGUES
- GERIATRES
- MEDECINE VASCULAIRE
- ALLERGOLOGIE
- CARDIOLOGUES
- GASTRO-ENTEROLOGUES
- PNEUMOLOGUES
- PSYCHIATRES-NEURO-PSYCHIATRES
- OPHTALMOLOGUES

B. – GROUPE 2- SPECIALITES ELIGIBLES DANS 30% DES DEPARTEMENTS LES PLUS EN TENSION EN TERMES DE DENSITE DEMOGRAPHIQUE (1)

– ANESTHESISTES

Départements concernés : 09 ; 48 ; 976 ; 26 ; 70 ; 79 ; 46 ; 973 ; 61 ; 01 ; 67 ; 74 ; 27 ; 39 ; 43 ; 45 ; 32 ; 51 ; 28 ; 21 ; 60 ; 23 ; 12 ; 36 ; 04 ; 08 ; 87 ; 94 ; 55.

– CHIRURGIENS

Départements concernés : 976 ; 973 ; 27 ; 39 ; 92 ; 36 ; 26 ; 04 ; 32 ; 61 ; 38 ; 46 ; 78 ; 01 ; 95 ; 19 ; 974 ; 09 ; 12 ; 94 ; 93 ; 08 ; 77 ; 56 ; 23 ; 70 ; 91 ; 60 ; 43.

– RADIOLOGUES

Départements concernés : 976 ; 973 ; 23 ; 48 ; 46 ; 27 ; 36 ; 91 ; 92 ; 09 ; 43 ; 72 ; 78 ; 88 ; 15 ; 22 ; 55 ; 77 ; 08 ; 10 ; 19 ; 53 ; 94 ; 93 ; 32 ; 89 ; 86 ; 79.

– RADIOTHERAPIE

Départements concernés : 02 ; 04 ; 05 ; 07 ; 09 ; 11 ; 12 ; 23 ; 20A ; 32 ; 36 ; 38 ; 39 ; 42 ; 46 ; 48 ; 49 ; 55 ; 61 ; 70 ; 84 ; 86 ; 88 ; 89 ; 90 ; 972 ; 973 ; 976 ; 83.

– GYNECO CHIRURGICAL

Départements concernés : 05 ; 08 ; 09 ; 10 ; 12 ; 20A ; 32 ; 36 ; 39 ; 43 ; 48 ; 52 ; 58 ; 61 ; 70 ; 90 ; 973 ; 976 ; 17 ; 75 ; 57 ; 53 ; 27 ; 91 ; 26 ; 50.

– ORL CHIRURGICAL

Départements concernés : 04 ; 08 ; 09 ; 10 ; 11 ; 14 ; 23 ; 28 ; 32 ; 36 ; 39 ; 47 ; 48 ; 52 ; 53 ; 55 ; 58 ; 61 ; 70 ; 79 ; 972 ; 973 ; 976 ; 57 ; 60 ; 92 ; 75 ; 85.

– STOMATOLOGUES

Départements concernés : 05 ; 15 ; 16 ; 18 ; 23 ; 24 ; 28 ; 32 ; 46 ; 48 ; 52 ; 53 ; 55 ; 58 ; 70 ; 88 ; 973 ; 976 ; 67 ; 68 ; 56 ; 63 ; 22 ; 51 ; 84 ; 35 ; 29 ; 74 ; 40.

– NEPHROLOGUES

Départements concernés : 05 ; 07 ; 09 ; 10 ; 12 ; 16 ; 17 ; 19 ; 22 ; 23 ; 25 ; 26 ; 27 ; 20A ; 32 ; 35 ; 38 ; 39 ; 40 ; 44 ; 46 ; 47 ; 50 ; 51 ; 53 ; 55 ; 58 ; 61 ; 63 ; 70.

– ANATOMIE-CYTOLOGIE-PATHOLOGIQUE

Départements concernés : 01 ; 02 ; 09 ; 12 ; 23 ; 36 ; 41 ; 43 ; 52 ; 55 ; 70 ; 94 ; 973 ; 976 ; 93 ; 95 ; 85 ; 26 ; 50 ; 28 ; 79 ; 03 ; 27 ; 72 ; 08 ; 39 ; 62 ; 78 ; 77 ; 45.

– MEDECINS NUCLEAIRES

Départements concernés : 01 ; 03 ; 04 ; 05 ; 07 ; 09 ; 11 ; 23 ; 20B ; 32 ; 39 ; 41 ; 43 ; 46 ; 48 ; 53 ; 55 ; 61 ; 82 ; 94 ; 973 ; 976 ; 974 ; 75 ; 85.

(1) Définie sur la base de la densité démographique de médecins exerçant en secteur 1 et exerçant en secteur 2 adhérent aux options de pratique tarifaire maîtrisée -OPTAM ou OPTAM CO) dans le département pour cette spécialité.

ANNEXE 4 À L'AVENANT 7

« ANNEXE 12 : LE FORFAIT STRUCTURE »

L'annexe 12 du forfait structure est annulée et remplacée par une annexe 12 rédigée comme suit :

« ANNEXE 12

« LE FORFAIT STRUCTURE

Le forfait structure défini à l'article 20 de la présente convention vise à accompagner les médecins qui souhaitent investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles facilitant leur pratique et la gestion de leur cabinet au quotidien.

L'objectif de ce forfait est de permettre aux médecins de se libérer d'une partie de leurs tâches administratives et de recentrer leur activité sur la pratique médicale.

Le forfait structure comporte deux volets :

- Le premier volet, constitué de cinq indicateurs, vise à accompagner les médecins qui souhaitent investir dans l'équipement du cabinet pour faciliter le suivi des patients, les échanges avec les autres professionnels et structures intervenant dans la prise en charge des patients.
- Le deuxième volet, constitué de sept indicateurs, vise à développer les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs.

Tous les médecins exerçant dans le champ conventionnel sont éligibles à cette rémunération forfaitaire, sans distinction de secteur d'exercice.

Ce forfait structure est basé sur un total de 250 points en 2017, 460 points en 2018 et 735 points en 2019. A compter de 2020, le nombre de points total du forfait structure s'élève à 885 points.

La valeur du point est fixée à 7 euros.

Par ailleurs, à compter de 2019, ce forfait structure est complété par une rémunération forfaitaire exprimée non en points mais en euros (volet 3), conformément aux dispositions prévues à l'article 20.3 de la présente convention.

Article 1^{er}

Premier volet du forfait structure : valoriser l'investissement dans les outils

Ce premier volet du forfait structure est dédié à l'accompagnement des médecins qui souhaitent investir dans l'équipement du cabinet, il est affecté de 175 points en 2017, 230 points en 2018 et 280 points en 2019. « A compter de 2022 ce volet est revalorisé à hauteur de 400 points par l'intégration dans le volet 1 de l'indicateur « participation à une démarche de soins coordonnée », initialement intégré dans le volet 2 du forfait.

Les indicateurs de ce volet sont des prérequis qui doivent tous être atteints pour permettre de déclencher la rémunération forfaitaire de ce volet.

En outre, ces prérequis conditionnent également la rémunération du deuxième volet et la possibilité de bénéficier de l'aide à l'embauche d'un assistant médical prévue au volet 3 du forfait structure.

Article 1.1

Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel facilitant la pratique médicale

Les médecins doivent disposer d'un logiciel métier avec LAP certifié par la HAS, compatible avec le Dossier Médical Partagé (DMP). Cet outil doit permettre de faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée entre professionnels. Le LAP certifié n'est pas exigé pour les médecins exerçant une spécialité ne disposant pas d'une telle offre de logiciels.

Article 1.2

Utilisation d'une messagerie sécurisée

L'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé est requise.

Article 1.3

La version du cahier des charges intégrant les avenants publiés sur le site du GIE

La version du cahier des charges SESAM -Vitale requise doit intégrer les avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N -1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération.

L'objectif est que les médecins disposent d'un l'outil de facturation comportant les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles simplifiant les échanges avec l'assurance maladie (fonctionnalités de suivi des factures....).

Article 1.4

Le taux de télétransmission

La télétransmission des données fiabilise la facture et permet de garantir des délais de paiement très courts.

Les médecins doivent atteindre un taux de télétransmission en feuille de soins électroniques SESAM-Vitale (FSE avec carte Vitale ou FSE SESAM sans Vitale définies par l'article R. 161- 43-1 du code de la sécurité sociale) supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins émises par le médecin.

Pour le calcul du taux de télétransmission, sont exclus du champ les actes facturés pour :

- les bénéficiaires de l'aide médicale d'État,
- les nourrissons de moins de trois mois,
- les prestations de soins effectuées dans leur totalité hors présence du patient et,
- les actes facturés via la facturation électronique des établissements de santé sur bordereau CERFA S3404.

La date servant au calcul du ratio est individualisée en fonction du démarrage du professionnel de santé à la télétransmission.

La date est individualisée uniquement pour les professionnels de santé qui démarrent leur activité de télétransmission SESAM-Vitale pendant la période d'exercice observée.

- si le professionnel a télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période prise en compte dans le calcul est du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année de référence. Le médecin est donc réputé remplir cette condition dès lors que le nombre d'actes télétransmis rapporté au nombre total d'actes réalisés est $\geq 2/3$;
- si le professionnel n'a pas télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période sur laquelle est calculé le taux de FSE débute le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de la première FSE (exemple : 1^{re} FSE effectuée au cours du mois de mai, le calcul du taux de télétransmission débute le 1^{er} juin).

Le nombre d'actes télétransmis correspond au dénombrement des actes télétransmis par le médecin à partir de sa première FSE réalisée au cours de l'année de référence, quel que soit le régime.

Le nombre total d'actes réalisés correspond au dénombrement des actes, au format électronique et papier, transmis par le médecin à partir de la date de sa première FSE, quel que soit le régime.

Calcul du ratio :

$$\frac{\text{Nombre d'actes FSE}}{\text{Total actes tous régimes}} \geq 2/3$$

Article 1.5

Affichage dans le cabinet et sur le site Ameli des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients

La rémunération de cet indicateur est conditionnée à la déclaration effective de l'affichage dans le cabinet ou sur Annuaire Santé des horaires de consultations. Cette information permet d'apporter des précisions notamment sur les modalités de consultation avec ou sans rendez-vous.

3 possibilités différentes sont offertes au médecin :

- renseigner à partir d'amelipro (depuis un lien en cliquant dans la bannière « Convention » située en bas à droite de la page d'accueil du portail) les horaires au plus tard le 31/12 de l'année de référence (année N) afin qu'ils soient accessibles aux patients sur annuaire santé,
- cocher l'item « les horaires d'ouverture du cabinet sont affichés » sur Espace pro dans la rubrique Activités > Pratiques > ROSP sur amelipro au plus tard le 31/01 de l'année N+1,
- demander à sa caisse de saisir cet indicateur dans le BO au plus tard le 31/01 de l'année N+1.

Article 1.6

Justificatifs des indicateurs du premier volet du forfait structure

Champs	Indicateurs	Nombre de points	Equivalent en €	Type d'indicateur	Périodicité
Volet 1 : Valoriser l'investissement dans les outils	Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel métier avec LAP, compatible DMP			Déclaratif	Annuelle
	Utilisation d'une messagerie sécurisée de santé.			Déclaratif	Annuelle
	Version du cahier des charges SESAM Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE-SV au 31/12 de l'année N-1			Automatisé	Annuelle
	Affichage dans le cabinet et sur le site Annuaire Santé des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet			Déclaratif	Annuelle
	Taux de télétransmission supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins émises			Automatisé	Annuelle
2022	Participation à une démarche de soins coordonnée			déclaratif	annuelle
TOTAL		175 (2017) 230 (2018) 280 (2019 -2020-2021) 400 (2022)	1 225 € en 2017 1 610 € en 2018 1 960 € en 2019, 2020 et 2021 2800 € en 2022		

Article 2

*Deuxième volet du forfait structure :
valoriser la démarche d'appui à la prise en charge des patients*

Ce deuxième volet du forfait structure valorise les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs.

Ce volet est affecté de 75 points en 2017, 230 points en 2018 répartis entre cinq indicateurs et 455 points en 2019 répartis entre sept indicateurs.

A compter de 2020 est créé un 8^{ème} indicateur affecté de 150 points pour valoriser la « participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale ». Ainsi, le nombre point du volet 2 du forfait structure pour 2020 et 2021 s'élève à 605 points. A compter de 2022, le nombre de points du volet 2 sera de 485 points par le transfert de l'indicateur 3 dans le volet 1 du forfait structure.

Chaque indicateur est mesuré indépendamment des autres.

Le déclenchement de la rémunération de ce deuxième volet est conditionné par l'atteinte de l'intégralité des indicateurs du premier volet (article 1^{er} de la présente annexe).

Article 2.1

Taux de dématérialisation sur un bouquet de téléservices

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit atteindre un taux de dématérialisation pour chacun des téléservices suivants :

- la déclaration médecin traitant dématérialisée (DCMT),
- le protocole de soins électronique (PSE),
- la prescription d'arrêt de travail dématérialisée (AAT),
- la déclaration d'un certificat médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle dématérialisée (CMATMP).

Au fur et à mesure de l'évolution des téléservices offerts par l'assurance maladie ce bouquet aura vocation à évoluer.

Le taux de dématérialisation d'un téléservice est calculé comme suit :

- Taux de DCMT dématérialisées :

Taux = Nombre de DCMT dématérialisées / nombre de DCMT (papier et dématérialisée)

- Taux de PSE :

Taux = Nombre de PSE / nombre de protocoles de soins (papier et dématérialisés)

– Taux d’AAT dématérialisés :

Taux = Nombre d’AAT dématérialisé / total des AAT (papier et dématérialisés)

– Taux de déclaration de CMATMP dématérialisés :

Taux = Nombre de déclarations de CMATMP dématérialisés / nombre de déclarations CMATMP (papier et dématérialisées).

Le calcul du taux de dématérialisation d’un téléservice s’effectue sur la base des données du régime général uniquement.

Pour accompagner la mise en place de ce nouvel indicateur, pendant les premières années suivant l’entrée en vigueur de la présente convention, le taux de dématérialisation requis est fixé par palier. Le taux de dématérialisation est fixé par téléservice selon les modalités ci-dessous :

	Objectifs			
	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020
AAT	30%	40%	50%	60%
CM ATMP	10%	14%	17%	20%
PSE	40%	50%	60%	70%
DMT	77%	80%	85%	90%

Cet indicateur est affecté de 20 points, en 2017, 60 points en 2018 et 90 points en 2019.

Chaque téléservice représente un quart du total des points de cet indicateur.

Article 2.2

Capacité à coder des données médicales

Le médecin doit être en capacité de produire ou alimenter des registres de patients sur certaines pathologies sur la base des synthèses médicales que le médecin élabore dans le cadre du suivi des patients dans le parcours de soins.

Cet indicateur est affecté de 10 points, en 2017, 20 points en 2018 et 50 points en 2019.

Article 2.3

Implication dans les démarches de prise en charge coordonnées de patients

Cet indicateur valorise le médecin impliqué dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné : participation du médecin à une équipe de soins primaires (ESP), une équipe de soins spécialisés, une maison de santé pluri-professionnelle (MSP), une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), des réunions pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires régulières protocolisées dans le cadre de la prise en charge de personnes âgées ou de patients souffrant de pathologies chroniques invalidantes ou à d’autres formes d’organisations pluriprofessionnelles capables d’apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients

Le médecin met à disposition de l’assurance maladie tout justificatif attestant de cette implication.

Cet indicateur est affecté de 15 points en 2017, 40 points en 2018 et 60 points en 2019 et 120 points à compter de 2020.

A compter de 2022, cet indicateur est transféré dans le volet 1.

Article 2.4

Amélioration du service offert aux patients

Cet indicateur vise à valoriser le médecin qui offre certains services dans le cadre de la prise en charge de ses patients tels que la prise de rendez-vous avec les correspondants, l’accompagnement des parcours complexes, la prise en charge médico-sociale si nécessaire (recherche de structures sanitaires ou médico-sociales, services à domicile...), la résolution des problèmes liés à l’accès aux droits, etc. et ce, que les ressources soient au sein du cabinet du médecin (personnel du cabinet ayant une fonction de coordination bien identifiée, personnel existant qui se forme spécifiquement par exemple avec mutualisation de cette ressource entre plusieurs confrères d’un cabinet de groupe ou entre confrères de cabinets différents, etc.) ou à l’extérieur du cabinet (recours à des structures d’appui externalisées ou aux coordonnateurs mis en place dans les MSP par exemple avec mutualisation du personnel).

Le médecin met à disposition de l’assurance maladie tout justificatif attestant du service offert aux patients (ex : contrat de travail mentionnant les fonctions effectuées par le personnel du cabinet, document attestant du recours à des structures d’appui,...).

Cet indicateur est affecté de 20 points en 2017, 80 points en 2018 et 130 points en 2019 et 70 points à compter de 2020.

Article 2.5

Valoriser l'encadrement des jeunes étudiants en médecine

Prévue au troisième alinéa de l'article R. 6153-47 du code de la santé publique, le médecin peut exercer la fonction de maître de stage en accueillant en stage des internes en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants en médecine réalisant un stage d'externat en médecine ambulatoire.

Le médecin met à disposition de l'assurance maladie la copie des attestations ou conventions de stages réalisés. Cet indicateur est affecté de 10 points en 2017, 30 points en 2018 et 50 points en 2019.

Article 2.6

Valoriser le recours à la télémédecine – aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée

Cet indicateur est mis en place pour l'aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation, y compris via les abonnements à des solutions techniques dédiées proposées en matière de recours aux actes de télémédecine, etc.

Cet indicateur est affecté 50 points à compter de 2019.

Article 2.7

Valoriser le recours à la télémédecine – aide aux équipements médicaux connectés

Cet indicateur est mis en place pour l'aide aux équipements médicaux connectés, utiles à la réalisation d'actes de télémédecine ; la liste de ces équipements sera établie, avant la fin 2018, sur avis de la Commission Paritaire Nationale et actualisée chaque année.

Cet indicateur est affecté de 25 points à compter de 2019.

Article 2.8

« Indicateur 8 : valoriser la « participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale »

Ce nouvel indicateur est mis en place pour valoriser l'implication des médecins dans le cadre d'une organisation territoriale régulée pour répondre aux besoins de soins non programmés hors dispositifs de PDSA (demande de prise en charge le jour-même ou dans les 24 heures émanant de patients du territoire en situation d'urgence non vitale). Cette organisation s'inscrit notamment dans le cadre des missions mises en place par les Communautés Professionnelle Territoriale de Santé. Cette réponse implique à la fois les médecins de premier recours et de second recours quelle que soit leur spécialité médicale.

Cet indicateur est valorisé dès 2020 à hauteur de 150 points ».

Article 2.9

Justificatifs des indicateurs du deuxième volet du forfait structure

Champs	Indicateurs	Nombre de points	Equivalent en €	Type d'indicateur	Périodicité
Volet 2 : valoriser la démarche d'appui à la prise en charge des patients	Dématérialisation des téléservices	20 en 2017 60 en 2018 90 en 2019	140€ en 2017 420€ en 2018 630€ en 2019	Automatisé	Annuelle
	Capacité à coder les données médicales (2)	10 en 2017 20 en 2018 50 en 2019	70€ en 2017 140€ en 2018 350€ en 2019	Déclaratif	Annuelle
	Implication dans les démarches de prise en charge coordonnées de patients	15 en 2017 40 en 2018 60 en 2019 120 en 2020 et 2021 2022 transfert volet 1	105€ en 2017 280€ en 2018 420€ en 2019 840 € en 2020 et 2021	Déclaratif	Annuelle
	Amélioration du service offert aux patients	20 en 2017 80 en 2018 130 en 2019 70 en 2020	140€ en 2017 560€ en 2018 910€ en 2019 490 € en 2020	Déclaratif	Annuelle
	Valorisation de la fonction de maître de stage	10 en 2017 30 en 2018 50 en 2019	70€ en 2017 210€ en 2018 350€ en 2019	Déclaratif	Annuelle
	Valoriser le recours à la télémédecine Aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée	50 en 2019	350€ en 2019	Déclaratif	Annuelle

Champs	Indicateurs	Nombre de points	Equivalent en €	Type d'indicateur	Périodicité
	Valoriser le recours à la télémédecine Aide aux équipements médicaux connectés	25 en 2019	175€ en 2019	Déclaratif	Annuelle
	Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale	150 à compter de 2020	1050 € en 2020	Déclaratif	Annuelle
TOTAL		75 en 2017 230 en 2018 455 en 2019 605 en 2020 et 2021 485 en 2022	525 € en 2017 1 610 € en 2018 3 185 € en 2019 4 235 € en 2020 et 2021 3 385 € en 2022		

Article 3

Troisième volet du forfait structure : participation au financement du recrutement d'un assistant médical au sein du cabinet médical

Ce volet prévoit une aide pérenne à compter du recrutement d'un assistant médical et dans le respect des conditions et critères d'éligibilité prévues à l'article 9.3 de la présente convention.

Ce troisième volet est conditionné à l'atteinte des pré-requis tels que prévus dans le volet 1 du forfait structure à compter de 2019 et au respect de ses engagements par le médecin employeur, tels que définis aux articles 9-5-2-2 et suivants.

Ainsi, pour le financement d'au moins 1/3 d'ETP d'assistant médical (option 1) :

L'aide est répartie de la manière suivante :

- la 1^{re} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est porté à 12 000 euros par médecin.
- la 2^e année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 9 000 euros.
- à partir de la 3^e année de l'embauche de l'assistant médical, l'aide est maintenue de manière pérenne à 7 000 euros, proratisée en fonction du niveau d'atteinte des objectifs conformément aux articles 9-5-2-2 et suivants.
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^e percentile et le 95^e percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^e année est de 8 350 euros par an.
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^e percentile, l'aide maximale est de 12 000 euros par an pendant toute la durée du contrat.

Pour le financement d'au moins 1/2 d'ETP d'assistant médical (option 2) :

L'aide est répartie de la manière suivante :

- la 1^{re} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est porté à 18 000 euros.
- la 2^e année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 13 500 euros.
- à partir de la 3^e année, l'aide est maintenue de manière pérenne à 10 500 euros pour la partie fixe, proratisée en fonction du niveau d'atteinte des objectifs conformément aux articles 9-5-2-2 et suivants. »
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^e percentile et le 95^e percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^e année est de 12 500 euros par an.
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^e percentile, l'aide maximale est de 18 000 euros par an pendant toute la durée du contrat.

Pour le financement dans le cadre de l'option spécifique pour les médecins exerçant en zone sous dense (article 9-5-2-4), l'aide est répartie de la manière suivante :

- la 1^{re} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est porté à 36 000 euros par médecin.
- la 2^e année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 27 000 euros maximum.
- à partir de la 3^e année, l'aide est maintenue de manière pérenne à 21 000 euros maximum et proratisée en fonction du niveau d'atteinte des objectifs conformément aux articles 9-5-2-2 et suivants.
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^e percentile et le 95^e percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^e année est de 25 000 euros par an.
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^e percentile, l'aide maximale est de 36 000 euros par an pendant toute la durée du contrat.

ANNEXE 5 À L'AVENANT 7

MESURES DE TRANSPOSITION DES DISPOSITIONS RELATIVES AUX SOINS
ET ACTES DENTAIRES AUX MÉDECINS STOMATOLOGUES ET SPÉCIALISTES EN SOINS BUCCO-DENTAIRES

L'annexe 26 *ter* de la convention nationale est annulée et remplacée comme suit :

« ANNEXE 26 *TER*« COEFFICIENTS DE MAJORATION POUR LES ANTILLES, LA GUYANE, LA RÉUNION ET MAYOTTE
APPLICABLES AUX TARIFS DE REMBOURSEMENT « MÉTROPOLÉ » DES ACTES SUIVANTS

Codes	Coefficients de majoration	Libellés
GBBA002	1,077	Comblement préimplantaire sousmuqueux du sinus maxillaire
GBBA364	1,077	Comblement préimplantaire sousmuqueux bilatéral du sinus maxillaire
HBLD053	1,079	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire par attelle métallique coulée et collée, sur 1 à 6 dents
HBLD051	1,079	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire par attelle métallique coulée et collée, sur 7 dents ou plus
LBGD001	1,077	Ablation de moyen de contention maxillaire et/ou mandibulaire intrabuccal
HBED001	1,079	Réimplantation d'1 dent permanente expulsée
HBED003	1,079	Réimplantation de 2 dents permanentes expulsées
HBED021	1,079	Réimplantation de 3 dents permanentes expulsées, ou plus
HBED022	1,077	Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement
HBLD045	1,079	Application de vernis fluoré sur les 2 arcades dentaires
HBBD005	1,079	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent
HBBD006	1,079	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents
HBBD007	1,079	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents
HBBD004	1,079	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents
HBBD039	1,079	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents
HBBD404	1,079	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents
HBBD098	1,079	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents
HBBD427	1,079	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents
HBJD001	1,079	Détartrage et polissage des dents
HBFD010	1,079	Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct
HBMD351	1,079	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux
HBMD460	1,079	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux
HBMD058	1,079	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD050	1,079	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD054	1,079	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD044	1,079	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD047	1,079	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD053	1,079	Restauration d'une dent d'un secteur prémololaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire

Codes	Coefficients de majoration	Libellés
HBMD049	1,079	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD038	1,079	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD042	1,079	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire
HBFD006	1,079	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire
HBFD017	1,079	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD019	1,079	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire
HBFD033	1,079	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD021	1,079	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire
HBFD035	1,079	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD008	1,079	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente
HBFD015	1,079	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD474	1,079	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire
HBFD458	1,079	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature
HBFD395	1,079	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature
HBFD326	1,079	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD150	1,079	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature
HBFD001	1,079	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD297	1,079	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire
HBFD003	1,079	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD024	1,079	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente
HBBD003	1,079	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification
HBBD234	1,079	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD001	1,079	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD002	1,079	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification
HBPD002	1,077	Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal
HBPA001	1,077	Dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau
HBPD001	1,077	Dégagement de plusieurs dents retenues ou incluses avec pose de dispositif de traction orthodontique
HBGD035	1,077	Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade
HBGD037	1,077	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade
HBGD309	1,077	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade
HBGD284	1,077	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade
HBGD065	1,077	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade
HBGD462	1,077	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade
HBGD464	1,077	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade
HBGD263	1,077	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade
HBGD280	1,077	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade

Codes	Coefficients de majoration	Libellés
HBGD093	1,077	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade
HBGD362	1,077	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade
HBGD054	1,077	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade
HBGD111	1,077	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade
HBGD174	1,077	Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade
HBGD057	1,077	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade
HBGD133	1,077	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade
HBGD123	1,077	Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade
HBGD468	1,077	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade
HBGD282	1,077	Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade
HBGD201	1,077	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade
HBGD042	1,077	Avulsion d'1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse
HBGD026	1,077	Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses
HBGD036	1,077	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD043	1,077	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD319	1,077	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD489	1,077	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD497	1,077	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD106	1,077	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD076	1,077	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD422	1,077	Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD420	1,077	Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD064	1,077	Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD356	1,077	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD146	1,077	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD382	1,077	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD247	1,077	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD197	1,077	Avulsion de 15 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD333	1,077	Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD261	1,077	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD499	1,077	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD461	1,077	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD278	1,077	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD258	1,077	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD311	1,077	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD235	1,077	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD374	1,077	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD475	1,077	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie

Codes	Coefficients de majoration	Libellés
HBGD285	1,077	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD338	1,077	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD193	1,077	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD345	1,077	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD414	1,077	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD245	1,077	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD283	1,077	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD022	1,077	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie
HBGD034	1,077	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD287	1,077	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD078	1,077	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD060	1,077	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD312	1,077	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD142	1,077	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD231	1,077	Avulsion de 8 dents à 10 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD349	1,077	Avulsion de 11 dents à 13 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD067	1,077	Avulsion de 14 dents à 16 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD418	1,077	Avulsion de 17 dents à 19 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD441	1,077	Avulsion de 20 dents à 22 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD105	1,077	Avulsion de 23 dents à 25 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD191	1,077	Avulsion de 26 dents à 28 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD262	1,077	Avulsion de 29 dents à 32 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD031	1,077	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines
HBGD032	1,077	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD415	1,077	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD169	1,077	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD039	1,077	Avulsion d'1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD002	1,077	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD453	1,077	Avulsion de 3 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD218	1,077	Avulsion de 4 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD480	1,077	Avulsion de 5 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD206	1,077	Avulsion de 6 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD396	1,077	Avulsion de 7 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD113	1,077	Avulsion de 8 dents à 10 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD438	1,077	Avulsion de 11 dents à 13 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD122	1,077	Avulsion de 14 dents à 16 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD028	1,077	Avulsion d'une incisive permanente retenue ou à l'état de germe

Codes	Coefficients de majoration	Libellés
HBGD126	1,077	Avulsion de 2 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD062	1,077	Avulsion de 3 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD430	1,077	Avulsion de 4 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD372	1,077	Avulsion de 5 à 6 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD148	1,077	Avulsion de 7 à 8 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD014	1,077	Avulsion d'1 canine permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD015	1,077	Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD145	1,077	Avulsion de 3 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD416	1,077	Avulsion de 4 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD459	1,077	Avulsion d'1 prémolaire retenue ou à l'état de germe
HBGD386	1,077	Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD279	1,077	Avulsion de 3 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD199	1,077	Avulsion de 4 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD385	1,077	Avulsion de 5 à 6 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD359	1,077	Avulsion de 7 à 8 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD047	1,077	Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD492	1,077	Avulsion de 2 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD316	1,077	Avulsion de 3 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD117	1,077	Avulsion de 4 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD181	1,077	Avulsion de 5 à 6 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD210	1,077	Avulsion de 7 à 8 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD018	1,077	Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe
HBGD004	1,077	Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe
HBGD025	1,077	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD021	1,077	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD038	1,077	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD044	1,077	Avulsion d'1 dent à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD322	1,077	Avulsion de 2 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD160	1,077	Avulsion de 3 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD403	1,077	Avulsion de 4 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD300	1,077	Avulsion d'une dent en désinclusion avec couronne sous muqueuse en position palatine ou linguale
HBGD358	1,077	Avulsion de 2 dents en désinclusion avec couronnes sous muqueuses en position palatine et/ou linguale
HBGD003	1,077	Avulsion d'1 odontoïde inclus ou d'1 dent surnuméraire à l'état de germe
HBGD402	1,077	Avulsion de 2 odontoïdes inclus ou de 2 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD281	1,077	Avulsion de 3 odontoïdes inclus ou de 3 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD171	1,077	Avulsion de 4 odontoïdes inclus ou de 4 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD016	1,077	Avulsion d'1 racine incluse
HBGD466	1,077	Avulsion de 2 racines incluses

Codes	Coefficients de majoration	Libellés
HBGD299	1,077	Avulsion de 3 racines incluses
HBGD102	1,077	Avulsion de 4 racines incluses
HBGD159	1,077	Avulsion de 5 racines incluses
HBGD465	1,077	Avulsion de 6 racines incluses
HBGD017	1,077	Avulsion d'une dent ectopique
HBGD190	1,077	Avulsion de 2 dents ectopiques
HBGD397	1,077	Avulsion de 3 dents ectopiques
HBGD080	1,077	Avulsion de 4 dents ectopiques
HBMD019	1,077	Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire
HBGB005	1,077	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée
HBGB003	1,077	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine
HBGB002	1,077	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire
HBGB004	1,077	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire
HBFA007	1,077	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents
HBED023	1,077	Grefte épithélioconjonctive ou conjonctive sur la gencive, sur un secteur de 1 à 3 dents
HBED024	1,077	Grefte épithélioconjonctive ou conjonctive sur la gencive, sur un sextant
HBBA003	1,077	Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 1 à 3 dents
HBBA002	1,077	Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 4 à 6 dents
HBBA004	1,077	Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 7 dents ou plus
HBJB001	1,077	Évacuation d'abcès parodontal
HBMA001	1,077	Plastie mucogingivale par lambeau déplacé latéralement, coronairement ou apicalement
LBLD075	1,077	Pose d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'enfant
LBLD066	1,077	Pose de 2 implants intraosseux intrabuccaux chez l'enfant
LBLD281	1,077	Pose de 3 implants intraosseux intrabuccaux chez l'enfant
LBLD117	1,077	Pose de 4 implants intraosseux intrabuccaux chez l'enfant
LBLD015	1,077	Pose d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'adulte
LBLD010	1,077	Pose de 2 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LBLD013	1,077	Pose de 3 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LBLD004	1,077	Pose de 4 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LBLD020	1,077	Pose de 5 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LBLD025	1,077	Pose de 6 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LBLD026	1,077	Pose de 7 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LBLD038	1,077	Pose de 8 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LBLD200	1,077	Pose de 9 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LBLD294	1,077	Pose de 10 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LBLD019	1,077	Pose de moyen de liaison sur 1 implant préprothétique intraosseux intrabuccal
LBLD073	1,077	Pose de moyen de liaison sur 2 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux
LBLD086	1,077	Pose de moyen de liaison sur 3 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux

Codes	Coefficients de majoration	Libellés
LBLD193	1,077	Pose de moyen de liaison sur 4 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux
LBLD447	1,077	Pose de moyen de liaison sur 5 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux
LBLD270	1,077	Pose de moyen de liaison sur 6 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux
LBLD143	1,077	Pose de moyen de liaison sur 7 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux
LBLD235	1,077	Pose de moyen de liaison sur 8 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux
LBLD311	1,077	Pose de moyen de liaison sur 9 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux
LBLD214	1,077	Pose de moyen de liaison sur 10 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux
LBLD034	1,077	Pose de barre de jonction entre 2 implants intrabuccaux
LBLD057	1,077	Pose de barre de jonction entre 3 implants intrabuccaux ou plus
LAPB451	1,077	Dégagement et activation d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'enfant
LAPB311	1,077	Dégagement et activation de 2 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'enfant
LAPB459	1,077	Dégagement et activation de 3 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'enfant
LAPB408	1,077	Dégagement et activation de 4 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'enfant
LAPB002	1,077	Dégagement et activation d'1 implant intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LAPB004	1,077	Dégagement et activation de 2 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LAPB003	1,077	Dégagement et activation de 3 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LAPB001	1,077	Dégagement et activation de 4 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LAPB005	1,077	Dégagement et activation de 5 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LAPB006	1,077	Dégagement et activation de 6 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LAPB007	1,077	Dégagement et activation de 7 implants intraosseux intra buccaux, chez l'adulte
LAPB047	1,077	Dégagement et activation de 8 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LAPB030	1,077	Dégagement et activation de 9 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LAPB122	1,077	Dégagement et activation de 10 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte
LGA280	1,077	Ablation d'1 implant intraosseux intrabuccal avec résection osseuse, chez l'enfant
LGA441	1,077	Ablation de 2 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'enfant
LGA354	1,077	Ablation de 3 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'enfant
LGA049	1,077	Ablation de 4 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'enfant
LGA004	1,077	Ablation d'1 implant intraosseux intrabuccal avec résection osseuse, chez l'adulte
LGA003	1,077	Ablation de 2 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte
LGA002	1,077	Ablation de 3 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte
LGA006	1,077	Ablation de 4 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte
LGA007	1,077	Ablation de 5 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte
LGA008	1,077	Ablation de 6 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte
LGA009	1,077	Ablation de 7 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte
LGA139	1,077	Ablation de 8 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte
LGA052	1,077	Ablation de 9 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte
LGA168	1,077	Ablation de 10 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte

L'annexe 26 bis est annulée et remplacée par l'annexe suivante :

« ANNEXE 26 BIS A

« TARIFS (EN EUROS) DES ACTES BUCCO-DENTAIRES FIGURANT À LA CCAM

(a) Du 1^{er} avril 2019 au 31 décembre 2019, le choix du code CCAM à utiliser pour facturer les inlay-core et les couronnes provisoires s'effectue uniquement en fonction du type de couronne définitive réalisé. Les mentions « sans reste à charge », « dépassements d'honoraires ou entente directe limités » et « tarif libre » précisées dans les libellés de ces actes ne sont effectives qu'à compter du 1^{er} janvier 2020.

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables				
				(1) du 1.04.2019 au 31.12.2019	(2) du 1.01.2020 au 31.12.2020	(3) du 1.01.2021 au 31.12.2021	(4) du 1.01.2022 au 31.12.2022	(5) du 1.01.2023 au 31.12.2023
GBBA002	Comblement préimplantaire sousmuqueux du sinus maxillaire	1	0					
GBBA002	Comblement préimplantaire sousmuqueux du sinus maxillaire	4	0					
GBBA002	Comblement préimplantaire sousmuqueux unilatéral du sinus maxillaire	1	0	240,35	240,35	240,35	240,35	240,35
GBBA002	Comblement préimplantaire sousmuqueux unilatéral du sinus maxillaire	4	0	109,34	109,34	109,34	109,34	109,34
GBBA364	Comblement préimplantaire sousmuqueux bilatéral du sinus maxillaire	1	0	360,53	360,53	360,53	360,53	360,53
GBBA364	Comblement préimplantaire sousmuqueux bilatéral du sinus maxillaire	4	0	109,34	109,34	109,34	109,34	109,34
HBQK389	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües	1	0	7,98	7,98	7,98	7,98	7,98
HBQK191	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 2 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	15,96	15,96	15,96	15,96	15,96
HBQK331	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 3 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	23,94	23,94	23,94	23,94	23,94
HBQK443	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 4 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	31,92	31,92	31,92	31,92	31,92
HBQK428	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 5 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	39,90	39,90	39,90	39,90	39,90
HBQK480	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 6 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	47,88	47,88	47,88	47,88	47,88
HBQK430	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 7 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	55,86	55,86	55,86	55,86	55,86
HBQK142	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 8 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	63,84	63,84	63,84	63,84	63,84
HBQK046	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 9 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	71,82	71,82	71,82	71,82	71,82
HBQK065	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 10 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	79,80	79,80	79,80	79,80	79,80
HBQK424	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 11 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	87,78	87,78	87,78	87,78	87,78

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBQK476	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 12 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	95,76	95,76	95,76	95,76	95,76
HBQK093	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 13 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	103,74	103,74	103,74	103,74	103,74
HBQK041	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 14 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües	1	0	111,72	111,72	111,72	111,72	111,72
HBQK002 (a)	Radiographie panoramique dentomaxillaire	1	0	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
HBQK001	Radiographie pelvibuccale [occlusale]	1	0	7,98	7,98	7,98	7,98	7,98
LBQP001	Enregistrement des rapports maxillomandibulaires en vue de la programmation d'un articulateur	1	0	32,64	32,64	32,64	32,64	32,64
LBMP001	Simulation des objectifs thérapeutiques sur moulages des arcades dentaires et/ou sur logiciel	1	0	97,92	97,92	97,92	97,92	97,92
HBQD001	Bilan parodontal Exploration du parodonte par sondage pour dépistage d'une maladie parodontale, étude de l'indice de plaque <i>Facturation : prise en charge limitée aux patients en ALD pour diabète</i>	1	0	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00
HBLD053	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire par attelle métallique coulée et collée, sur 1 à 6 dents	1	0	96,40	96,40	96,40	96,40	96,40
HBLD051	Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire par attelle métallique coulée et collée, sur 7 dents ou plus	1	0	96,40	96,40	96,40	96,40	96,40
LBGD001	Ablation de moyen de contention maxillaire et/ou mandibulaire intrabuccal	1	0	41,80	41,80	41,80	41,80	41,80
HBED001	Réimplantation d'1 dent permanente expulsée	1	0	96,40	96,40	96,40	96,40	96,40
HBED003	Réimplantation de 2 dents permanentes expulsées	1	0	192,80	192,80	192,80	192,80	192,80
HBED021	Réimplantation de 3 dents permanentes expulsées, ou plus	1	0	289,20	289,20	289,20	289,20	289,20
HBED022	Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement	1	0	209,00	209,00	209,00	209,00	209,00
HBLD045	Application de vernis fluoré sur les 2 arcades dentaires	1	0	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent	1	0	21,69	21,69	21,69	21,69	26,03
HBBD006	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents	1	0	43,38	43,38	43,38	43,38	52,06
HBBD007	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents	1	0	65,07	65,07	65,07	65,07	78,08
HBBD004	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents	1	0	86,76	86,76	86,76	86,76	104,11
HBBD039	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents	1	0	108,45	108,45	108,45	108,45	119,30

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBBD404	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents	1	0	130,14	130,14	130,14	130,14	143,15
HBBD098	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents	1	0	151,83	151,83	151,83	151,83	167,01
HBBD427	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents	1	0	173,52	173,52	173,52	173,52	190,87
HBID001	Détartrage et polissage des dents	1	0	28,92	28,92	28,92	28,92	28,92
HBFD010	Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct	1	0	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00
HBMD043	Restauration d'une dent sur 1 face par matériau incrusté [inlay-onlay]	1	0	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBMD046	Restauration d'une dent sur 2 faces par matériau incrusté [inlay-onlay]	1	0	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBMD055	Restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay]	1	0	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux	1	0	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
HBMD460	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux	1	0	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivo-canin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	1	0	25,06	26,97	27,60	29,30	29,30
HBMD050	Restauration d'une dent d'un secteur incisivo-canin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	1	0	42,00	45,38	46,50	50,00	50,00
HBMD054	Restauration d'une dent d'un secteur incisivo-canin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	1	0	53,00	60,95	63,60	65,50	65,50
HBMD044	Restauration d'une dent d'un secteur incisivo-canin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	1	0	53,00	60,95	63,60	65,50	65,50
HBMD047	Restauration d'une dent d'un secteur incisivo-canin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	1	0	86,00	92,45	94,60	94,60	94,60
HBMD053	Restauration d'une dent d'un secteur prémololaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire	1	0	25,06	26,97	27,60	29,30	29,30
HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémololaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	1	0	42,00	45,38	46,50	50,00	50,00
HBMD038	Restauration d'une dent d'un secteur prémololaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire	1	0	53,00	60,95	63,60	65,50	65,50
HBMD042	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire	1	0	92,00	98,00	100,00	100,00	100,00

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire	1	0	23,00	23,00	23,00	23,00	23,00
HBFD017	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire	1	0	33,74	33,74	40,00	40,00	40,00
HBFD019	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire	1	0	81,94	81,94	100,00	100,00	100,00
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente	1	0	33,74	33,74	40,00	40,00	40,00
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire	1	0	48,20	48,20	61,00	61,00	61,00
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire	1	0	48,20	48,20	61,00	61,00	61,00
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente	1	0	81,94	81,94	100,00	100,00	100,00
HBFD015	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire	1	0	33,74	33,74	47,00	47,00	47,00
HBFD474	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire	1	0	81,94	81,94	110,00	110,00	110,00
HBFD458	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature	1	0	33,74	33,74	47,00	47,00	47,00
HBFD395	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature	1	0	48,20	48,20	68,00	68,00	68,00
HBFD326	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire	1	0	48,20	48,20	68,00	68,00	68,00
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature	1	0	81,94	81,94	110,00	110,00	110,00
HBFD001	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente	1	0	33,74	33,74	47,00	47,00	47,00
HBFD297	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire	1	0	48,20	48,20	68,00	68,00	68,00
HBFD003	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire	1	0	48,20	48,20	68,00	68,00	68,00
HBFD024	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente	1	0	81,94	81,94	110,00	110,00	110,00
HBBDD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification	1	0	33,74	33,74	47,00	47,00	47,00
HBBDD234	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification	1	0	48,20	48,20	68,00	68,00	68,00
HBBDD001	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification	1	0	48,20	48,20	68,00	68,00	68,00
HBBDD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification	1	0	81,94	81,94	105,00	105,00	105,00
HBPD002	Déglèvement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal	1	0	104,50	104,50	104,50	104,50	104,50

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBPA001	Dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau	1	0	146,30	146,30	146,30	146,30	146,30
HBPD001	Dégagement de plusieurs dents retenues ou incluses avec pose de dispositif de traction orthodontique	1	0	156,75	156,75	156,75	156,75	156,75
HBGD035	Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade	1	0	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00
HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade	1	0	30,00	30,00	30,00	30,00	37,00
HBGD309	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade	1	0	33,44	33,44	33,44	33,44	49,00
HBGD284	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade	1	0	41,80	41,80	41,80	41,80	61,00
HBGD065	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade	1	0	50,16	50,16	50,16	50,16	73,00
HBGD462	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade	1	0	58,52	58,52	58,52	58,52	85,00
HBGD464	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade	1	0	66,88	66,88	66,88	66,88	95,00
HBGD263	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade	1	0	75,24	75,24	75,24	75,24	105,00
HBGD280	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	115,00
HBGD093	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade	1	0	91,96	91,96	91,96	91,96	125,00
HBGD362	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade	1	0	100,32	100,32	100,32	100,32	135,00
HBGD054	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade	1	0	108,68	108,68	108,68	108,68	145,00
HBGD111	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade	1	0	117,04	117,04	117,04	117,04	155,00
HBGD174	Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade	1	0	125,40	125,40	125,40	125,40	165,00
HBGD057	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade	1	0	133,76	133,76	133,76	133,76	175,00
HBGD133	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade	1	0	142,12	142,12	142,12	142,12	185,00
HBGD123	Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade	1	0	150,48	150,48	150,48	150,48	190,00
HBGD468	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade	1	0	158,84	158,84	158,84	158,84	195,00
HBGD282	Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade	1	0	167,20	167,20	167,20	167,20	200,00
HBGD201	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade	1	0	175,56	175,56	175,56	175,56	205,00
HBGD042	Avulsion d'1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBGD026	Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses	1	0	125,40	125,40	125,40	125,40	125,40
HBGD036	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie	1	0	33,44	33,44	33,44	33,44	39,00
HBGD043	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	50,16	50,16	50,16	50,16	57,00
HBGD319	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	66,88	66,88	66,88	66,88	75,00
HBGD489	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	93,00
HBGD497	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	100,32	100,32	100,32	100,32	108,00
HBGD106	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	117,04	117,04	117,04	117,04	123,00
HBGD076	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	133,76	133,76	133,76	133,76	138,00
HBGD422	Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	150,48	150,48	150,48	150,48	153,00
HBGD420	Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	167,20	167,20	167,20	167,20	168,00
HBGD064	Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	183,92	183,92	183,92	183,92	183,92
HBGD356	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	200,64	200,64	200,64	200,64	200,64
HBGD146	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	217,36	217,36	217,36	217,36	217,36
HBGD382	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	234,08	234,08	234,08	234,08	234,08
HBGD247	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	250,80	250,80	250,80	250,80	250,80
HBGD197	Avulsion de 15 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	267,52	267,52	267,52	267,52	267,52
HBGD333	Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie	1	0	284,24	284,24	284,24	284,24	284,24
HBGD261	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	300,96	300,96	300,96	300,96	300,96
HBGD499	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	317,68	317,68	317,68	317,68	317,68
HBGD461	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	334,40	334,40	334,40	334,40	334,40
HBGD278	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	351,12	351,12	351,12	351,12	351,12
HBGD258	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	367,84	367,84	367,84	367,84	367,84
HBGD311	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	384,56	384,56	384,56	384,56	384,56

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBGD235	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	401,28	401,28	401,28	401,28	401,28
HBGD374	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	418,00	418,00	418,00	418,00	418,00
HBGD475	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	434,72	434,72	434,72	434,72	434,72
HBGD285	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	451,44	451,44	451,44	451,44	451,44
HBGD338	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	468,16	468,16	468,16	468,16	468,16
HBGD193	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	484,88	484,88	484,88	484,88	484,88
HBGD345	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	501,60	501,60	501,60	501,60	501,60
HBGD414	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	518,32	518,32	518,32	518,32	518,32
HBGD245	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	535,04	535,04	535,04	535,04	535,04
HBGD283	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	1	0	551,76	551,76	551,76	551,76	551,76
HBGD022	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie	1	0	33,44	33,44	33,44	33,44	43,00
HBGD034	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0	50,16	50,16	50,16	50,16	61,00
HBGD287	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0	66,88	66,88	66,88	66,88	79,00
HBGD078	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60
HBGD060	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0	100,32	100,32	100,32	100,32	100,32
HBGD312	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0	117,04	117,04	117,04	117,04	117,04
HBGD142	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0	133,76	133,76	133,76	133,76	133,76
HBGD231	Avulsion de 8 dents à 10 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0	167,20	167,20	167,20	167,20	167,20
HBGD349	Avulsion de 11 dents à 13 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0	217,36	217,36	217,36	217,36	217,36
HBGD067	Avulsion de 14 dents à 16 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0	267,52	267,52	267,52	267,52	267,52
HBGD418	Avulsion de 17 dents à 19 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0	317,68	317,68	317,68	317,68	317,68
HBGD441	Avulsion de 20 dents à 22 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0	367,84	367,84	367,84	367,84	367,84
HBGD105	Avulsion de 23 dents à 25 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0	418,00	418,00	418,00	418,00	418,00

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBGD191	Avulsion de 26 dents à 28 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0	468,16	468,16	468,16	468,16	468,16
HBGD262	Avulsion de 29 dents à 32 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	1	0	526,68	526,68	526,68	526,68	526,68
HBGD031	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines	1	0	33,44	33,44	33,44	33,44	43,00
HBGD032	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines	1	0	50,16	50,16	50,16	50,16	61,00
HBGD415	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines	1	0	66,88	66,88	66,88	66,88	66,88
HBGD169	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60
HBGD039	Avulsion d'1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	1	0	33,44	33,44	33,44	33,44	43,00
HBGD002	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	1	0	50,16	50,16	50,16	50,16	50,16
HBGD453	Avulsion de 3 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	1	0	66,88	66,88	66,88	66,88	66,88
HBGD218	Avulsion de 4 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60
HBGD480	Avulsion de 5 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	1	0	100,32	100,32	100,32	100,32	100,32
HBGD206	Avulsion de 6 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	1	0	117,04	117,04	117,04	117,04	117,04
HBGD396	Avulsion de 7 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	1	0	133,76	133,76	133,76	133,76	133,76
HBGD113	Avulsion de 8 dents à 10 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	1	0	167,20	167,20	167,20	167,20	167,20
HBGD438	Avulsion de 11 dents à 13 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	1	0	217,36	217,36	217,36	217,36	217,36
HBGD122	Avulsion de 14 dents à 16 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines	1	0	267,52	267,52	267,52	267,52	267,52
HBGD028	Avulsion d'une incisive permanente retenue ou à l'état de germe	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60
HBGD126	Avulsion de 2 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0	125,40	125,40	125,40	125,40	125,40
HBGD062	Avulsion de 3 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0	167,20	167,20	167,20	167,20	167,20
HBGD430	Avulsion de 4 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0	209,00	209,00	209,00	209,00	209,00
HBGD372	Avulsion de 5 à 6 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0	271,70	271,70	271,70	271,70	271,70
HBGD148	Avulsion de 7 à 8 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0	355,30	355,30	355,30	355,30	355,30
HBGD014	Avulsion d'1 canine permanente retenue ou à l'état de germe	1	0	104,50	104,50	104,50	104,50	104,50

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBGD015	Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0	156,75	156,75	156,75	156,75	156,75
HBGD145	Avulsion de 3 canines permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0	209,00	209,00	209,00	209,00	209,00
HBGD416	Avulsion de 4 canines permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0	261,25	261,25	261,25	261,25	261,25
HBGD459	Avulsion d'1 prémolaire retenue ou à l'état de germe	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60
HBGD386	Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe	1	0	125,40	125,40	125,40	125,40	125,40
HBGD279	Avulsion de 3 prémolaires retenues ou à l'état de germe	1	0	167,20	167,20	167,20	167,20	167,20
HBGD199	Avulsion de 4 prémolaires retenues ou à l'état de germe	1	0	209,00	209,00	209,00	209,00	209,00
HBGD385	Avulsion de 5 à 6 prémolaires retenues ou à l'état de germe	1	0	271,70	271,70	271,70	271,70	271,70
HBGD359	Avulsion de 7 à 8 prémolaires retenues ou à l'état de germe	1	0	355,30	355,30	355,30	355,30	355,30
HBGD047	Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	96,14
HBGD492	Avulsion de 2 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0	125,40	125,40	125,40	125,40	125,40
HBGD316	Avulsion de 3 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0	167,20	167,20	167,20	167,20	167,20
HBGD117	Avulsion de 4 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0	209,00	209,00	209,00	209,00	209,00
HBGD181	Avulsion de 5 à 6 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0	271,70	271,70	271,70	271,70	271,70
HBGD210	Avulsion de 7 à 8 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe	1	0	355,30	355,30	355,30	355,30	355,30
HBGD018	Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	96,14
HBGD004	Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	96,14
HBGD025	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	1	0	125,40	125,40	125,40	125,40	144,21
HBGD021	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	1	0	167,20	167,20	167,20	167,20	192,28
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	1	0	209,00	209,00	209,00	209,00	240,35
HBGD044	Avulsion d'1 dent à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse	1	0	41,80	41,80	41,80	41,80	41,80
HBGD322	Avulsion de 2 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse	1	0	62,70	62,70	62,70	62,70	62,70
HBGD160	Avulsion de 3 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBGD403	Avulsion de 4 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse	1	0	104,50	104,50	104,50	104,50	104,50
HBGD300	Avulsion d'une dent en désinclusion avec couronne sous muqueuse en position palatine ou linguale	1	0	104,50	104,50	104,50	104,50	104,50
HBGD358	Avulsion de 2 dents en désinclusion avec couronnes sous muqueuses en position palatine et/ou linguale	1	0	156,75	156,75	156,75	156,75	156,75
HBGD003	Avulsion d'1 odontoïde inclus ou d'1 dent surnuméraire à l'état de germe	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60
HBGD402	Avulsion de 2 odontoïdes inclus ou de 2 dents surnuméraires à l'état de germe	1	0	125,40	125,40	125,40	125,40	125,40
HBGD281	Avulsion de 3 odontoïdes inclus ou de 3 dents surnuméraires à l'état de germe	1	0	167,20	167,20	167,20	167,20	167,20
HBGD171	Avulsion de 4 odontoïdes inclus ou de 4 dents surnuméraires à l'état de germe	1	0	209,00	209,00	209,00	209,00	209,00
HBGD040	Avulsion de plusieurs dents surnuméraires à l'état de germe ou de plusieurs odontoïdes	1	0	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBGD016	Avulsion d'1 racine incluse	1	0	83,60	83,60	83,60	83,60	83,60
HBGD466	Avulsion de 2 racines incluses	1	0	125,40	125,40	125,40	125,40	125,40
HBGD299	Avulsion de 3 racines incluses	1	0	167,20	167,20	167,20	167,20	167,20
HBGD102	Avulsion de 4 racines incluses	1	0	209,00	209,00	209,00	209,00	209,00
HBGD159	Avulsion de 5 racines incluses	1	0	250,80	250,80	250,80	250,80	250,80
HBGD465	Avulsion de 6 racines incluses	1	0	292,60	292,60	292,60	292,60	292,60
HBGD017	Avulsion d'une dent ectopique	1	0	167,20	167,20	167,20	167,20	167,20
HBGD190	Avulsion de 2 dents ectopiques	1	0	250,80	250,80	250,80	250,80	250,80
HBGD397	Avulsion de 3 dents ectopiques	1	0	334,40	334,40	334,40	334,40	334,40
HBGD080	Avulsion de 4 dents ectopiques	1	0	418,00	418,00	418,00	418,00	418,00
HBLD018	Pose d'un plan de libération occlusale	1	0	172,80	172,80	172,80	172,80	172,80
HBLD007	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire sans clavette sur une dent [Inlay core]	1	0	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBLD261	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire avec clavette sur une dent [Inlay core à clavette]	1	0	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBLD090	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés sans « reste à charge » Avec ou sans clavette	1	0	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBLD745	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire (Inlay core) sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés à « entente directe limitée » Avec ou sans clavette	1	0	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00
HBLD245	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire (Inlay core) sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés à « tarif libre » Avec ou sans clavette	1	0	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00
HBLD037	Pose d'une couronne dentaire transitoire	1	0	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBLD490	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée « sans reste à charge »	1	0	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
HBLD724	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée « à entente directe limitée »	1	0	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
HBLD486	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée « à tarif libre »	1	0	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux	1	0	107,50	120,00	120,00	120,00	120,00
HBLD036	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique ou en équivalents minéraux	1	0	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBLD634	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une incisive, une canine ou une première prémolaire	1	0	107,50	120,00	120,00	120,00	120,00
HBLD491	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une deuxième prémolaire	1	0	107,50	120,00	120,00	120,00	120,00
HBLD734	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une molaire	1	0	107,50	107,50	107,50	120,00	120,00
HBLD350	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique (zircone) sur une dent autre qu'une molaire	1	0	107,50	120,00	120,00	120,00	120,00
HBLD073	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique (zircone) sur une molaire	1	0	107,50	120,00	120,00	120,00	120,00
HBLD680	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur incisives, canines et premières prémolaires	1	0	107,50	120,00	120,00	120,00	120,00
HBLD158	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur deuxièmes prémolaires et molaires	1	0	107,50	120,00	120,00	120,00	120,00
HBLD403	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramocéramique	1	0	107,50	107,50	107,50	120,00	120,00
HBLD318	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage précieux Avec ou sans recouvrement céramique	1	0	107,50	107,50	107,50	120,00	120,00
HBLD418	Pose d'une couronne dentaire implantoportée	1	0	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50
HBLD132	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque résine comportant moins de 9 dents	1	0	102,13	102,13	102,13	102,13	102,13
HBLD492	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque base résine, comportant de 9 à 13 dents	1	0	150,50	150,50	150,50	150,50	150,50
HBLD118	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à plaque base résine	1	0	182,75	182,75	182,75	182,75	182,75

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBLD199	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à plaque base résine	1	0	365,50	365,50	365,50	365,50	365,50
HBLD240	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à chassis métallique comportant moins de 9 dents	1	0	236,50	236,50	236,50	236,50	236,50
HBLD236	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à chassis métallique comportant de 9 à 13 dents	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD217	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à chassis métallique	1	0	311,75	311,75	311,75	311,75	311,75
HBLD171	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à chassis métallique	1	0	623,50	623,50	623,50	623,50	623,50
HBLD364	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents	1	0	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50
HBLD476	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 4 dents	1	0	75,25	75,25	75,25	75,25	75,25
HBLD224	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 5 dents	1	0	86,00	86,00	86,00	86,00	86,00
HBLD371	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 6 dents	1	0	96,75	96,75	96,75	96,75	96,75
HBLD123	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents	1	0	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50
HBLD270	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 8 dents	1	0	118,25	118,25	118,25	118,25	118,25
HBLD148	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 9 dents	1	0	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00
HBLD231	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 10 dents	1	0	139,75	139,75	139,75	139,75	139,75
HBLD215	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 11 dents	1	0	150,50	150,50	150,50	150,50	150,50
HBLD262	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 12 dents	1	0	161,25	161,25	161,25	161,25	161,25
HBLD232	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 13 dents	1	0	172,00	172,00	172,00	172,00	172,00
HBLD032	Pose d'une prothèse amovible de transition complète unimaxillaire à plaque base résine	1	0	182,75	182,75	182,75	182,75	182,75
HBLD259	Pose d'une prothèse amovible de transition complète bimaxillaire à plaque base résine	1	0	365,50	365,50	365,50	365,50	365,50
HBLD101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents	1	0	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00
HBLD138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents	1	0	139,75	139,75	139,75	139,75	139,75
HBLD083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents	1	0	150,50	150,50	150,50	150,50	150,50
HBLD370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents	1	0	161,25	161,25	161,25	161,25	161,25
HBLD349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents	1	0	172,00	172,00	172,00	172,00	172,00

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	1	0	182,75	182,75	182,75	182,75	182,75
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	1	0	365,50	365,50	365,50	365,50	365,50
HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents	1	0	193,50	193,50	193,50	193,50	193,50
HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents	1	0	204,25	204,25	204,25	204,25	204,25
HBLD452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents	1	0	215,00	215,00	215,00	215,00	215,00
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents	1	0	225,75	225,75	225,75	225,75	225,75
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents	1	0	236,50	236,50	236,50	236,50	236,50
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents	1	0	247,25	247,25	247,25	247,25	247,25
HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents	1	0	258,00	258,00	258,00	258,00	258,00
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents	1	0	268,75	268,75	268,75	268,75	268,75
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents	1	0	290,25	290,25	290,25	290,25	290,25
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents	1	0	301,00	301,00	301,00	301,00	301,00
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	1	0	311,75	311,75	311,75	311,75	311,75
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	1	0	623,50	623,50	623,50	623,50	623,50
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	1	0	494,50	494,50	494,50	494,50	494,50
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique et 1 élément intermédiaire métallique	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique, et 1 élément intermédiaire céramométallique	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD023	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux	1	0	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé	supprimé
HBLD785	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBLD227	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une dent autre qu'une incisive	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD425	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramo-céramiques et 1 élément intermédiaire céramo-céramique	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD178	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage en alliage précieux et 1 élément intermédiaire en alliage précieux Avec ou sans recouvrement céramique	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD088	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 2 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente Avec ou sans : appui sur la dent adjacente à l'extension Facturation : la prise en charge du pilier d'ancrage est limitée aux incisives centrales maxillaires et aux canines ou à la 1ère prémolaire en l'absence de canines	1	0	172,00	172,00	172,00	172,00	172,00
HBLD750	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire Avec ou sans : appui sur la dent adjacente à l'extension	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD411	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage métallique et 1 élément en extension métallique [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire Avec ou sans : appui sur la dent adjacente à l'extension	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD321	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire Avec ou sans : appui sur la dent adjacente à l'extension	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD465	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage métallique et 1 élément en extension céramo métallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire Avec ou sans : appui sur la dent adjacente à l'extension	1	0	279,50	279,50	279,50	279,50	279,50
HBLD466	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux , pour le remplacement d'une incisive permanente	1	0	103,06	103,06	103,06	103,06	103,06
HBLD414	Pose d'une prothèse plurale collée [Bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux , pour le remplacement d'une prémolaire ou d'une molaire permanente	1	0	103,06	103,06	103,06	103,06	103,06
HBLD179	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire métallique, pour le remplacement d'une prémolaire ou d'une molaire permanente	1	0	103,06	103,06	103,06	103,06	103,06
HBLD453	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 2 éléments intermédiaires céramométalliques ou en équivalents minéraux, pour le remplacement de 2 incisives mandibulaires permanentes	1	0	103,06	103,06	103,06	103,06	103,06

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBLD093	Pose d'une prothèse plurale en extension, collée comportant 1 ancrage coronaire partiel et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux l'bridge cantilever collé, pour le remplacement d'une incisive permanente l'élément d'ancrage coronaire partiel ne peut pas être une incisive latérale maxillaire	1	0	83,78	83,78	83,78	83,78	83,78
HBLD030	Pose d'une prothèse dentaire complète transvisée implantoportée	1	0	182,75	182,75	182,75	182,75	182,75
HBMD017	Adjonction ou changement d'1 élément d'une prothèse dentaire amovible	1	0	21,50	21,50	21,50	21,50	21,50
HBMD114	Adjonction ou changement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	32,25	32,25	32,25	32,25	32,25
HBMD322	Adjonction ou changement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	43,00	43,00	43,00	43,00	43,00
HBMD404	Adjonction ou changement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	53,75	53,75	53,75	53,75	53,75
HBMD245	Adjonction ou changement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50
HBMD198	Adjonction ou changement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	75,25	75,25	75,25	75,25	75,25
HBMD373	Adjonction ou changement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	86,00	86,00	86,00	86,00	86,00
HBMD228	Adjonction ou changement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	96,75	96,75	96,75	96,75	96,75
HBMD286	Adjonction ou changement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50
HBMD329	Adjonction ou changement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	118,25	118,25	118,25	118,25	118,25
HBMD226	Adjonction ou changement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00
HBMD387	Adjonction ou changement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	139,75	139,75	139,75	139,75	139,75
HBMD134	Adjonction ou changement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	150,50	150,50	150,50	150,50	150,50
HBMD174	Adjonction ou changement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	1	0	161,25	161,25	161,25	161,25	161,25
HBKD396	Changement d'1 facette d'une prothèse dentaire amovible	1	0	17,20	17,20	17,20	17,20	17,20
HBKD431	Changement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	34,40	34,40	34,40	34,40	34,40
HBKD300	Changement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	51,60	51,60	51,60	51,60	51,60
HBKD212	Changement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	68,80	68,80	68,80	68,80	68,80
HBKD462	Changement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	86,00	86,00	86,00	86,00	86,00
HBKD213	Changement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	103,20	103,20	103,20	103,20	103,20

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBKD140	Changement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	120,40	120,40	120,40	120,40	120,40
HBKD244	Changement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible	1	0	137,60	137,60	137,60	137,60	137,60
HBKD005	Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra implantaire	1	0	32,25	32,25	32,25	32,25	32,25
HBMD249	Adjonction ou changement d'1 élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	43,00	43,00	43,00	43,00	43,00
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	86,00	86,00	86,00	86,00	86,00
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	172,00	172,00	172,00	172,00	172,00
HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	215,00	215,00	215,00	215,00	215,00
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	258,00	258,00	258,00	258,00	258,00
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	301,00	301,00	301,00	301,00	301,00
HBMD444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	344,00	344,00	344,00	344,00	344,00
HBMD485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	387,00	387,00	387,00	387,00	387,00
HBMD410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	430,00	430,00	430,00	430,00	430,00
HBMD429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	473,00	473,00	473,00	473,00	473,00
HBMD281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	516,00	516,00	516,00	516,00	516,00
HBMD200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	559,00	559,00	559,00	559,00	559,00
HBMD298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	1	0	602,00	602,00	602,00	602,00	602,00
HBMD020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine sans renfort métallique, fêlée ou fracturée	1	0	21,50	21,50	21,50	21,50	21,50
HBMD356	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine avec renfort métallique, fêlée ou fracturée	1	0	21,50	21,50	21,50	21,50	21,50
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments	1	0	32,25	32,25	32,25	32,25	32,25
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'1 élément	1	0	38,70	38,70	38,70	38,70	38,70
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments	1	0	45,15	45,15	45,15	45,15	45,15
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments	1	0	51,60	51,60	51,60	51,60	51,60

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	1	0	58,05	58,05	58,05	58,05	58,05
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	1	0	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	1	0	70,95	70,95	70,95	70,95	70,95
HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	1	0	77,40	77,40	77,40	77,40	77,40
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments	1	0	83,85	83,85	83,85	83,85	83,85
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	1	0	90,30	90,30	90,30	90,30	90,30
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments	1	0	96,75	96,75	96,75	96,75	96,75
HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments	1	0	103,20	103,20	103,20	103,20	103,20
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	1	0	109,65	109,65	109,65	109,65	109,65
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	1	0	116,10	116,10	116,10	116,10	116,10
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	1	0	122,55	122,55	122,55	122,55	122,55
HBMD019	Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire	1	0	18,81	18,81	18,81	18,81	18,81
HBGD011	Ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radiculaire scellé	1	0	38,70	38,70	38,70	38,70	38,70
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire	1	0	38,70	38,70	38,70	38,70	38,70
HBGB005	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée	1	0	50,16	50,16	50,16	50,16	50,16
HBGB003	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine	1	0	83,90	83,90	83,90	83,90	83,90
HBGB002	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire	1	0	98,36	98,36	98,36	98,36	98,36
HBGB004	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire	1	0	132,10	132,10	132,10	132,10	132,10
HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents	1	0	41,80	41,80	41,80	41,80	41,80
HBED023	Grefte épithélioconjonctive ou conjonctive sur la gencive, sur un secteur de 1 à 3 dents	1	0	79,42	79,42	79,42	79,42	79,42
HBED024	Grefte épithélioconjonctive ou conjonctive sur la gencive, sur un sextant	1	0	94,05	94,05	94,05	94,05	94,05
HBBA003	Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 1 à 3 dents	1	0	85,69	85,69	85,69	85,69	85,69
HBBA002	Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 4 à 6 dents	1	0	269,61	269,61	269,61	269,61	269,61

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBBA004	Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 7 dents ou plus	1	0	298,87	298,87	298,87	298,87	298,87
HBMA001	Plastie mucogingivale par lambeau déplacé latéralement, coronairement ou apicalement	1	0	75,24	75,24	75,24	75,24	75,24
HBIB001	Évacuation d'abcès parodontal	1	0	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00
HBIA003***	Acte d'assainissement parodontal	1	0	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00
HALD004	Pose d'une plaque palatine non active [passive] pour fente orofaciale ou division palatine	1	0	48,00	48,00	48,00	48,00	48,00
HALD003	Pose d'une plaque palatine active [orthopédique] pour fente orofaciale	1	0	48,00	48,00	48,00	48,00	48,00
LAQK027 (a)	Radiographie volumique par faisceau conique [cone beam computerized tomography, CBCT] du maxillaire, de la mandibule et/ou d'arcade dentaire	1	0	69,00	69,00	69,00	69,00	69,00
LBLD075	Pose d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'enfant	1	0	438,90	438,90	438,90	438,90	438,90
LBLD066	Pose de 2 implants intraosseux intrabuccaux chez l'enfant	1	0	806,74	806,74	806,74	806,74	806,74
LBLD281	Pose de 3 implants intraosseux intrabuccaux chez l'enfant	1	0	1174,58	1174,58	1174,58	1174,58	1174,58
LBLD117	Pose de 4 implants intraosseux intrabuccaux chez l'enfant	1	0	1542,42	1542,42	1542,42	1542,42	1542,42
LBLD015	Pose d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'adulte	1	0	422,18	422,18	422,18	422,18	422,18
LBLD010	Pose de 2 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	785,84	785,84	785,84	785,84	785,84
LBLD013	Pose de 3 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	1149,50	1149,50	1149,50	1149,50	1149,50
LBLD004	Pose de 4 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	1513,16	1513,16	1513,16	1513,16	1513,16
LBLD020	Pose de 5 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	1876,82	1876,82	1876,82	1876,82	1876,82
LBLD025	Pose de 6 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	2240,48	2240,48	2240,48	2240,48	2240,48
LBLD026	Pose de 7 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	2604,14	2604,14	2604,14	2604,14	2604,14
LBLD026	Pose de 7 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
LBLD038	Pose de 8 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	2967,80	2967,80	2967,80	2967,80	2967,80
LBLD038	Pose de 8 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
LBLD200	Pose de 9 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	1	0	3331,46	3331,46	3331,46	3331,46	3331,46
LBLD200	Pose de 9 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LBLD294	Pose de 10 implants intraosseux intrabuCCAUX, chez l'adulte	1	0	3695,12	3695,12	3695,12	3695,12	3695,12
LBLD294	Pose de 10 implants intraosseux intrabuCCAUX, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
LBLD019	Pose de moyen de liaison sur 1 implant préprothétique intraosseux intrabuCCAUX	1	0	160,93	160,93	160,93	160,93	160,93
LBLD073	Pose de moyen de liaison sur 2 implants préprothétiques intraosseux intrabuCCAUX	1	0	309,32	309,32	309,32	309,32	309,32
LBLD086	Pose de moyen de liaison sur 3 implants préprothétiques intraosseux intrabuCCAUX	1	0	457,71	457,71	457,71	457,71	457,71
LBLD193	Pose de moyen de liaison sur 4 implants préprothétiques intraosseux intrabuCCAUX	1	0	606,10	606,10	606,10	606,10	606,10
LBLD447	Pose de moyen de liaison sur 5 implants préprothétiques intraosseux intrabuCCAUX	1	0	754,49	754,49	754,49	754,49	754,49
LBLD270	Pose de moyen de liaison sur 6 implants préprothétiques intraosseux intrabuCCAUX	1	0	902,88	902,88	902,88	902,88	902,88
LBLD143	Pose de moyen de liaison sur 7 implants préprothétiques intraosseux intrabuCCAUX	1	0	1051,27	1051,27	1051,27	1051,27	1051,27
LBLD235	Pose de moyen de liaison sur 8 implants préprothétiques intraosseux intrabuCCAUX	1	0	1199,66	1199,66	1199,66	1199,66	1199,66
LBLD311	Pose de moyen de liaison sur 9 implants préprothétiques intraosseux intrabuCCAUX	1	0	1348,05	1348,05	1348,05	1348,05	1348,05
LBLD214	Pose de moyen de liaison sur 10 implants préprothétiques intraosseux intrabuCCAUX	1	0	1496,44	1496,44	1496,44	1496,44	1496,44
LBLD034	Pose de barre de jonction entre 2 implants intrabuCCAUX	1	0	96,14	96,14	96,14	96,14	96,14
LBLD057	Pose de barre de jonction entre 3 implants intrabuCCAUX ou plus	1	0	144,21	144,21	144,21	144,21	144,21
LAPB451	Dégagement et activation d'1 implant intraosseux intrabuCCAUX, chez l'enfant	1	0	94,05	94,05	94,05	94,05	94,05
LAPB311	Dégagement et activation de 2 implants intraosseux intrabuCCAUX, chez l'enfant	1	0	163,02	163,02	163,02	163,02	163,02
LAPB459	Dégagement et activation de 3 implants intraosseux intrabuCCAUX, chez l'enfant	1	0	231,99	231,99	231,99	231,99	231,99
LAPB408	Dégagement et activation de 4 implants intraosseux intrabuCCAUX, chez l'enfant	1	0	300,96	300,96	300,96	300,96	300,96
LAPB002	Dégagement et activation d'1 implant intraosseux intrabuCCAUX, chez l'adulte	1	0	87,78	87,78	87,78	87,78	87,78
LAPB004	Dégagement et activation de 2 implants intraosseux intrabuCCAUX, chez l'adulte	1	0	154,66	154,66	154,66	154,66	154,66
LAPB003	Dégagement et activation de 3 implants intraosseux intrabuCCAUX, chez l'adulte	1	0	221,54	221,54	221,54	221,54	221,54
LAPB001	Dégagement et activation de 4 implants intraosseux intrabuCCAUX, chez l'adulte	1	0	288,42	288,42	288,42	288,42	288,42
LAPB005	Dégagement et activation de 5 implants intraosseux intrabuCCAUX, chez l'adulte	1	0	355,30	355,30	355,30	355,30	355,30

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LAPB006	Dégagement et activation de 6 implants intraosseux intrabuCCAUX, chez l'adulte	1	0	422,18	422,18	422,18	422,18	422,18
LAPB007	Dégagement et activation de 7 implants intraosseux intra buCCAUX, chez l'adulte	1	0	489,06	489,06	489,06	489,06	489,06
LAPB047	Dégagement et activation de 8 implants intraosseux intrabuCCAUX, chez l'adulte	1	0	555,94	555,94	555,94	555,94	555,94
LAPB030	Dégagement et activation de 9 implants intraosseux intrabuCCAUX, chez l'adulte	1	0	622,82	622,82	622,82	622,82	622,82
LAPB122	Dégagement et activation de 10 implants intraosseux intrabuCCAUX, chez l'adulte	1	0	689,70	689,70	689,70	689,70	689,70
LBGA280	Ablation d'1 implant intraosseux intrabuCCAUX avec résection osseuse, chez l'enfant	1	0	87,78	87,78	87,78	87,78	87,78
LBGA441	Ablation de 2 implants intraosseux intrabuCCAUX avec résection osseuse, chez l'enfant	1	0	106,59	106,59	106,59	106,59	106,59
LBGA354	Ablation de 3 implants intraosseux intrabuCCAUX avec résection osseuse, chez l'enfant	1	0	125,40	125,40	125,40	125,40	125,40
LBGA049	Ablation de 4 implants intraosseux intrabuCCAUX avec résection osseuse, chez l'enfant	1	0	144,21	144,21	144,21	144,21	144,21
LBGA004	Ablation d'1 implant intraosseux intrabuCCAUX avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	71,06	71,06	71,06	71,06	71,06
LBGA003	Ablation de 2 implants intraosseux intrabuCCAUX avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	85,69	85,69	85,69	85,69	85,69
LBGA002	Ablation de 3 implants intraosseux intrabuCCAUX avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	100,32	100,32	100,32	100,32	100,32
LBGA002	Ablation de 3 implants intraosseux intrabuCCAUX avec résection osseuse, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
LBGA006	Ablation de 4 implants intraosseux intrabuCCAUX avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	114,95	114,95	114,95	114,95	114,95
LBGA006	Ablation de 4 implants intraosseux intrabuCCAUX avec résection osseuse, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
LBGA007	Ablation de 5 implants intraosseux intrabuCCAUX avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	129,58	129,58	129,58	129,58	129,58
LBGA007	Ablation de 5 implants intraosseux intrabuCCAUX avec résection osseuse, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
LBGA008	Ablation de 6 implants intraosseux intrabuCCAUX avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	144,21	144,21	144,21	144,21	144,21
LBGA008	Ablation de 6 implants intraosseux intrabuCCAUX avec résection osseuse, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
LBGA009	Ablation de 7 implants intraosseux intrabuCCAUX avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	158,84	158,84	158,84	158,84	158,84
LBGA009	Ablation de 7 implants intraosseux intrabuCCAUX avec résection osseuse, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
LBGA139	Ablation de 8 implants intraosseux intrabuCCAUX avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	173,47	173,47	173,47	173,47	173,47
LBGA139	Ablation de 8 implants intraosseux intrabuCCAUX avec résection osseuse, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
LBGA052	Ablation de 9 implants intraosseux intrabucaux avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	188,10	188,10	188,10	188,10	188,10
LBGA052	Ablation de 9 implants intraosseux intrabucaux avec résection osseuse, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
LBGA168	Ablation de 10 implants intraosseux intrabucaux avec résection osseuse, chez l'adulte	1	0	202,73	202,73	202,73	202,73	202,73
LBGA168	Ablation de 10 implants intraosseux intrabucaux avec résection osseuse, chez l'adulte	4	0	57,51	57,51	57,51	57,51	57,51
HBLD057	Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire, pour 1 arcade	1	0	140,16	140,16	140,16	140,16	140,16
HBLD078	Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire pour 2 arcades	1	0	264,96	264,96	264,96	264,96	264,96
HBLD056	Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire, pour 1 arcade	1	0	94,08	94,08	94,08	94,08	94,08
HBLD084	Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire pour 2 arcades	1	0	174,72	174,72	174,72	174,72	174,72
HBMF001	Transformation d'un guide radiologique préimplantaire en guide chirurgical	1	0	30,72	30,72	30,72	30,72	30,72
LBLD014	Pose d'une orthèse métallique recouvrant totalement ou partiellement une arcade dentaire	1	0	172,80	172,80	172,80	172,80	172,80
LBLD003	Pose d'une gouttière maxillaire ou mandibulaire pour hémostase ou portetopique	1	0	86,40	86,40	86,40	86,40	86,40
LBLD006	Pose de gouttières maxillaire et mandibulaire pour hémostase ou portetopique	1	0	172,80	172,80	172,80	172,80	172,80
LBLD017	Pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire	1	0	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00
HBQK040	Radiographies intra-buccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique	1	0	11,97	11,97	11,97	11,97	11,97
HBQK303	Radiographies intra-buccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale pour acte thérapeutique endodontique	1	0	15,96	15,96	15,96	15,96	15,96
HBQK061	Radiographie intra-buccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües, finale pour acte thérapeutique endodontique ou perinterventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique	1	0	3,99	3,99	3,99	3,99	3,99
HBMF490	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [2e élément métallique intermédiaire de bridge]	1	0	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
HBMF342	Adjonction d'un 2e élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale [3e élément métallique intermédiaire de bridge]	1	0	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
HBMF082	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire métallique supplémentaire, au-delà du 3e	1	0	10,75	10,75	10,75	10,75	10,75
HBMF479	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [2e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]	1	0	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
HBMD433	Adjonction d'un 2e élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [3e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]	1	0	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
HBMD072	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux supplémentaire, au-delà du 3e	1	0	10,75	10,75	10,75	10,75	10,75
HBMD776	Adjonction d'un élément en extension métallique, autre qu'une canine, à une prothèse plurale fixée [bridge] comportant au moins 2 piliers d'ancrage et 1 élément intermédiaire Conditions de réalisation : la largeur de l'extension ne doit pas dépasser celle d'une prémolaire	1	0	10,75	10,75	10,75	10,75	10,75
HBMD689	Adjonction d'1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux, autre qu'une canine, à une prothèse plurale fixée [bridge] comportant au moins 2 piliers d'ancrage et un élément intermédiaire Conditions de réalisation : la largeur de l'extension ne doit pas dépasser celle d'une prémolaire	1	0	10,75	10,75	10,75	10,75	10,75
HBMD081	Adjonction d'un pilier d'ancrage métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]	1	0	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50
HBMD087	Adjonction d'un pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]	1	0	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50
YYYY176	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	1	0	21,50	21,50	21,50	21,50	21,50
YYYY275	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	1	0	43,00	43,00	43,00	43,00	43,00
YYYY246	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	1	0	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50
YYYY478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	1	0	86,00	86,00	86,00	86,00	86,00
YYYY426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	1	0	107,50	107,50	107,50	107,50	107,50
YYYY389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	1	0	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	32,25	32,25	32,25	32,25	32,25
YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	96,75	96,75	96,75	96,75	96,75
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	129,00	129,00	129,00	129,00	129,00
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	161,25	161,25	161,25	161,25	161,25
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	193,50	193,50	193,50	193,50	193,50
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	225,75	225,75	225,75	225,75	225,75
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	258,00	258,00	258,00	258,00	258,00

Codes (*)	Libellés (*)	Activité	Phase	Tarifs applicables du 1.04.2019 au 31.12.2019	Tarifs applicables du 1.01.2020 au 31.12.2020	Tarifs applicables du 1.01.2021 au 31.12.2021	Tarifs applicables du 1.01.2022 au 31.12.2022	Tarifs applicables du 1.01.2023 au 31.12.2023
				(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	290,25	290,25	290,25	290,25	290,25
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	322,50	322,50	322,50	322,50	322,50
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	354,75	354,75	354,75	354,75	354,75
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	387,00	387,00	387,00	387,00	387,00
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	419,25	419,25	419,25	419,25	419,25
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	1	0	451,50	451,50	451,50	451,50	451,50
YYYY465	Supplément pour examen spécifique préalable et postérieur à l'acte de pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire dans le traitement du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil	1	0	70,00	70,00	70,00	70,00	70,00
YYYY183	Supplément pour actes bucco-dentaires pour un patient en situation de handicap Avec ou sans : sédation consciente Avec ou sans : utilisation du MEOPA	1	0	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
YYYY614	Supplément pour soins chirurgicaux dentaires pour un patient en ALD et traité par anticoagulants oraux directs [AOD] ou par antivitamine K [AVK]	1	0	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00

<p>Modificateur</p> <p>N</p>	<p>Majoration pour réalisation d'un acte de restauration des tissus durs de la dent et/ou d'endodontie sur des dents permanentes chez un enfant de moins de 13 ans</p>			<p>15,7%</p>	<p>15,7%</p>	<p>15,7%</p>	<p>15,7%</p>	<p>15,7%</p>
-------------------------------------	--	--	--	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

(a) Les tarifs des actes HBQK002 et LAQK027 sont applicables depuis le 1^{er} septembre 2018.

(***) Sous réserve de l'avis de la HAS et de son inscription préalable à la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par décision UNCAM.

- (1) Tarifs applicables du 1^{er} avril 2019 au 31 décembre 2019.
- (2) Tarifs applicables du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020.
- (3) Tarifs applicables du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021.
- (4) Tarifs applicables du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022.
- (5) Tarifs applicables du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023.

Il est créé une ANNEXE 26 bis B rédigée comme suit nb:

« ANNEXE 26 BIS B

« HONORAIRES LIMITES DE FACTURATION
DES ACTES POUVANT FAIRE L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE

Codes	Libellés	Honoraires limites de facturation				
		du 1.04.2019 au 31.12.2019	du 1.01.2020 au 31.12.2020	du 1.01.2021 au 31.12.2021	du 1.01.2022 au 31.12.2022	au 1.01.2023
HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux	PdP	PdP	350	350	350
HBMD460	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD090	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés sans « reste à charge » Avec ou sans clavette A l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042) Facturation pour : - couronnes en alliage non précieux toutes localisations (HBLD038), - couronnes céramométalliques sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634), - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350) - couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) incisives, canines et premières prémolaires (HBLD680) - bridge de base tout métallique (HBLD033) - bridge de base céramométallique pour le remplacement d'une incisive (HBLD785) Prise en charge limitée à l'infrastructure coronaradiculaire métallique coulée	230	175	175	175	175
HBLD745	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés à « entente directe limitée » Avec ou sans clavette A l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042) Facturation pour : - couronnes céramométalliques sur deuxièmes prémolaires (HBLD491), - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) sur molaires (HBLD073), - couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) sur deuxièmes prémolaires et molaires (HBLD158) - bridges de base HBLD040, HBLD043, HBLD227 Prise en charge limitée à l'infrastructure coronaradiculaire métallique coulée	230	175	175	175	175
HBLD245	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés à « tarif libre » Avec ou sans clavette A l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042) Facturation pour : - couronnes céramométalliques sur molaires (HBLD734) - couronnes céramocéramiques (HBLD403) - couronnes alliages précieux (HBLD318) - bridges de base tout céramique (HBLD425) - bridges de base en alliage précieux (HBLD178) - adjonction de piliers d'ancrage à un bridge de base (HBMD081, HBMD087) Prise en charge limitée à l'infrastructure coronaradiculaire métallique coulée	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD490	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée « sans reste à charge » Facturation pour : - couronnes en alliage non précieux toutes localisations (HBLD038), - couronnes céramométalliques sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634), - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350) - couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) incisives, canines et premières prémolaires (HBLD680) Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive	60	60	60	60	60

Codes	Libellés	Honoraires limites de facturation				
		du 1.04.2019 au 31.12.2019	du 1.01.2020 au 31.12.2020	du 1.01.2021 au 31.12.2021	du 1.01.2022 au 31.12.2022	au 1.01.2023
HBLD724	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée «à entente directe limitée» Facturation pour : - couronnes céramométalliques sur deuxièmes prémolaires (HBLD491), - couronnes céramiques monolithiques (zircone) sur molaires (HBLD073), - couronnes céramiques monolithiques (hors zircone) sur deuxièmes prémolaires et molaires (HBLD158) Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive Facturable pour la pose d'une couronne transitoire non suivie d'une couronne définitive dans les 6 mois	60	60	60	60	60
HBLD486	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée «à tarif libre» Facturation pour : - couronnes céramométalliques sur molaires (HBLD734) - couronnes céramocéramiques (HBLD403) - couronnes en alliage précieux(HBLD318) Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux	320	290	290	290	290
HBLD634	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une incisive, une canine ou une première prémolaire	530	500	500	500	500
HBLD491	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une deuxième prémolaire	PdP	550	550	550	550
HBLD734	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une molaire	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD350	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (zircone) sur une dent autre qu'une molaire	480	440	440	440	440
HBLD073	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (zircone) sur une molaire	PdP	440	440	440	440
HBLD680	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur incisives, canines et premières prémolaires	530	500	500	500	500
HBLD158	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur deuxièmes prémolaires et molaires	PdP	550	550	550	550
HBLD403	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramocéramique	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD318	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage précieux	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD418	Pose d'une couronne dentaire implantoportée	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD132	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque résine comportant moins de 9 dents	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD492	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque base résine, comportant de 9 à 13 dents	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD118	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à plaque base résine	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD199	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à plaque base résine	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD240	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à châssis métallique comportant moins de 9 dents	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD236	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à châssis métallique comportant de 9 à 13 dents	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD217	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à châssis métallique	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP

Codes	Libellés	Honoraires limites de facturation				
		du 1.04.2019 au 31.12.2019	du 1.01.2020 au 31.12.2020	du 1.01.2021 au 31.12.2021	du 1.01.2022 au 31.12.2022	au 1.01.2023
HBLD171	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à châssis métallique	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD364	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents	PdP	PdP	275	275	275
HBLD476	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 4 dents	PdP	PdP	310	310	310
HBLD224	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 5 dents	PdP	PdP	368	368	368
HBLD371	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 6 dents	PdP	PdP	400	400	400
HBLD123	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents	PdP	PdP	450	450	450
HBLD270	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 8 dents	PdP	PdP	450	450	450
HBLD148	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 9 dents	PdP	PdP	450	450	450
HBLD231	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 10 dents	PdP	PdP	450	450	450
HBLD215	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 11 dents	PdP	PdP	490	490	490
HBLD262	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 12 dents	PdP	PdP	500	500	500
HBLD232	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 13 dents	PdP	PdP	500	500	500
HBLD032	Pose d'une prothèse amovible de transition unimaxillaire complète à plaque base résine	PdP	PdP	520	520	520
HBLD259	Pose d'une prothèse amovible de transition bimaxillaire complète à plaque base résine	PdP	PdP	1170	1170	1170
HBLD101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents	PdP	PdP	680	680	680
HBLD138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents	PdP	PdP	720	720	720
HBLD083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents	PdP	PdP	765	765	765
HBLD370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents	PdP	PdP	800	800	800
HBLD349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents	PdP	PdP	850	850	850
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	PdP	PdP	1100	1100	1100
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	PdP	PdP	2300	2300	2300
HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents	PdP	PdP	PdP	1100	1100
HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents	PdP	PdP	PdP	1200	1200
HBLD452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents	PdP	PdP	PdP	1240	1240
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents	PdP	PdP	PdP	1281	1281

Codes	Libellés	Honoraires limites de facturation				
		du 1.04.2019 au 31.12.2019	du 1.01.2020 au 31.12.2020	du 1.01.2021 au 31.12.2021	du 1.01.2022 au 31.12.2022	au 1.01.2023
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents	PdP	PdP	PdP	1315	1315
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents	PdP	PdP	PdP	1365	1365
HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents	PdP	PdP	PdP	1400	1400
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents	PdP	PdP	PdP	1430	1430
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents	PdP	PdP	PdP	1450	1450
HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents	PdP	PdP	PdP	1500	1500
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents	PdP	PdP	PdP	1520	1520
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	PdP	PdP	PdP	1600	1600
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	PdP	PdP	PdP	3600	3600
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	PdP	PdP	PdP	2800	2800
HBLD030	Pose d'une prothèse dentaire complète transvissée implantoportée	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique, et 1 élément intermédiaire métallique	PdP	PdP	1170	1170	1170
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique, et 1 élément intermédiaire céramométallique	PdP	PdP	1635	1635	1635
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	870	870	870	870	870
HBLD785	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive	1465	1465	1465	1465	1465
HBLD227	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une dent autre qu'une incisive	PdP	PdP	1635	1635	1635
HBLD425	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramocéramiques et 1 élément intermédiaire céramocéramique	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD178	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage en alliage précieux et 1 élément intermédiaire en alliage précieux	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD088	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 2 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente Avec ou sans : appui sur la dent adjacente à l'extension Facturation : la prise en charge du pilier d'ancrage est limitée aux incisives centrales maxillaires et aux canines ou à la 1ère prémolaire en l'absence de canines	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP

Codes	Libellés	Honoraires limites de facturation				
		du 1.04.2019 au 31.12.2019	du 1.01.2020 au 31.12.2020	du 1.01.2021 au 31.12.2021	du 1.01.2022 au 31.12.2022	au 1.01.2023
HBLD750	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire Avec ou sans : appui sur la dent adjacente à l'extension	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD411	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage métallique et 1 élément en extension métallique [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire Avec ou sans : appui sur la dent adjacente à l'extension	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD321	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire Avec ou sans : appui sur la dent adjacente à l'extension	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD465	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage métallique et 1 élément en extension céramo métallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire Avec ou sans : appui sur la dent adjacente à l'extension	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD466	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux, pour le remplacement d'une incisive permanente	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD414	Pose d'une prothèse plurale collé [Bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux, pour le remplacement d'une prémolaire ou d'une molaire permanente	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD179	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire métallique, pour le remplacement d'une prémolaire ou d'une molaire permanente	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD453	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 2 éléments intermédiaires céramométalliques ou en équivalents minéraux, pour le remplacement de 2 incisives mandibulaires permanentes	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBLD093	Pose d'une prothèse plurale en extension, collée comportant 1 ancrage coronaire partiel et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever collé], pour le remplacement d'une incisive permanente l'élément d'ancrage coronaire partiel ne peut pas être une incisive latérale maxillaire	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBMD017	Adjonction ou changement d'1 élément d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	85	85	85
HBMD114	Adjonction ou changement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	120	120	120
HBMD322	Adjonction ou changement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	150	150	150
HBMD404	Adjonction ou changement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	185	185	185
HBMD245	Adjonction ou changement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	215	215	215
HBMD198	Adjonction ou changement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	251	251	251

Codes	Libellés	Honoraires limites de facturation				
		du 1.04.2019 au 31.12.2019	du 1.01.2020 au 31.12.2020	du 1.01.2021 au 31.12.2021	du 1.01.2022 au 31.12.2022	au 1.01.2023
HBMD373	Adjonction ou changement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	287	287	287
HBMD228	Adjonction ou changement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	324	324	324
HBMD286	Adjonction ou changement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	360	360	360
HBMD329	Adjonction ou changement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	400	400	400
HBMD226	Adjonction ou changement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	440	440	440
HBMD387	Adjonction ou changement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	480	480	480
HBMD134	Adjonction ou changement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	520	520	520
HBMD174	Adjonction ou changement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	560	560	560
HBKD396	Changement d'1 facette d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	50	50	50
HBKD431	Changement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	80	80	80
HBKD300	Changement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	100	100	100
HBKD212	Changement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	130	130	130
HBKD462	Changement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	160	160	160
HBKD213	Changement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	190	190	190
HBKD140	Changement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	220	220	220
HBKD244	Changement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible	PdP	PdP	250	250	250
HBKD005	Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra implantaire	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBMD249	Adjonction ou changement d'1 élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	150	150
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	210	210
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	290	290
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	350	350
HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	417	417
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	456	456
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	500	500
HBMD444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	550	550
HBMD485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	600	600
HBMD410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	650	650
HBMD429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	700	700

Codes	Libellés	Honoraires limites de facturation				
		du 1.04.2019 au 31.12.2019	du 1.01.2020 au 31.12.2020	du 1.01.2021 au 31.12.2021	du 1.01.2022 au 31.12.2022	au 1.01.2023
HBMD281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	750	750
HBMD200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	800	800
HBMD298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	875	875
HBMD020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine sans renfort métallique, fêlée ou fracturée	PdP	PdP	80	80	80
HBMD356	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine avec renfort métallique, fêlée ou fracturée	PdP	PdP	85	85	85
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments	PdP	PdP	PdP	121	121
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'1 élément	PdP	PdP	PdP	145	145
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments	PdP	PdP	PdP	184	184
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments	PdP	PdP	PdP	225	225
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	PdP	PdP	PdP	250	250
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	PdP	PdP	PdP	280	280
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	PdP	PdP	PdP	300	300
HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	PdP	PdP	PdP	325	325
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments	PdP	PdP	PdP	350	350
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	PdP	PdP	PdP	375	375
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments	PdP	PdP	PdP	400	400
HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments	PdP	PdP	PdP	420	420
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	PdP	PdP	PdP	430	430
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	PdP	PdP	PdP	440	440
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	PdP	PdP	PdP	450	450
HBMD019	Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBGD011	Ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radiculaire scellé	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
LBLD017	Pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire	280	280	280	280	280
HBMD490	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [2e élément métallique intermédiaire de bridge]	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBMD342	Adjonction d'un 2e élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale [3e élément métallique intermédiaire de bridge]	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP

Codes	Libellés	Honoraires limites de facturation				
		du 1.04.2019 au 31.12.2019	du 1.01.2020 au 31.12.2020	du 1.01.2021 au 31.12.2021	du 1.01.2022 au 31.12.2022	au 1.01.2023
HBMD082	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire métallique supplémentaire, au-delà du 3e	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBMD479	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [2e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBMD433	Adjonction d'un 2e élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [3e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBMD072	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux supplémentaire, au-delà du 3e	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBMD081	Adjonction d'un pilier d'ancrage métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBMD087	Adjonction d'un pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBMD776	Adjonction d'un élément en extension métallique, autre qu'une canine, à une prothèse plurale fixée [bridge] comportant au moins 2 piliers d'ancrage et 1 élément intermédiaire Conditions de réalisation : la largeur de l'extension ne doit pas dépasser celle d'une prémolaire	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
HBMD689	Adjonction d'1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux, autre qu'une canine, à une prothèse plurale fixée [bridge] comportant au moins 2 piliers d'ancrage et un élément intermédiaire Conditions de réalisation : la largeur de l'extension ne doit pas dépasser celle d'une prémolaire	PdP	PdP	PdP	PdP	PdP
YYYY176	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	PdP	PdP	60	60	60
YYYY275	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	PdP	PdP	100	100	100
YYYY246	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	PdP	PdP	140	140	140
YYYY478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	PdP	PdP	170	170	170
YYYY426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	PdP	PdP	194	194	194
YYYY389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	PdP	PdP	210	210	210
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	100	100
YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	200	200
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	300	300
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	392	392
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	470	470
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	540	540
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	635	635

Codes	Libellés	Honoraires limites de facturation				
		du 1.04.2019 au 31.12.2019	du 1.01.2020 au 31.12.2020	du 1.01.2021 au 31.12.2021	du 1.01.2022 au 31.12.2022	au 1.01.2023
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	702	702
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	750	750
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	810	810
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	840	840
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	860	860
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	880	880
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	PdP	PdP	PdP	900	900

(*) PDP = Pas de plafonnement ».

Il est créé une Annexe 26 *quater* rédigée comme suit :

« ANNEXE 26 *QUATER*

« RÉPARTITION DES ACTES AVEC DÉPASSEMENTS ENTRE LES ACTES SANS RESTE À CHARGE, LES ACTES POUR LESQUELS L'ENTENTE DIRECTE SERAIT LIMITÉE ET LES ACTES POUR LESQUELS L'ENTENTE DIRECTE RESTE LIBRE

Liste des actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge (« Reste à Charge 0 ») :

Codes CCAM	Libellés CCAM
HBLD090	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés sans « reste à charge » Avec ou sans clavette A l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042) Facturation pour : - couronnes en alliage non précieux toutes localisations (HBLD038), - couronnes céramométalliques sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634), - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350) - couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) incisives, canines et premières prémolaires (HBLD680) - bridge de base tout métallique (HBLD033) - bridge de base céramométallique pour le remplacement d'une incisive (HBLD785) Prise en charge limitée à l'infrastructure coronaradiculaire métallique coulée
HBLD490	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée « sans reste à charge » Facturation - couronnes céramométalliques sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634), pour : - couronnes en alliage non précieux toutes localisations (HBLD038), - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350) - couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) incisives, canines et premières prémolaires (HBLD680) Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux
HBLD634	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une incisive, une canine ou une première prémolaire
HBLD350	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (zircone) sur une dent autre qu'une molaire
HBLD680	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur incisives, canines et premières prémolaires
HBLD364	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents
HBLD476	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 4 dents
HBLD224	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 5 dents
HBLD371	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 6 dents
HBLD123	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents

Codes CCAM	Libellés CCAM
HBLD270	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 8 dents
HBLD148	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 9 dents
HBLD231	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 10 dents
HBLD215	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 11 dents
HBLD262	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 12 dents
HBLD232	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 13 dents
HBLD032	Pose d'une prothèse amovible de transition unimaxillaire complète à plaque base résine
HBLD259	Pose d'une prothèse amovible de transition bimaxillaire complète à plaque base résine
HBLD101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents
HBLD138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents
HBLD083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents
HBLD370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents
HBLD349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine

Codes CCAM	Libellés CCAM
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique
HBLD785	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive
HBMD017	Adjonction ou changement d'1 élément d'une prothèse dentaire amovible
HBMD114	Adjonction ou changement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD322	Adjonction ou changement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD404	Adjonction ou changement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD245	Adjonction ou changement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD198	Adjonction ou changement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD373	Adjonction ou changement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD228	Adjonction ou changement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD286	Adjonction ou changement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD329	Adjonction ou changement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD226	Adjonction ou changement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD387	Adjonction ou changement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD134	Adjonction ou changement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBMD174	Adjonction ou changement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible
HBKD396	Changement d'1 facette d'une prothèse dentaire amovible
HBKD431	Changement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible
HBKD300	Changement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible
HBKD212	Changement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible
HBKD462	Changement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible

Codes CCAM	Libellés CCAM
HBKD213	Changement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible
HBKD140	Changement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible

Codes CCAM	Libellés CCAM
HBKD244	Changement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible
HBMD020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine sans renfort métallique, fêlée ou fracturée
HBMD356	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine avec renfort métallique, fêlée ou fracturée
YYYY176	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine
YYYY275	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine
YYYY246	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine
YYYY478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine
YYYY426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine
YYYY389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine

Liste des actes pour lesquels l'entente directe est limitée (panier de soins à reste à charge dits « modérés »):

Codes	Libellés
HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux
HBLD745	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés à « entente directe limitée » Avec ou sans clavette À l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042) Facturation pour : - couronnes céramométalliques sur deuxièmes prémolaires (HBLD491), - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) sur molaires (HBLD073), - couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) sur deuxièmes prémolaires et molaires (HBLD158) - bridges de base HBLD040, HBLD043, HBLD227 Prise en charge limitée à l'infrastructure coronoradiculaire métallique coulée
HBLD724	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée «à entente directe limitée» Facturation pour : - couronnes céramométalliques sur deuxièmes prémolaires (HBLD491), - couronnes céramiques monolithiques (zircone) sur molaires (HBLD073), - couronnes céramiques monolithiques (hors zircone) sur deuxièmes prémolaires et molaires (HBLD158) Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive Facturable pour la pose d'une couronne transitoire non suivie d'une couronne définitive dans les 6 mois
HBLD491	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une deuxième prémolaire
HBLD073	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (zircone) sur une molaire
HBLD158	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur deuxièmes prémolaires et molaires
HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents
HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents
HBLD452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents
HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents
HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique

Codes	Libellés
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique, et 1 élément intermédiaire métallique
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique, et 1 élément intermédiaire céramométallique
HBLD227	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une dent autre qu'une incisive
HBMD249	Adjonction ou changement d'1 élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'1 élément
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments
HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments
HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments
LBLD017	Pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique

Codes	Libellés
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique

Liste des actes pour lesquels l'entente directe reste libre :

Codes	Libellés
HBMD460	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux
HBLD245	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés à « tarif libre » Avec ou sans clavette À l'exclusion de: restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042 Facturation pour: - couronnes céramométalliques sur molaires (HBLD734) - couronnes céramocéramiques (HBLD403) - couronnes alliages précieux (HBLD318) - bridges de base tout céramique (HBLD425) - bridges de base en alliage précieux (HBLD178) - adjonction de piliers d'ancrage à un bridge de base (HBMD081, HBMD087) Prise en charge limitée à l'infrastructure coronaradiculaire métallique coulée
HBLD486	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée «à tarif libre» Facturation pour: - couronnes céramométalliques sur molaires (HBLD734) - couronnes céramocéramiques (HBLD403) - couronnes en alliage précieux(HBLD318) Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive
HBLD734	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une molaire
HBLD403	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramocéramique
HBLD318	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage précieux
HBLD418	Pose d'une couronne dentaire implantoportée
HBLD132	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque résine comportant moins de 9 dents
HBLD492	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque base résine, comportant de 9 à 13 dents
HBLD118	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à plaque base résine
HBLD199	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à plaque base résine
HBLD240	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à châssis métallique comportant moins de 9 dents
HBLD236	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à châssis métallique comportant de 9 à 13 dents
HBLD217	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à châssis métallique
HBLD171	Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à châssis métallique
HBLD030	Pose d'une prothèse dentaire complète transvissée implantoportée
HBLD425	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramocéramiques et 1 élément intermédiaire céramocéramique
HBLD178	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage en alliage précieux et 1 élément intermédiaire en alliage précieux
HBLD088	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 2 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente Avec ou sans: appui sur la dent adjacente à l'extension Facturation: la prise en charge du pilier d'ancrage est limitée aux incisives centrales maxillaires et aux canines ou à la 1ère prémolaire en l'absence de canines
HBLD750	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire Avec ou sans: appui sur la dent adjacente à l'extension
HBLD411	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage métallique et 1 élément en extension métallique[bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire Avec ou sans: appui sur la dent adjacente à l'extension

Codes	Libellés
HBLD321	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire Avec ou sans : appui sur la dent adjacente à l'extension
HBLD465	Pose d'une prothèse plurale en extension comportant 2 piliers d'ancrage métallique et 1 élément en extension céramo métallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever 3 éléments], pour le remplacement d'une incisive permanente ou d'une prémolaire Avec ou sans : appui sur la dent adjacente à l'extension
HBLD466	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux, pour le remplacement d'une incisive permanente
HBLD414	Pose d'une prothèse plurale collé [Bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux, pour le remplacement d'une prémolaire ou d'une molaire permanente
HBLD179	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 1 élément intermédiaire métallique, pour le remplacement d'une prémolaire ou d'une molaire permanente
HBLD453	Pose d'une prothèse plurale collée [bridge collé] comportant 2 ancrages coronaires partiels ou plus et 2 éléments intermédiaires céramométalliques ou en équivalents minéraux, pour le remplacement de 2 incisives mandibulaires permanentes
HBLD093	Pose d'une prothèse plurale en extension, collée comportant 1 ancrage coronaire partiel et 1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux [bridge cantilever collé], pour le remplacement d'une incisive permanente l'élément d'ancrage coronaire partiel ne peut pas être une incisive latérale maxillaire
HBKD005	Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra implantaire
HBMD019	Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire
HBGD011	Ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radulaire scellé
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire
HBMD490	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [2e élément métallique intermédiaire de bridge]
HBMD342	Adjonction d'un 2e élément intermédiaire métallique à une prothèse dentaire plurale [3e élément métallique intermédiaire de bridge]
HBMD082	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire métallique supplémentaire, au-delà du 3e
HBMD479	Adjonction d'un 1er élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [2e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]
HBMD433	Adjonction d'un 2e élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [3e élément céramométallique ou en équivalents minéraux intermédiaire de bridge]
HBMD072	Adjonction à une prothèse dentaire plurale fixée d'un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux supplémentaire, au-delà du 3e
HBMD081	Adjonction d'un pilier d'ancrage métallique à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]
HBMD087	Adjonction d'un pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux à une prothèse dentaire plurale fixée [pilier de bridge]
HBMD776	Adjonction d'un élément en extension métallique, autre qu'une canine, à une prothèse plurale fixée [bridge] comportant au moins 2 piliers d'ancrage et 1 élément intermédiaire Conditions de réalisation : la largeur de l'extension ne doit pas dépasser celle d'une prémolaire
HBMD689	Adjonction d'1 élément en extension céramométallique ou en équivalents minéraux, autre qu'une canine, à une prothèse plurale fixée [bridge] comportant au moins 2 piliers d'ancrage et un élément intermédiaire Conditions de réalisation : la largeur de l'extension ne doit pas dépasser celle d'une prémolaire

».

L'annexe 27 est annulée et remplacée par une nouvelle annexe 27 rédigée comme suit :

« ANNEXE 27

« MONTANT MAXIMAL DES DÉPASSEMENTS APPLICABLES AUX BÉNÉFICIAIRES DU DROIT À LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ VISÉS À L'ARTICLE L. 861-1 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET AUX BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE AU PAIEMENT D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ VISÉ À L'ARTICLE L. 863-1 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE »

Applicable sous réserve des dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale
 Prothèses dentaires incluses dans le panier de soins CMU-C/ACS et montants maximaux pris en charge
 a) Ne concerne que la facturation aux patients CMU-C

Codes CCAM	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1) (a)	Montant maximum proposition (2)
	Restauration				
HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux	FDC	100	150	250
	Prothèses fixées				
HBLD490	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée « sans reste à charge » Facturation pour : - couronnes métalliques toutes localisations (HBLD038), - couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634), - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350) - couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) incisives, canines et premières prémolaires (HBLD680) Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive	FDC	10	30	40
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux	FDC	107,5	120	130
HBLD634	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une incisive, une canine ou une première prémolaire	FDC	107,5	120	310
HBLD350	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (zircone) sur une dent autre qu'une molaire	FDC	120	280	400
HBLD680	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone pour incisives, canines et premières prémolaires	FDC	120	310	430
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire ou plurale	FDC	38,7	1,5	40,2
HBLD090	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoporté sans « reste à charge » Avec ou sans clavette À l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042) Facturation pour : - couronnes métalliques toutes localisations (HBLD038), - couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634), - couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350) - couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) incisives, canines et premières prémolaires (HBLD680) - bridge de base tout métallique (HBLD033) - bridge de base céramométallique pour remplacement d'une incisive (HBLD785) Prise en charge limitée à l'infrastructure coronoradiculaire métallique coulée	FDC	90	40	130
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	FDC	279,5	470,73	750,23
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique, et 1 élément intermédiaire métallique - <i>Éléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires</i>	FDC	279,5	637	916,5

Codes CCAM	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1) (a)	Montant maximum proposition (2)
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique, et 1 élément intermédiaire céramométallique <i>- Eléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires</i>	FDC	279,5	803,28	1082,78
HBLD785	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive <i>- bridge de base avec piliers d'ancrage sur incisives ou canines uniquement</i>	FDC	279,5	956,26	1235,76
HBLD227	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une dent autre qu'une incisive <i>- Eléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires</i>	FDC	279,5	956,26	1235,76
	Prothèses amovibles				
HBLD364	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents	FDA	64,5	210,5	275
HBLD476	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 4 dents	FDA	75,25	234,75	310
HBLD224	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 5 dents	FDA	86	264	350
HBLD371	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 6 dents	FDA	96,75	253,25	350
HBLD123	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents	FDA	107,5	292,5	400
HBLD270	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 8 dents	FDA	118,25	281,75	400
HBLD148	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 9 dents	FDA	129	271	400
HBLD231	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 10 dents	FDA	139,75	280,25	420
HBLD215	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 11 dents	FDA	150,5	269,5	420
HBLD262	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 12 dents	FDA	161,25	258,75	420
HBLD232	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 13 dents	FDA	172	278	450
HBLD032	Pose d'une prothèse amovible de transition unimaxillaire complète à plaque base résine	FDA	182,75	317,25	500
HBLD259	Pose d'une prothèse amovible de transition bimaxillaire complète à plaque base résine	FDA	365,5	634,5	1000
HBLD101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents	FDA	129	351	480

Codes CCAM	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1) (a)	Montant maximum proposition (2)
HBLD138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents	FDA	139,75	340,25	480
HBLD083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents	FDA	150,5	419,5	570
HBLD370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents	FDA	161,25	408,75	570
HBLD349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents	FDA	172	398	570
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	FDA	182,75	545,25	728
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	FDA	365,5	1090,5	1456
HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents	FDA	193,5	362,5	556
HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents	FDA	204,25	510,75	715
HBLD452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents	FDA	215	500	715
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents	FDA	225,75	489,25	715
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents	FDA	236,5	513,5	750
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents	FDA	247,25	502,75	750
HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents	FDA	258	492	750
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents	FDA	268,75	481,25	750
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents	FDA	279,5	570,5	850
HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents	FDA	290,25	559,75	850
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents	FDA	301	549	850
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA	311,75	745,25	1057
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	FDA	623,5	1490,5	2114
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA	494,5	1290,5	1785
YYYY176	Supplément pour pose d'une dent contre-plaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	21,5	1,41	22,91
YYYY275	Supplément pour pose de 2 dents contre-plaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	43	2,82	45,82

Codes CCAM	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1) (a)	Montant maximum proposition (2)
YYYY246	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	64,5	4,22	68,72
YYYY478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	86	5,63	91,63
YYYY426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	107,5	7,04	114,54
YYYY389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	129	8,45	137,45
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	32,25	2,11	34,36
YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	64,5	4,22	68,72
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	96,75	6,34	103,09
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	129	8,45	137,45
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	161,25	10,56	171,81
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	193,5	12,67	206,17
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	225,75	14,79	240,54
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	258	16,9	274,9
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	290,25	19,01	309,26
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	322,5	21,12	343,62
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	354,75	23,24	377,99
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	387	25,35	412,35
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	419,25	27,46	446,71
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	451,5	29,57	481,07
HBMD020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine sans renfort métallique, fêlée ou fracturée	FDR	21,5	53,5	75

Codes CCAM	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1) (a)	Montant maximum proposition (2)
HBMD356	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine avec renfort métallique, fêlée ou fracturée	FDR	21,5	58,5	80
HBMD017	Adjonction ou remplacement d'un élément d'une prothèse dentaire amovible	FDR	21,5	63,5	85
HBMD114	Adjonction ou remplacement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	32,25	77,75	110
HBMD322	Adjonction ou remplacement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	43	97	140
HBMD404	Adjonction ou remplacement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	53,75	116,25	170
HBMD245	Adjonction ou remplacement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	64,5	135,5	200
HBMD198	Adjonction ou remplacement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	75,25	164,75	240
HBMD373	Adjonction ou remplacement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	86	194	280
HBMD228	Adjonction ou remplacement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	96,75	223,25	320
HBMD286	Adjonction ou remplacement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	107,5	252,5	360
HBMD329	Adjonction ou remplacement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	118,25	281,75	400
HBMD226	Adjonction ou remplacement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	129	311	440
HBMD387	Adjonction ou remplacement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	139,75	340,25	480
HBMD134	Adjonction ou remplacement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	150,5	369,5	520
HBMD174	Adjonction ou remplacement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	161,25	398,75	560
HBKD396	Changement d'1 facette d'une prothèse dentaire amovible	FDR	17,2	22,8	40
HBKD431	Changement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	34,4	35,6	70
HBKD300	Changement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	51,6	48,4	100
HBKD212	Changement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	68,8	61,2	130
HBKD462	Changement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	86	74	160
HBKD213	Changement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	103,2	86,8	190
HBKD140	Changement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	120,4	99,6	220
HBKD244	Changement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	137,6	112,4	250
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments	FDR	32,25	42,75	75
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'un élément	FDR	38,7	46,3	85

Codes CCAM	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1) (a)	Montant maximum proposition (2)
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments	FDR	45,15	49,85	95
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments	FDR	51,6	53,4	105
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	FDR	58,05	56,95	115
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	FDR	64,5	60,5	125
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	FDR	70,95	64,05	135
HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	FDR	77,4	67,6	145
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments	FDR	83,85	71,15	155
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	FDR	90,3	74,7	165
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments	FDR	96,75	78,25	175
HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments	FDR	103,2	81,8	185
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	FDR	109,65	85,35	195
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	FDR	116,1	88,9	205
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	FDR	122,55	92,45	215
HBMD249	Adjonction ou changement d'un élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	43	27	70
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	86	24	110
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	129	21	150
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	172	18	190
HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	215	15	230
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	258	12	270

Codes CCAM	Libellés	Codification (a)	Tarif de responsabilité (1)	Dépassement maximum autorisé en sus du tarif de responsabilité (2-1) (a)	Montant maximum proposition (2)
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	301	9	310
HBMD444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	344	6	350
HBMD485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	387	3	390
HBMD410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	430	0	430
HBMD429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	473	0	473
HBMD281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	516	0	516
HBMD200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	559	0	559
HBMD298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	602	0	602
Orthopédie dento-faciale					
	Traitement des dysmorphoses, par période de six mois, dans la limite de six périodes :				
	- sans multiattaches	FDO	193,50	139,50	333,00
	Traitement des dysmorphoses :				
	- avec multiattaches	FDO	193,50	270,50	464,00
	Séance de surveillance (au maximum deux par semestre)		10,75	0	10,75
	Contention après traitement orthodontique :				
	- 1re année		161,25	0	161,25
	- 2e année		107,50	0	107,50
	Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée		387,00	0	387,00
	Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre total ou à la division palatine :				
	- forfait annuel, par année		430,00	0	430,00
	- en période d'attente		129,00	0	129,00
	Traitement d'orthopédie dento-faciale avec multiattaches au-delà du seizième anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires pour une période de six mois non renouvelable,	FDO	193,50	187,62	381,12

Les dispositions de l'annexe 29 de la convention nationale sont supprimées et remplacées par une annexe 29 rédigée comme suit :

« ANNEXE 29

« LISTE DES SOINS CONSÉCUTIFS PRIS EN CHARGE AU TITRE DU DISPOSITIF D'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE DES JEUNES VISÉ À L'ARTICLE 21 DE LA CONVENTION NATIONALE

Chapitre et Codes	Libellés
07.01.04.01	Radiographie de la bouche
HBQK389	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües
HBQK191	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 2 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK331	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 3 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK443	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 4 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK428	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 5 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK480	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 6 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK430	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 7 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK142	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 8 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK046	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 9 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK065	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 10 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK424	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 11 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK476	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 12 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK093	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 13 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK041	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 14 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK002	Radiographie panoramique dentomaxillaire
HBQK001	Radiographie pelvibuccale [occlusale]
07.02.02.03	Réimplantation de dent et autogreffe de germe
HBED022	Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement
07.02.02.04	Prophylaxie buccodentaire
HBLD045	Application de vernis fluoré sur les 2 arcades dentaires
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent
HBBD006	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents
HBBD007	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents
HBBD004	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents
HBBD039	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents
HBBD404	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents
HBBD098	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents
HBBD427	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents
HBJD001	Détartrage et polissage des dents
HBFD010	Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage
07.02.02.05	Restauration des tissus durs de la dent
HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux
HBMD460	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux

Chapitre et Codes	Libellés
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD050	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD054	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD044	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD047	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD053	Restauration d'une dent d'un secteur prémololaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémololaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD038	Restauration d'une dent d'un secteur prémololaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD042	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire
07.02.02.06	Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent
HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire
HBFD017	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD019	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente
HBFD015	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD474	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire
HBFD458	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature
HBFD395	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature
HBFD326	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature
HBFD001	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD297	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire
HBFD003	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD024	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente
07.02.02.08	Autres actes thérapeutiques sur la racine de la dent
HBBD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification
HBBD234	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD001	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification
07.02.02.10	Avulsion de dents temporaires
HBGD035	Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade
HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade
HBGD309	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade
HBGD284	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade
HBGD065	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade
HBGD462	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD464	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade
HBGD263	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade
HBGD280	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade
HBGD093	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade
HBGD362	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade
HBGD054	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade
HBGD111	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade
HBGD174	Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade
HBGD057	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade
HBGD133	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade
HBGD123	Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade
HBGD468	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade
HBGD282	Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade
HBGD201	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade
HBGD042	Avulsion d'1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse
HBGD026	Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses
07.02.02.11	Avulsion de dents permanentes
HBGD036	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD043	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD319	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD489	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD497	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD106	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD076	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD422	Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD420	Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD064	Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD356	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD146	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD382	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD247	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD197	Avulsion de 15 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD333	Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD261	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD499	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD461	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD278	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD258	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD311	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD235	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD374	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD475	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD285	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD338	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD193	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD345	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD414	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD245	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD283	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD022	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie
HBGD034	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD287	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD078	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD060	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD312	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD142	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD231	Avulsion de 8 dents à 10 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD349	Avulsion de 11 dents à 13 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD067	Avulsion de 14 dents à 16 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD418	Avulsion de 17 dents à 19 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD441	Avulsion de 20 dents à 22 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD105	Avulsion de 23 dents à 25 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD191	Avulsion de 26 dents à 28 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD262	Avulsion de 29 dents à 32 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD031	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines
HBGD032	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD415	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD169	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
07.02.02.12	Autres avulsions de dents ou racines
HBGD039	Avulsion d'1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD002	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD453	Avulsion de 3 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD218	Avulsion de 4 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD480	Avulsion de 5 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD206	Avulsion de 6 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD396	Avulsion de 7 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD113	Avulsion de 8 dents à 10 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD438	Avulsion de 11 dents à 13 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD122	Avulsion de 14 dents à 16 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD028	Avulsion d'une incisive permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD126	Avulsion de 2 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD062	Avulsion de 3 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD430	Avulsion de 4 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD372	Avulsion de 5 à 6 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD148	Avulsion de 7 à 8 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD014	Avulsion d'une canine permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD015	Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD145	Avulsion de 3 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD416	Avulsion de 4 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD459	Avulsion d'une prémolaire retenue ou à l'état de germe
HBGD386	Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD279	Avulsion de 3 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD199	Avulsion de 4 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD385	Avulsion de 5 à 6 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD359	Avulsion de 7 à 8 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD047	Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD492	Avulsion de 2 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD316	Avulsion de 3 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD117	Avulsion de 4 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD181	Avulsion de 5 à 6 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD210	Avulsion de 7 à 8 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD018	Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe
HBGD004	Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe
HBGD025	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD021	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD044	Avulsion d'une dent à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD322	Avulsion de 2 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD160	Avulsion de 3 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD403	Avulsion de 4 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD300	Avulsion d'une dent en désinclusion avec couronne sous muqueuse en position palatine ou linguale
HBGD358	Avulsion de 2 dents en désinclusion avec couronnes sous muqueuses en position palatine et/ou linguale
HBGD003	Avulsion d'un odontoïde inclus ou d'une dent surnuméraire à l'état de germe
HBGD402	Avulsion de 2 odontoïdes inclus ou de 2 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD281	Avulsion de 3 odontoïdes inclus ou de 3 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD171	Avulsion de 4 odontoïdes inclus ou de 4 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD016	Avulsion d'une racine incluse

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD466	Avulsion de 2 racines incluses
HBGD299	Avulsion de 3 racines incluses
HBGD102	Avulsion de 4 racines incluses
HBGD159	Avulsion de 5 racines incluses
HBGD465	Avulsion de 6 racines incluses
HBGD017	Avulsion d'une dent ectopique
HBGD190	Avulsion de 2 dents ectopiques
HBGD397	Avulsion de 3 dents ectopiques
HBGD080	Avulsion de 4 dents ectopiques
07.02.05.01	Curetage périapical dentaire
HBGB005	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée
HBGB003	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine
HBGB002	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire
HBGB004	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire
07.02.05.02	Actes thérapeutiques sur le parodonte par soustraction
HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents
18.02.07.01	Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif
HBQK040	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK303	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK061	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües, perinterventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique

».

Une annexe 30 est créée et définie comme suit :

« ANNEXE 30

« LISTE DES ACTES CCAM POUR LESQUELS LE SUPPLÉMENT YYYY614 DE LA CCAM (YYYY614: SUPPLÉMENT POUR SOINS CHIRURGICAUX DENTAIRE POUR UN PATIENT EN ALD ET TRAITÉ PAR ANTICOAGULANTS ORAUX DIRECTS [AOD] OU PAR ANTIVITAMINE K [AVK]) EST APPLICABLE

Liste des actes concernés par le supplément :	
YYYY614: Supplément pour soins chirurgicaux dentaires pour un patient	
en ALD et traité par anticoagulants oraux directs [AOD] ou par antivitamine K [AVK]	

Codes	Libellés
HBED001	Réimplantation d'1 dent permanente expulsée
HBED003	Réimplantation de 2 dents permanentes expulsées
HBED021	Réimplantation de 3 dents permanentes expulsées, ou plus
HBED009	Réduction de fracture alvéolaire en denture permanente
HBED001	Réimplantation d'1 dent permanente expulsée
HBED003	Réimplantation de 2 dents permanentes expulsées
HBED021	Réimplantation de 3 dents permanentes expulsées, ou plus
HBGD035	Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade
HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade
HBGD309	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade
HBGD284	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade
HBGD065	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade
HBGD462	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade
HBGD464	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade
HBGD263	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade
HBGD280	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade
HBGD093	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade
HBGD362	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade
HBGD054	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade
HBGD111	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade
HBGD174	Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade
HBGD057	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade
HBGD133	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade
HBGD123	Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade
HBGD468	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade
HBGD282	Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade
HBGD201	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade
HBGD042	Avulsion d'1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse
HBGD026	Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses
HBGD036	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD043	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD319	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD489	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD497	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD106	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD076	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD422	Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie

HBGD420	Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD064	Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD356	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD146	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD382	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD247	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD197	Avulsion de 15 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD333	Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD261	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD499	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD461	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD278	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD258	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD311	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD235	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD374	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD475	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD285	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD338	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD193	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD345	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD414	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD245	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD283	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD022	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie
HBGD034	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD287	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD078	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD060	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD312	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD142	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD231	Avulsion de 8 dents à 10 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD349	Avulsion de 11 dents à 13 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD067	Avulsion de 14 dents à 16 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD418	Avulsion de 17 dents à 19 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD441	Avulsion de 20 dents à 22 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD105	Avulsion de 23 dents à 25 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD191	Avulsion de 26 dents à 28 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD262	Avulsion de 29 dents à 32 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie

HBGD031	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines
HBGD032	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD415	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD169	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD039	Avulsion d'1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD002	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD453	Avulsion de 3 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD218	Avulsion de 4 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD480	Avulsion de 5 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD206	Avulsion de 6 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD396	Avulsion de 7 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD113	Avulsion de 8 dents à 10 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD438	Avulsion de 11 dents à 13 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD122	Avulsion de 14 dents à 16 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD028	Avulsion d'une incisive permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD126	Avulsion de 2 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD062	Avulsion de 3 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD430	Avulsion de 4 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD372	Avulsion de 5 à 6 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD148	Avulsion de 7 à 8 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD014	Avulsion d'1 canine permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD015	Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD145	Avulsion de 3 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD416	Avulsion de 4 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD459	Avulsion d'1 prémolaire retenue ou à l'état de germe
HBGD386	Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD279	Avulsion de 3 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD199	Avulsion de 4 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD385	Avulsion de 5 à 6 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD359	Avulsion de 7 à 8 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD047	Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD492	Avulsion de 2 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD316	Avulsion de 3 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD117	Avulsion de 4 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD181	Avulsion de 5 à 6 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD210	Avulsion de 7 à 8 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD018	Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe
HBGD004	Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe
HBGD025	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe

HBGD021	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD044	Avulsion d'1 dent à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD322	Avulsion de 2 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD160	Avulsion de 3 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD403	Avulsion de 4 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD300	Avulsion d'une dent en désinclusion avec couronne sous muqueuse en position palatine ou linguale
HBGD358	Avulsion de 2 dents en désinclusion avec couronnes sous muqueuses en position palatine et/ou linguale
HBGD003	Avulsion d'1 odontoïde inclus ou d'1 dent surnuméraire à l'état de germe
HBGD402	Avulsion de 2 odontoïdes inclus ou de 2 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD281	Avulsion de 3 odontoïdes inclus ou de 3 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD171	Avulsion de 4 odontoïdes inclus ou de 4 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD040	Avulsion de plusieurs dents surnuméraires à l'état de germe ou de plusieurs odontoïdes
HBGD016	Avulsion d'1 racine incluse
HBGD466	Avulsion de 2 racines incluses
HBGD299	Avulsion de 3 racines incluses
HBGD102	Avulsion de 4 racines incluses
HBGD159	Avulsion de 5 racines incluses
HBGD465	Avulsion de 6 racines incluses
HBGD017	Avulsion d'une dent ectopique
HBGD190	Avulsion de 2 dents ectopiques
HBGD397	Avulsion de 3 dents ectopiques
HBGD080	Avulsion de 4 dents ectopiques
HBGB005	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée
HBGB003	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine
HBGB002	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire
HBGB004	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire
LBFA023	Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de moins de 2 cm de grand axe, par abord intrabuccal
LBFA030	Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de 2 cm à 4 cm de grand axe, par abord intrabuccal
LBFA002	Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de plus de 4 cm de grand axe, par abord intrabuccal
HBGB005	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée
HBGB003	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine
HBGB002	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire
HBGB004	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire
HAJA007	Parage et/ou suture de plaies muqueuses intrabuccales multiples
HAJA008	Parage et/ou suture de plaie du voile du palais
HAJA009	Parage et/ou suture de plaie de la langue
HAJA010	Parage et/ou suture d'une plaie muqueuse intrabuccale
LCJA003	Évacuation de collection périmaxillaire ou périmandibulaire, par abord intrabuccal

HASA013	Fermeture d'une communication buccosinusienne et/ou bucconasale par lambeau palatin, par abord intrabuccal
HASA018	Fermeture d'une communication buccosinusienne par lambeau de glissement vestibulojugal, par abord intrabuccal
HASA025	Fermeture d'une communication buccosinusienne par lambeau de transposition du corps adipeux de la joue, par abord intrabuccal
HAJA006	Parage et/ou suture de plaie transfixiante de lèvre
HBPA001	Dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau
HBPD002	Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal
HAFA015	Exérèse de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de moins de 2 cm de grand axe, par abord intrabuccal
HAFA032	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
LBFA015	Exérèse de lésion du ramus de la mandibule, par abord intrabuccal

».

ANNEXE 6 À L'AVENANT 7 :

Il est créé une annexe 31 à la convention nationale, conformément à l'article rédigée comme suit :

« ANNEXE 31.A

Liste des actes éligibles au modificateur pour la mise en place d'une analgésie post-opératoire sans cathéter.

DACA00140	DAFA00140	DAFA00240	DAFA00540	DAGA00240	DAMA00340	DBLA00440
DBPA00340	DBPA00540	DCFA00140	DDMA02240	DDMA02340	DDMA02440	DDMA02540
DDMA02640	DDMA02740	DDMA02840	DDMA02940	DDMA03040	DDMA03140	DDMA03240
DDMA03340	DDMA03440	DDMA03540	DDMA03640	DDMA03740	DDMA03840	DELA00140
DELA00440	DFCA00140	DFEA00140	FFFA00440	DFSA00140	DFSA00240	DGCA00240
DGCA00440	DGCA00540	DGCA00740	DGCA00840	DGCA00940	DGCA01040	DGCA01240
DGCA01340	DGCA01440	DGCA01540	DGCA01640	DGCA01840	DGCA01940	DGCA02040
DGCA02140	DGCA02240	DGCA02340	DGCA02440	DGCA02640	DGCA02940	DGCA03040
DGCA03140	DGDA00140	DGFA00140	DGFA00340	DGFA00540	DGFA00740	DGFA00840
DGFA00940	DGFA01040	DGFA01140	DGFA01340	DGFA01440	DGFA01540	DGFA01940
DGGA00240	DGGA00340	DGKA00240	DGKA00440	DGKA00640	DGKA00940	DGKA01340
DGKA01640	DGKA01940	DGKA02040	DGPA00140	DGPA00540	DGPA00840	DGPA01040
DGPA01240	DGPA01340	DGPA01640	DGPA01740	DGPA01840	DGSA00240	DGSA00440
DGSA00540	DHFA00140	DHFA00240	DHFA00440	DHFA00540	DHFA00640	DHFA00740
DHSA00140	DHSA00240	EDAA00240	EDCA00140	EDCA00240	EDCA00340	EDEA00440
EDEA00540	EDFA00140	EDFA00240	EDFA00340	EDFA00440	EDFA00540	EDFA00640
EDFA00840	EDFA00940	EDFA01040	EDKA00240	EDKA00340	EDLA00140	EDMA00140
EDMA00340	EDMA00440	EDPA00140	EDPA00240	EDPA00540	EDSA00140	EDSA00240
EDSA00340	EGED00140	EGFA00140	EGFA00240	EHAA00140	EHCA00140	EHCA00240
EHCA00340	EHCA00440	EHCA00540	EHCA00640	EHCA00740	EHCA00840	EHCA00940
EHFA00140	EHLA00140	ELSA00240	EZSA00540	FCFA00640	FCFA01040	FCFA01940
FCFA02240	FCFC00140	FCFC00340	FCFC00440	FCFC00540	FFFA00140	FFFA00240
FFFC00140	FFFC42040	FFJA00140	FFJC00140	FFSA00140	FFSC27240	GEFA00140
GEFA00340	GEFA00440	GEFA00540	GEFA00640	GEFA00840	GEFA00940	GEFA01140

GFBA00140	GFBA00240	GFBA00340	GFBA00440	GFC A00140	GFCC00140	GFFA00140
GFFA00240	GFFA00340	GFFA00440	GFFA00540	GFFA00640	GFFA00740	GFFA00840
GFFA00940	GFFA01040	GFFA01140	GFFA01240	GFFA01340	GFFA01440	GFFA01540
GFFA01640	GFFA01740	GFFA01840	GFFA01940	GFFA02140	GFFA02240	GFFA02340
GFFA02440	GFFA02540	GFFA02640	GFFA02740	GFFA02840	GFFA02940	GFFA03040
GFFA03140	GFFA03240	GFFA03340	GFFA03440	GFFA03540	GFFC00240	GFFC00340
GFFC00440	GFFC00540	GFFC00640	GGCA00140	GGFA00140	GGFA00340	GGJA00140
GGJA00240	GGJA00340	GGJA00440	GGJC00140	GGJC00240	GGLC00140	GGNA00140
GGNC00140	GGPA00140	GGPA00240	GHFA00240	GHFA00340	GHFA00440	GHJA00240
HECA00240	HECA00340	HECA00440	HECC00140	HEFA00140	HEFA00240	HEFA00340
HEFA00440	HEFA00540	HEFA00640	HEFA00740	HEFA00840	HEFA00940	HEFA01040
HEFA01140	HEFA01240	HEFA01340	HEFA01440	HEFA01540	HEFA01640	HEFA01740
HEFA01840	HEFA01940	HEFA02040	HEFA02140	HEFA02240	HEFC00140	HEFC00240
HEFC00340	HEMA00140	HEMA00240	HEMA00340	HEMA00440	HEMA00540	HEMA00840
HEMA00940	HEPA00140	HEPA00240	HEPA00340	HEPA00440	HEPA00540	HEPA00640
HFCA00340	HFCA00440	HFDA00140	HFDA00240	HFFA00240	HFFA00340	HFFA00440
HFFA00540	HFFA00640	HFFA00740	HFFA00840	HFFA00940	HFFA01040	HFMA00340
HFMA00440	HFMA00540	HFMA00840	HFMA00940	HFMA01040	HFMA01140	HFPA00140
HFPA00240	HFPA00340	HGAA00240	HGAA00340	HGCA00140	HGCA00240	HGCA00340
HGCA00540	HGCA00640	HGCA00740	HGCA00840	HGCA00940	HGCC03140	HGEA00140
HGEA00340	HGFA00140	HGFA00340	HGFA00440	HGFA00540	HGFA00640	HGFA00740
HGFA00840	HGFA00940	HGFA01040	HGFA01140	HGFA01240	HGFA01340	HGFA01440
HGLA00140	HGMA00140	HGMA00240	HGMA00540	HGPA00140	HGPA00240	HGPA00340
HGPA00540	HGPA00640	HHCA00140	HHCA00240	HHCA00340	HHFA00240	HHFA00340
HHFA00440	HHFA00540	HHFA00640	HHFA00840	HHFA00940	HHFA01040	HHFA01140
HHFA01440	HHFA01640	HHFA01740	HHFA01840	HHFA02040	HHFA02140	HHFA02240
HHFA02340	HHFA02440	HHFA02540	HHFA02640	HHFA02840	HHFA02940	HHFA03040
HHFA03140	HHFC04040	HHFC29640	HHMA00240	HHMA00340	HHPA00140	HHPA00240
HHPC00140	HJCA00140	HJDA00140	HJEA00140	HJEA00340	HJFA00140	HJFA00240
HJFA00440	HJFA00640	HJFA00740	HJFA01140	HJFA01240	HJFA01540	HJFA01640
HJFA01740	HJFA01940	HJFA02040	HJSA00140	HLCA00140	HLCA00240	HLFA00240
HLFA00340	HLFA00440	HLFA00540	HLFA00640	HLFA00740	HLFA00940	HLFA01040
HLFA01140	HLFA01240	HLFA01440	HLFA01740	HLFA01840	HLFA01940	HLFA02040
HLJA00140	HLNA00740	HLSA00140	HMCA00140	HMCA00240	HMCA00340	HMCA00440
HMCA00540	HMCA00640	HMCA00740	HMCA00840	HMCA00940	HMCA01040	HMCA01140
HMFA00140	HMFA00240	HMFA00340	HMFA00440	HMFA00540	HMFA00640	HMFA00740
HMFA00840	HMFA00940	HMFA01040	HMGA00140	HMLA00140	JAJA00240	JAJA00440
JAJA00740	JAJA00840	JAJA00940	JAJA01140	JAJA01240	JAJA01440	JAJA01640
JAJA01940	JAJA02140	JAJA02240	JAJA02340	JAJA02440	JAJA02540	JAJA02840

JAJA02940	JAJA03040	JAJA03140	JJCA00140	JJCA00240	JJCA00340	JJCA00440
JDDA00240	JDDA00440	JDDA00540	JDDA00640	JDDA00740	JJFA00140	JJFA00240
JJFA00340	JJFA00440	JJFA00540	JJFA00640	JJFA00840	JJFA00940	JJFA01140
JJFA01440	JJFA01540	JJFA01640	JJFA01740	JJFA01940	JJFA02040	JJFA02140
JJFA02240	JJFA02340	JJFA02440	JJFA02540	JJMA00140	JJMA00240	JJMA00340
JJPA00140	JJPA00240	JJSA00240	JJSA00540	JJSA01140	JJFA01040	JJFA01240
JJGA00440	JJGA00540	JJKA00640	JJKA00740	JJKA00840	JJKA00940	JJLA00140
JJLA00340	JJLA00440	JJMA00140	JJMA00240	JJMA01840	JJSA00440	JJFA00140
JJFA00240	JJFA00340	JJFA00440	JJFA00540	JJFA00640	JJFA00740	JJFA00840
JJFA00940	JJFA01040	JJFA01140	JJFA01340	JJFA01440	JJFA01540	JJFA01640
JJFA01840	JJFA01940	JJFA02240	JJFA00140	JJGA00540	JJGA00640	JJGA00740
JJGA00840	JJGA00940	JJHA00340	JJHA01940	JJCA00140	JJCA00240	JJCA00340
JJEA00140	JJEA00240	JJEA00340	JJFA00140	JJFA00240	JJFA00340	JJFA00440
JJFA00540	JJFA00640	JJFA00740	JJFA00840	JJJA00140	JJJA00240	JJPA00140
JJPA00340	JKDA00140	JKDA00240	JKDA00340	JKDA04240	JKFA00140	JKFA00340
JKFA00440	JKFA00940	JKFA01240	JKFA01340	JKFA01440	JKFA01540	JKFA01640
JKFA01940	JKFA02240	JKFA02440	JKFA02740	JKFA02840	JKFA02940	JKFA03240
JJGA00140	JLDA00140	JLDA00340	JLDA00440	JLFA00340	JLMA00140	JLMA00440
JLMA00540	JMCA00140	JMCA00440	JNCA00140	JNCA00240	JQGA00240	JQGA00340
JQGA00440	JQGA00540	JRGA00240	JRGA00340	LDPA00940	LECA00140	LECA00240
LECA00340	LECA00440	LECA00540	LECA00640	LEFA00440	LEFA00540	LEFA00640
LEFA00740	LEFA00840	LEFA00940	LEFA01040	LEFA01140	LEFA01240	LEFA01340
LEFA01440	LEGA00140	LEGA00240	LEHA00140	LEHA00340	LEMA00140	LEMA00240
LEMA00340	LEMA00440	LEPA00140	LEPA00240	LEPA00340	LEPA00440	LEPA00540
LEPA00640	LEPA00740	LEPA00840	LEPA00940	LJCA00340	LJCA00440	LJCA00540
LJFA00840	LJFA01040	LJFA01140	LJFA01340	LJFA00840	LJFA00940	LJFA01040
LJFA01140	LJFA01240	LJFA01340	LJFA00140	LJFA00140	LJFA00140	LJFA00140
LJFA00240	LJFA00340	LLCA00140	LLCA00240	LLCA00340	LLCA00540	LLFA00340
LLFA01340	LLMA00140	LLMA00240	LLMA00340	LLMA00440	LLMA00640	LLMA00740
LLMA00840	LLMA00940	LLMA01040	MACA00140	MACA00240	MACA00340	MACA00440
MACB00140	MACB00240	MAFA00140	MAFA00240	MAFA00340	MAFA00440	MAFA00540
MAFA00640	MAGA00140	MAGA00240	MAGA00340	MAPA00140	MAPA00240	MAPA00340
MBAA00240	MBCA00140	MBCA00240	MBCA00340	MBCA00440	MBCA00540	MBCA00640
MBCA00740	MBCA00840	MBCA00940	MBCA01040	MBCA01140	MBCA01240	MBCB00140
MBCB00240	MBCB00340	MBCB00440	MBCB00540	MBFA00140	MBFA00240	MBGA00140
MBGA00240	MBMA00140	MBMA00240	MBPA00140	MBPA00240	MBPA00340	MBPA00440
MBPA00540	MBPA00640	MCAA00140	MCCA00140	MCCA00240	MCCA00340	MCCA00540
MCCA00640	MCCA00740	MCCA00840	MCCA00940	MCCA01040	MCCA01140	MCCB00240
MCCB00540	MCCB00640	MCCB00740	MCCB00840	MCFA00140	MCFA00240	MCFA00540

MCFA00640	MCKA00240	MCMA00140	MCMA00240	MCPA00140	MCPA00240	MCPA00340
MCPA00440	MCPA00540	MCPA00640	MCPA00740	MCPA00840	MCPA00940	MCPA01040
MCPA01140	MCPA01240	MDAA00140	MDAA00240	MDCA00140	MDCA00340	MDCA00440
MDCA00540	MDCA00640	MDCA00740	MDCA00840	MDCA00940	MDCB00240	MDEA00140
MDEA00240	MDEA00340	MDEA00440	MDEP00140	MDFA00140	MDFA00440	MDFA00540
MDFA00640	MDFA00740	MDGA00140	MDGA00440	MDGA00540	MDMA00140	MDPA00140
MDPA00240	MDPA00340	MDPA00440	MDPA00540	MEDA00140	MEEA00140	MEEA00240
MEEA00340	MEEA00440	MEEP00340	MEFA00140	MEFA00340	MEFA00440	MEFC00140
MEFC00240	MEGA00140	MEGA00240	MEJA00140	MEJC00140	MEKA00140	MEKA00240
MEKA00340	MEKA00440	MEKA00540	MEKA00640	MEKA00740	MEKA00840	MEKA00940
MEKA01040	MELA00140	MEMA00140	MEMA00340	MEMA00540	MEMA00640	MEMA00840
MEMA00940	MEMA01140	MEMA01240	MEMA01440	MEMA01540	MEMA01640	MEMA01740
MEMA01840	MEMC00140	MEMC00240	MEMC00340	MEMC00440	MEMC00540	MEPA00140
MEPC00140	MFCA00140	MFDA00140	MFDA00240	MFEA00240	MFEA00340	MFEB00140
MFFA00140	MFFA00240	MFFA00340	MFFC00140	MFGA00140	MFJA00140	MFJC00140
MFKA00140	MFKA00340	MFMA00140	MFMA00340	MFMA00540	MFPA00140	MFPA00240
MFPA00340	MFPC00140	MGDA00240	MGEA00140	MGEA00240	MGFA00140	MGFA00440
MGFA00640	MGGA00140	MGGA00240	MGJC00140	MGKA00140	MGKA00240	MGKA00340
MGMA00240	MGMA00340	MGMA00540	MGMA00640	MGPA00140	MHEA00240	MHEA00440
MHEP00140	MHMA00140	MHMA00340	MHMA00440	MHMA00540	MHPA00340	MJAA00140
MJAA00240	MJCA00340	MJCA00540	MJCA00640	MJCA00740	MJCA00840	MJCA01040
MJDA00140	MJDC00140	MJEA00140	MJEA00240	MJEA00340	MJEA00540	MJEA00640
MJEA00740	MJEA00840	MJEA00940	MJEA01040	MJEA01140	MJEA01240	MJEA01340
MJEA01540	MJEA01640	MJEA01740	MJEA01840	MJEA01940	MJEA02040	MJEA02140
MJEC00140	MJEC00240	MJFA00140	MJFA00240	MJFA00640	MJFA00740	MJFA01040
MJFA01140	MJFA01340	MJFA01640	MJFA01740	MJFC00140	MJGA00140	MJJA00440
MJMA00240	MJMA00340	MJMA00940	MJMA01442	MJMA01540	MJMA01640	MJPA00140
MJPA00240	MJPA00340	MJPA00440	MJPA00640	MJPA00740	MJPA00840	MJPA00940
MJPA01140	MJPA01240	MJPA01440	MZEA00140	MZEA00240	MZEA00340	MZEA00440
MZEA00540	MZEA00740	MZEA00840	MZEA00940	MZEA01040	MZEA01140	MZEA01240
MZFA00140	MZFA00240	MZFA00340	MZFA00440	MZFA00540	MZFA00640	MZFA00740
MZFA00940	MZFA01040	MZFA01140	MZFA01240	MZFA01540	MZGA00340	MZGA00440
MZMA00140	MZMA00240	MZMA00340	MZMA00440	MZPA00240	NACA00140	NACA00240
NACA00340	NACA00440	NACA00540	NACB00140	NAFA00140	NAFA00240	NAFA00340
NAFA00440	NAFA00640	NAGA00140	NAGA00240	NAGA00340	NAMA00240	NAPA00140
NAPA00240	NAPA00340	NAPA00440	NAPA00540	NAPA00640	NAPA00740	NAPA00840
NBAA00140	NBAA00340	NBAA00440	NBAA00540	NBAA00640	NBCA00140	NBCA00240
NBCA00340	NBCA00440	NBCA00540	NBCA00640	NBCA00740	NBCA00840	NBCA00940
NBCA01040	NBCA01140	NBCA01240	NBCA01340	NBCA01440	NBCA01540	NBCB00140

NBCB00240	NBCB00340	NBCB00440	NBCB00540	NBCB00640	NBDA00440	NBDA01340
NBFA00140	NBFA00240	NBFA00340	NBFA00440	NBFA00540	NBFA00640	NBFA00740
NBFA00840	NBFA00940	NBGA00140	NBGA00240	NBGA00340	NBGA00440	NBGA00540
NBGA00640	NBGA01040	NBGA01540	NBMA00140	NBMA00240	NBMA00340	NBPA00140
NBPA00240	NBPA00340	NBPA00440	NBPA00540	NBPA00640	NBPA00740	NBPA00840
NBPA00940	NBPA01040	NBPA01140	NBPA01240	NBPA01340	NBPA01440	NBPA01540
NBPA01640	NBPA01740	NBPA01840	NBPA01940	NBPA02040	NCCA00140	NCCA00240
NCCA00340	NCCA00440	NCCA00540	NCCA00640	NCCA00740	NCCA00840	NCCA00940
NCCA01040	NCCA01140	NCCA01240	NCCA01340	NCCA01540	NCCA01640	NCCA01740
NCCA01840	NCCA01940	NCCB00140	NCCB00240	NCCB00340	NCCB00440	NCCB00540
NCCB00640	NCCB00740	NCCC00140	NCEA00140	NCFA00140	NCFA00240	NCFA00340
NCFA00440	NCFA00540	NCFA00640	NCFA00740	NCFA00840	NCFA00940	NCGA00140
NCGA00240	NCMA00140	NCMA00240	NCPA00140	NCPA00240	NCPA00340	NCPA00440
NCPA00540	NCPA00640	NCPA00840	NCPA00940	NCPA01040	NCPA01140	NCPA01240
NCPA01340	NCPA01440	NCPA01540	NCPA01640	NDAA00140	NDAA00240	NDCA00140
NDCA00340	NDCA00440	NDCA00540	NDCA00640	NDCB00140	NDCB00240	NDCB00340
NDCB00440	NDDA00140	NDDC00140	NDEA00240	NDFA00140	NDFA00340	NDFA00440
NDFA00640	NDFA00840	NDFA00940	NDFA01040	NDGA00240	NDMA00140	NDPA00240
NDPA00340	NDPA00540	NDPA00640	NDPA00740	NDPA00840	NDPA00940	NDPA01040
NDPA01140	NDPA01240	NDPA01340	NDPA01440	NEDA00140	NEDA00240	NEDA00340
NEEA00140	NEEA00240	NEEA00340	NEEA00440	NEEP00440	NEEP00540	NEFA00140
NEFA00240	NEFA00340	NEFA00440	NEFC00140	NEGA00140	NEGA00240	NEGA00340
NEGA00440	NEGA00540	NEHA00140	NEHA00240	NEJA00140	NEJA00240	NEJA00340
NEJA00440	NEJC00140	NEKA00140	NEKA00240	NEKA00340	NEKA00440	NEKA00540
NEKA00640	NEKA00740	NEKA00840	NEKA00940	NEKA01040	NEKA01140	NEKA01240
NEKA01340	NEKA01440	NEKA01540	NEKA01640	NEKA01740	NEKA01840	NEKA01940
NEKA02040	NEKA02140	NEKA02240	NELA00140	NELA00240	NELA00340	NEMA00340
NEMA01140	NEMA01340	NEMA01740	NEMA01840	NEMA01940	NEMA02040	NEMA02140
NEPA00140	NEQC00140	NEQH00140	NFCA00140	NFCA00240	NFCA00340	NFCA00440
NFCA00540	NFCA00640	NFCC00140	NFCC00240	NFDA00240	NFDA00340	NFDA00940
NFDC00140	NFEA00140	NFEA00240	NFEC00140	NFEC00240	NFFA00140	NFFA00240
NFFA00340	NFFA00540	NFFA00640	NFFC00140	NFFC00240	NFFC00340	NFFC00440
NFGA00140	NFGA00240	NFJA00140	NFJA00240	NFJC00140	NFJC00240	NFKA00140
NFKA00240	NFKA00340	NFKA00440	NFKA00540	NFKA00640	NFKA00740	NFKA00840
NFKA00940	NFLA00140	NFLA00240	NFMA00240	NFMA00440	NFMA00540	NFMA00640
NFMA00840	NFMA01040	NFMA01140	NFMA01340	NFMC00140	NFMC00240	NFMC00340
NFMC00540	NFPA00140	NFPA00340	NFPA00440	NFPC00240	NGCA00140	NGDA00140
NGDA00240	NGDA00340	NGDA00440	NGDC00140	NGEA00140	NGFA00140	NGGA00140
NGGA00240	NGJA00140	NGJC00140	NGJC00240	NGKA00140	NGMA00140	NGPA00140

NGPA00240	NGPA00340	NGPC00140	NGQC00140	NHDA00140	NHDA00340	NHDA00440
NHDA00540	NHDA00640	NHDA00740	NHDA00840	NHDA00940	NHDA01040	NHDA01140
NHFA00140	NHKA00140	NHMA00140	NHMA00340	NHMA00640	NHMA00740	NHMA00840
NHPA00140	NHPA00240	NHPA00340	NHPA00440	NHPA00540	NHPA00640	NJAA00140
NJAA00240	NJAA00340	NJAA00440	NJBA00140	NJBA00240	NJCA00140	NJEA00140
NJEA00240	NJEA00340	NJEA00440	NJEA00540	NJEA00640	NJEA00740	NJEA00940
NJEA01140	NJEA01240	NJFA00140	NJFA00340	NJFA00440	NJFA00540	NJFA00940
NJMA00140	NJMA00240	NJMA00340	NJMA00440	NJMA00540	NJMA00640	NJMA00740
NJPA00140	NJPA00240	NJPA00340	NJPA00440	NJPA00540	NJPA00640	NJPA00740
NJPA00840	NJPA00940	NJPA01040	NJPA01140	NJPA01240	NJPA01340	NJPA01440
NJPA01540	NJPA01740	NJPA01840	NJPA01940	NJPA02040	NJPA02140	NJPA02240
NJPA02340	NJPA02440	NJPA02640	NJPA02740	NJPA02840	NJPA02940	NJPA03040
NJPA03140	NJPA03340	NJPA03440	NJPA03540	NJPA03640	NJPB00140	NZEA00140
NZEA00240	NZEA00340	NZEA00440	NZEA00640	NZEA00740	NZFA00140	NZFA00240
NZFA00340	NZFA00440	NZFA00540	NZFA00640	NZFA00740	NZFA00840	NZFA00940
NZFA01140	NZFA01240	NZFA01340	NZMA00140	NZMA00240	PADA00140	PADA00340
PADB00140	PADB00240	PAFA00540	PAFA00740	PAFH00140	PAGA00340	PAGA00540
PAGA00640	PAGA00740	PAGA00840	PAGA00940	PAKB00240	PANH00140	PAPA00140
PAPA00240	PAPA00340	PCDA00140	PCEA00140	PCEA00240	PCEA00340	PCEA00440
PCMA00140	PCPA00140	PDAB00140	PZMA00140	PZMA00240	PZMA00340	QDPA00140
QEEA00140	QEEB15240	QEEB31740	QEFA00140	QEFA00240	QEFA00340	QEFA00540
QEFA00740	QEFA00840	QEFA01040	QEFA01140	QEFA01240	QEFA01340	QEFA01540
QEFA01640	QEFA01740	QEFA01940	QEFA02040	QEGA00440	QEKA00140	QEMA00140
QEMA00240	QEMA00340	QEMA00440	QEMA00540	QEMA00640	QEMA00840	QEMA00940
QEMA01040	QEMA01140	QEMA01240	QEMA01340	QEMA01440	QEMA02040	QEPA00140
ZBGA00140	ZBGC00140	ZBQA00140	ZBQA00240	ZBQC00140	ZBQC00240	ZBSA00140
ZCQC00140						

ANNEXE 31.B

Liste des actes éligibles au modificateur pour la mise en place d'une analgésie post-opératoire avec cathéter

EDSA00240	FFSC27240	GEFA00140	GEFA00340	GEFA00440	GEFA00540	GEFA00640
GEFA00840	GEFA00940	GEFA01140	GFBA00140	GFBA00240	GFBA00340	GFBA00440
GFCC00140	GFFA00140	GFFA00240	GFFA00340	GFFA00440	GFFA00540	GFFA00640
GFFA00740	GFFA00840	GFFA00940	GFFA01040	GFFA01140	GFFA01240	GFFA01340
GFFA01540	GFFA01640	GFFA01740	GFFA01840	GFFA01940	GFFA02140	GFFA02240
GFFA02340	GFFA02440	GFFA02540	GFFA02640	GFFA02740	GFFA02840	GFFA02940
GFFA03040	GFFA03140	GFFA03240	GFFA03340	GFFA03440	GFFA03540	GFFC00240
GFFC00340	GFFC00440	GFFC00540	GFFC00640	GGCA00140	GGFA00140	GGJA00140
GGJA00240	GGJA00340	GGJA00440	GGJC00140	GGJC00240	GGLC00140	GGNA00140
GGNC00140	GGPA00240	HLCA00140	HLFA00240	HLFA00340	HLFA00440	HLFA00540

HLFA00640	HLFA00740	HLFA00940	HLFA01040	HLFA01140	HLFA01240	HLFA01440
HLFA01740	HLFA01840	HLFA01940	HLFA02040	HLNA00740	HLSA00140	HMFA01040
JAF A00240	JAF A00440	JAF A00740	JAF A00840	JAF A00940	JAF A01140	JAF A01240
JAF A01440	JAF A01640	JAF A01940	JAF A02140	JAF A02240	JAF A02340	JAF A02440
JAF A02540	JAF A02840	JAF A02940	JAF A03040	JAF A03140	JDC A00140	JDC A00240
JDC A00440	JDD A00240	JDD A00440	JDF A00140	JDF A00240	JDF A00340	JDF A00440
JDF A00540	JDF A00640	JDF A00840	JDF A00940	JDF A01140	JDF A01440	JDF A01540
JDF A01640	JDF A01740	JFQ A00140	JMCA00140	JMCA00440	JNCA00140	JNCA00240
JQGA00240	JQGA00340	JQGA00440	JQGA00540	MBAA00240	MBCA00140	MBCA00240
MBCA00340	MBCA00440	MBCA00540	MBCA00640	MBCA00740	MBCA00840	MBCA00940
MBCA01040	MBCA01140	MBCA01240	MBCB00140	MBCB00240	MBCB00340	MBCB00440
MBCB00540	MBFA00140	MBFA00240	MBGA00140	MBGA00240	MBMA00140	MBMA00240
MBPA00140	MBPA00240	MBPA00340	MBPA00440	MBPA00540	MBPA00640	MCAA00140
MCCA00140	MCCA00240	MCCA00340	MCCA00540	MCCA00640	MCCA00740	MCCA00840
MCCA00940	MCCA01040	MCCA01140	MCCB00240	MEEA00240	MEEA00340	MEEA00440
MEEP00340	MEFA00140	MEFA00340	MEFA00440	MEFC00140	MEFC00240	MEGA00140
MEGA00240	MEJA00140	MEJC00140	MEKA00140	MEKA00240	MEKA00340	MEKA00440
MEKA00540	MEKA00640	MEKA00740	MEKA00840	MEKA00940	MEKA01040	MELA00140
MEMA00340	MEMA00540	MEMA00640	MEMA00840	MEMA00940	MEMA01140	MEMA01240
MEMA01440	MEMA01540	MEMA01640	MEMA01740	MEMA01840	MEMC00140	MEMC00240
MEMC00340	MEMC00440	MEMC00540	MEPA00140	MEPC00140	MFCA00140	MFDA00140
MFDA00240	MFEA00240	MFEA00340	MFFA00140	MFFA00240	MFFA00340	MFFC00140
MFGA00140	MFJA00140	MFJC00140	MFKA00140	MFKA00340	MFMA00140	MFMA00340
MFMA00540	MFPA00140	MFPA00240	MFPA00340	MFPC00140	MGKA00140	MGKA00240
MGKA00340	MGMA00240	MGMA00340	MGMA00540	MGMA00640	MGPA00140	MHMA00540
MZEA00140	MZEA00240	MZEA00340	MZEA00440	MZEA00540	MZEA00740	MZEA00840
MZEA00940	MZEA01040	MZEA01140	MZEA01240	MZFA00140	MZFA00240	MZFA00340
MZFA00440	MZFA00540	MZFA00640	MZFA00740	MZFA00940	MZFA01040	MZFA01140
MZFA01240	MZFA01540	MZGA00340	MZGA00440	MZMA00140	MZMA00240	MZMA00340
MZMA00440	MZPA00240	NFCA00140	NFCA00240	NFCA00340	NFCA00440	NFCA00540
NFCA00640	NFCC00140	NFCC00240	NFDA00240	NFDA00340	NFDA00940	NFDC00140
NFFA00240	NFFA00340	NFFA00540	NFFA00640	NFFC00440	NFGA00140	NFJC00240
NFKA00140	NFKA00240	NFKA00340	NFKA00440	NFKA00540	NFKA00640	NFKA00740
NFKA00840	NFKA00940	NFLA00140	NFLA00240	NFMA00240	NFMA00440	NFMA00540
NFMA00640	NFMA00840	NFMA01040	NFMA01140	NFMA01340	NFMC00140	NFMC00240
NFMC00340	NFMC00540	NFPA00140	NFPA00340	NFPA00440	NGCA00140	NGDA00140
NGDA00240	NGDA00340	NGDA00440	NGDC00140	NGEA00140	NGFA00140	NJPB00140
NZEA00140	NZEA00240	NZEA00340	NZEA00440	NZEA00640	NZEA00740	NZFA00140
NZFA00240	NZFA00340	NZFA00440	NZFA00540	NZFA00640	NZFA00740	NZFA00840

NZFA00940	NZFA01140	NZFA01240	NZFA01340	NZMA00140	QEFA00240	QEFA00340
QEFA00540	QEFA01040	QEFA01140	QEFA01240	QEFA01340	QEFA01540	QEFA01940
QEFA02040	QEMA00140	QEMA00240	QEMA00640	QEMA00840	QEMA01140	QEMA01440
QEMA02040	QEPA00140	ZBGA00140	ZBGC00140	ZBQA00140	ZBQA00240	ZBQC00140
ZBQC00240	ZBSA00140					

».

Il est créé une **annexe 32** à la convention nationale, conformément à l'article 29-6 de la convention nationale, rédigée comme suit :

« ANNEXE 32 a

LISTE DES ACTES DE LA CCAM POUR LESQUELS LES MODIFICATEURS J, K ET T SONT AJOUTÉS

Code Acte	Libellé
JKBA001	Cerclage de l'isthme utérin par abord vaginal, en dehors de la grossesse
JKCD001	Suture de plaie du col de l'utérus
JKFE001	Exérèse de polype de l'utérus, par hystérocopie
JKGD002	Curetage de la cavité de l'utérus à visée thérapeutique
JKGE001	Ablation d'un dispositif intra-utérin, par hystérocopie
JKMD001	Stomatoplastie du col de l'utérus
JKND001	Destruction de la muqueuse utérine par thermocontact, par voie vaginale
JKPC001	Section et/ou destruction de synéchies de l'utérus, par hystérocopie avec guidage coelioscopique
JKPD001	Libération d'une sténose récente et totale du col de l'utérus
JKPE001	Section ou résection de cloison utérine, par hystérocopie
JKPE002	Section et/ou destruction de synéchies de l'utérus, par hystérocopie
JKPJ001	Section et/ou destruction de synéchies de l'utérus, par hystérocopie avec guidage échographique
JKPJ002	Section ou résection de cloison utérine, par voie vaginale avec guidage échographique
JLCA008	Suture de plaie du vagin
JLFA001	Excision de diaphragme du vagin
JLFA002	Exérèse de lésion du vagin
JLFD002	Résection de cloison longitudinale du vagin
JLJA002	Évacuation de collection paravaginale, par colpotomie latérale
JLJD001	Drainage d'un hémocolpos ou d'un hydrocolpos
JLPA001	Incisions radiées de diaphragme du vagin
JLSD001	Fermeture du vagin
JMCA005	Suture de plaie de la vulve
JMCA006	Suture de plaie de la vulve et de l'anus, sans suture du muscle sphincter externe de l'anus
JMEA002	Lambeau neurovasculaire pédiculé du clitoris
JMMA002	Vulvopérinéoplastie
JMMA004	Clitoridoplastie de réduction
JMPA002	Périnéotomie médiane sans lambeau cutané périnéal, pour élargissement de l'orifice du vagin
JNBD001	Cerclage du col de l'utérus au cours de la grossesse, par voie transvaginale
JNJD001	Évacuation d'un utérus gravide, au 2ème trimestre de la grossesse avant la 22ème semaine d'aménorrhée

Code Acte	Libellé
JNMD001	Révision de la cavité de l'utérus après avortement
BJCA001	Suture de plaie des muscles oculomoteurs
BJDA001	Myopexie bilatérale rétroéquatoriale des muscles oculomoteurs
BJDA002	Myopexie unilatérale rétroéquatoriale des muscles oculomoteurs
BJEA001	Transposition de muscles oculomoteurs pour suppléance
BJEA002	Réinsertion posttraumatique de muscle oculomoteur
BJMA001	Renforcement ou affaiblissement unilatéral ou bilatéral de muscle oculomoteur, avec suture ajustable
BJMA002	Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion d'un muscle oculomoteur droit
BJMA003	Renforcement, affaiblissement ou déplacement bilatéral de l'insertion d'un muscle oculomoteur
BJMA004	Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion d'un muscle oculomoteur oblique
BJMA005	Renforcement, affaiblissement ou déplacement unilatéral de l'insertion de 2 muscles oculomoteurs
BJMA006	Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion de 2 muscles oculomoteurs d'un côté et d'un muscle oculomoteur de l'autre
BJMA007	Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion de 4 muscles oculomoteurs ou plus
BJMA008	Renforcement, affaiblissement ou déplacement itératif de l'insertion de 2 muscles oculomoteurs
BJMA009	Renforcement, affaiblissement ou déplacement itératif de l'insertion d'un muscle oculomoteur

ANNEXE 32 *b*

LISTE DES ACTES DE LA CCAM POUR LESQUELS LE MODIFICATEUR O EST SUPPRIMÉ

QCJA001	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la main
QZFA038	Excision de lésion infectieuse diffuse de la peau et des tissus mous sur moins de 50 cm ²
JHFA009	Posthectomie
QBFA007	Excision d'un sinus pilonidal périnéofessier
PDFA001	Exérèse de lésion fasciale et/ou sousfasciale des tissus mous, sans dissection d'un gros tronc vasculaire ou nerveux
FAFA015	Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie
FAFA014	Amygdalectomie par dissection
PCCA001	Suture de rupture de muscle

ANNEXE 32 *c*

LISTE DES ACTES DE LA CCAM POUR LESQUELS LE MODIFICATEUR O EST AJOUTÉ

BACA006	Suture de plaies cutanées multiples unilatérales ou bilatérales des paupières avec atteinte du bord libre, du tarse et/ou du muscle releveur de la paupière supérieure, sans repositionnement du ligament palpébral
BACA001	Suture de plaies cutanées multiples unilatérales ou bilatérales des paupières avec atteinte du bord libre, du tarse et/ou du muscle releveur de la paupière supérieure, avec repositionnement du ligament palpébral
BCPA005	Désinsertion de la conjonctive oculaire au limbe [Péritomie], sans autogreffe
BDCA003	Suture d'une plaie linéaire non transfixiante de la cornée
BDCA004	Suture d'une plaie linéaire transfixiante de la cornée
BDCA001	Suture d'une plaie non linéaire de la cornée
BDCA002	Suture de plaies multiples unilatérales ou bilatérales de la cornée
BDGA002	Ablation de corps étrangers profonds [stromaux] multiples unilatéraux ou bilatéraux de la cornée
BDGA004	Ablation de corps étrangers superficiels et profonds multiples unilatéraux ou bilatéraux de la cornée

BEGA003	Ablation de corps étranger intraoculaire du segment antérieur avec réparation de plaie perforante de l'œil intéressant au moins 2 des structures suivantes : cornée, iris, cristallin
BGJA002	Évacuation de collection subrétinienne, par rétinotomie
BGCA002	Suture de plaie de la sclère
BHMA001	Réparation de plaie linéaire perforante du bulbe [globe] oculaire, avec suture cornéosclérale
BHMA002	Réparation de plaie non linéaire perforante du bulbe [globe] oculaire intéressant au moins 3 des structures suivantes : cornée, sclère, iris, corps ciliaire, cristallin, corps vitré, rétine
BJCA001	Suture de plaie des muscles oculomoteurs
BJEA002	Réinsertion posttraumatique de muscle oculomoteur
BKJA001	Évacuation de collection de l'orbite

».

Il est créé une annexe 33 à la convention nationale, modifiant l'annexe 26 de la convention nationale, conformément à l'article 29-6 de la convention, et rédigée comme suit :

« ANNEXE 33-1

« TARIFS DES ACTES DE LA CCAM TECHNIQUE

A partir du 1^{er} septembre 2019

Code acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)
LDQK001	1	0	31,00	31,00
LDQK002	1	0	31,00	31,00
LDQK004	1	0	62,00	62,00
MFQK002	1	0	23,23	23,23
MFQK001	1	0	23,23	23,23
MGQK003	1	0	24,06	24,06
MGQK001	1	0	24,06	24,06
NGQK001	1	0	23,86	23,86
NGQK002	1	0	23,86	23,86

ANNEXE 33-2

TARIFS D'ACTES DE LA CCAM TECHNIQUE CONDITIONNÉS AUX RÉSULTATS OBTENUS EN 2019
PAR LES ACTIONS DE PERTINENCE SUR L'IMAGERIE LOMBAIRE

Un objectif de maîtrise des dépenses de remboursement des actes d'imagerie lombaire par des actions de pertinence est fixé pour 2019.

Les résultats des actions de pertinence d'imagerie mises en place sur la lombalgie commune en 2019 seront évalués à partir d'avril 2020 selon les soins liquidés par l'ensemble des régimes, pour les médecins radiologues exerçant en secteur libéral en 2019 (hors T2A et soins externes). Les estimations tiendront compte des tendances observées sur les années précédentes.

En cas de non atteinte de cet objectif, un ajustement du tarif de deux actes de radiographie sera appliqué au 1^{er} octobre 2020 en fonction de l'écart constaté par rapport à cet objectif.

Tarifs si l'écart par rapport à l'objectif pour 2019 est inférieur à 1 million d'euro

Code acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)
LFQK001	1	0	46,00	46,00
LFQK002	1	0	46,00	46,00

Tarifs si l'écart par rapport à l'objectif pour 2019 est égal ou supérieur à 1 million d'euro et inférieur à 2 millions d'euros

Code acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)
LFQK001	1	0	44,92	44,92
LFQK002	1	0	44,92	44,92

Tarifs si l'écart par rapport à l'objectif pour 2019 est égal ou supérieur à 2 millions d'euros et inférieur à 3 millions d'euros

Code acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)
LFQK001	1	0	43,92	43,92
LFQK002	1	0	43,92	43,92

Tarifs si l'écart par rapport à l'objectif pour 2019 est égal ou supérieur à 3 millions d'euros et inférieur à 4 millions d'euros

Code acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)
LFQK001	1	0	42,50	42,50
LFQK002	1	0	42,50	42,50

Tarifs si l'écart par rapport à l'objectif pour 2019 est égal ou supérieur à 4 millions d'euros et inférieur à 5 millions d'euros

Code acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)
LFQK001	1	0	41,40	41,40
LFQK002	1	0	41,40	41,40

Tarifs si l'écart par rapport à l'objectif pour 2019 est égal ou supérieur à 5 millions d'euros

Code acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)
LFQK001	1	0	40,60	40,60
LFQK002	1	0	40,60	40,60

ANNEXE 33-3

LISTE DES ACTES ÉLIGIBLES AU NOUVEAU MODIFICATEUR Z DE RADIOLOGIE

Chapitres et codes	Libellés
01.01.04	Radiographie du système nerveux
AEQH002	Myélographie cervicale
AEQH001	Myélographie dorsale et/ou lombale
AFQH003	Myélographie avec scanographie de la colonne vertébrale [Myéloscanner]
AFQH002	Saccoradiculographie
AFQH001	Saccoradiculographie avec scanographie de la colonne vertébrale
01.01.05	Scanographie du système nerveux
ACQK001	Scanographie du crâne et de son contenu, sans injection de produit de contraste
ACQH003	Scanographie du crâne et de son contenu, avec injection intraveineuse de produit de contraste

Chapitres et codes	Libellés
ACQH001	Scanographie du crâne et de son contenu, avec injection intrathécale de produit de contraste [Cysternoscanner]
ACQK003	Scanographie du crâne et de son contenu et/ou du massif facial pour repérage stéréotaxique
ACQH002	Scanographie du crâne, de son contenu et du thorax, avec injection intraveineuse de produit de contraste
ACQH004	Scanographie du crâne, de son contenu et du tronc, avec injection intraveineuse de produit de contraste
02.01.03	Radiographie de l'oeil
BBQH001	Lacrymo-dacryo-cystographie unilatérale ou bilatérale
04.01.05	Scanographie de l'appareil circulatoire
ECQH010	Scanographie des vaisseaux du thorax et/ou du cœur [Angioscanner thoracique]
ECQH011	Scanographie des vaisseaux du thorax et/ou du cœur, avec scanographie des vaisseaux de l'abdomen et/ou du petit bassin [Angioscanner thoracique avec angioscanner de l'abdomen et/ou du pelvis]
EBQH006	Scanographie des vaisseaux cervicaux [Angioscanner cervical]
EAQH002	Scanographie des vaisseaux encéphaliques [Angioscanner cérébral]
EBQH004	Scanographie des vaisseaux cervicocéphaliques [Angioscanner cervicocérébral]
EKQH001	Scanographie des vaisseaux des membres supérieurs [Angioscanner des membres supérieurs]
ELQH002	Scanographie des vaisseaux de l'abdomen et/ou du petit bassin [Angioscanner abdominopelvien]
ELQH001	Scanographie des vaisseaux du foie pour étude de la vascularisation à au moins 3 temps différents
EMQH001	Scanographie des vaisseaux des membres inférieurs [Angioscanner des membres inférieurs]
05.01.01	Radiographie des systèmes immunitaire et hématopoïétique
LCQK002	Radiographie des tissus mous du cou
FCQH001	Lymphographie du membre supérieur
FCQH002	Lymphographie des membres inférieurs
05.01.02	Scanographie des systèmes immunitaire et hématopoïétique
LCQK001	Scanographie des tissus mous du cou, sans injection intraveineuse de produit de contraste
LCQH001	Scanographie des tissus mous du cou, avec injection intraveineuse de produit de contraste
06.01.03	Radiographie de l'appareil respiratoire
ZBQK002	Radiographie du thorax
LJQK002	Radiographie du thorax avec radiographie du squelette du thorax
ZBQK003	Examen radiologique dynamique du thorax, pour étude de la fonction respiratoire et/ou cardiaque
GEQH001	Bronchographie
06.01.04	Scanographie de l'appareil respiratoire
ZBQK001	Scanographie du thorax, sans injection intraveineuse de produit de contraste
ZBQH001	Scanographie du thorax, avec injection intraveineuse de produit de contraste
07.01.04.01	Radiographie de la bouche
HCQH001	Sialographie
HCQH002	Sialographie avec scanographie des glandes salivaires
07.01.04.02	Radiographie de l'abdomen et du tube digestif
ZCQK002	Radiographie de l'abdomen sans préparation
HPMP002	Contrôle radiologique secondaire de position et/ou de fonctionnement d'un drain péritonéal, d'un cathéter de dialyse péritonéale ou d'une dérivation péritonéojugulaire, avec opacification par produit de contraste

Chapitres et codes	Libellés
HFMP002	Contrôle radiologique secondaire de position et/ou de fonctionnement d'un anneau ajustable périgastrique, avec opacification par produit de contraste
HZMP002	Contrôle radiologique secondaire de position et/ou de fonctionnement d'une sonde digestive, d'un drain biliaire ou d'une endoprothèse biliaire avec opacification par produit de contraste
HQQH002	Étude radiologique dynamique de la déglutition, avec enregistrement [Pharyngographie dynamique]
HEQH001	Radiographie de l'œsophage avec opacification par produit de contraste [Transit œsophagien]
HEQH002	Radiographie œso-gastro-duodénale avec opacification par produit de contraste [Transit œso-gastro-duodéal]
HGQH002	Radiographie de l'intestin grêle avec ingestion de produit de contraste [Transit du grêle]
HGQH001	Radiographie de l'intestin grêle avec administration de produit de contraste par une sonde nasoduodénale [entérocluse]
HHQH001	Radiographie du côlon avec opacification par produit de contraste
HTQH002	Défécographie [Rectographie dynamique]
07.01.04.03	Radiographie des conduits biliaires et pancréatiques
HMQH006	Cholangiographie, par injection de produit de contraste dans un drain biliaire externe
HMQH004	Cholangiographie, par injection de produit de contraste dans les conduits biliaires par voie transcutanée, avec guidage échographique et/ou radiologique
HNQH004	Pancréatographie, par injection de produit de contraste par voie transcutanée, avec guidage échographique
07.01.05	Scanographie de l'appareil digestif
ZCQK005	Scanographie de l'abdomen ou du petit bassin [pelvis], sans injection intraveineuse de produit de contraste
ZCQH002	Scanographie de l'abdomen ou du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de produit de contraste
ZCQK004	Scanographie de l'abdomen et du petit bassin [pelvis], sans injection intraveineuse de produit de contraste
ZCQH001	Scanographie de l'abdomen et du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de produit de contraste
07.03.04.11	Correction des malformations congénitales de l'intestin grêle
HGPH001	Désobstruction de l'intestin grêle par lavement intestinal pour iléus méconial, avec contrôle radiologique
08.01.03	Radiographie de l'appareil urinaire et génital
JZQH002	Urographie intraveineuse sans urétrocystographie permictionnelle
JZQH003	Urographie intraveineuse avec urétrocystographie permictionnelle
JBQH003	Urétéropyélographie descendante, par une néphrostomie déjà en place
JBQH001	Urétéropyélographie descendante, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique
JBQH002	Urétéropyélographie rétrograde [UPR]
JDQH001	Urétrocystographie rétrograde
JDQH002	Urétrocystographie, par une cystostomie déjà en place
JDQH003	Urétrocystographie, par ponction transcutanée de la vessie
JKQH001	Hystérosalpingographie
JLQH002	Colpo-cysto-rectographie dynamique
JZQH001	Exploration radiologique des anomalies du sinus urogénital [Génitographie externe]
09.01.03	Radiographie du bassin au cours de la grossesse
ZCQK001	Pelvimétrie par radiographie
JNQK001	Radiographie du contenu de l'utérus grvide [contenu utérin]
09.01.04	Scanographie du bassin au cours de la grossesse

ZCQK003	Pelvimétrie par scanographie
11.01.03	Radiographie de la tête
LAQK003	Radiographie du crâne et/ou du massif facial selon 1 ou 2 incidences
LAQK005	Radiographie du crâne selon 3 incidences ou plus
LBQK005	Radiographie unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire
LAQK012	Téléradiographie du crâne et du massif facial selon 1 incidence
LAQK001	Téléradiographie du crâne et du massif facial selon 2 incidences
LAQK008	Téléradiographie du crâne et du massif facial selon 3 incidences
LAQK027	Radiographie volumique par faisceau conique [cone beam computerized tomography, CBCT] du maxillaire, de la mandibule et/ou d'arcade dentaire
LBQK001	Tomographie unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire
LBQH001	Arthrographie unilatérale de l'articulation temporomandibulaire
LBQH003	Arthrographie bilatérale de l'articulation temporomandibulaire
11.01.04	Scanographie de la tête
LAQK002	Scanographie unilatérale ou bilatérale de la partie pétreuse de l'os temporal [rocher] et de l'oreille moyenne
LAQK011	Scanographie unilatérale ou bilatérale de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne]
LAQK013	Scanographie de la face
LAQK009	Scanographie de la face avec scanographie des tissus mous du cou
LBQH002	Arthroscanographie unilatérale ou bilatérale de l'articulation temporomandibulaire
12.01.03.01	Radiographie de la colonne vertébrale
LDQK001	Radiographie du segment cervical de la colonne vertébrale selon 1 ou 2 incidences
LDQK002	Radiographie du segment cervical de la colonne vertébrale selon 3 incidences ou plus
LDQK004	Radiographie du segment cervical et du segment thoracique de la colonne vertébrale
LDQK005	Radiographie du segment cervical et du segment lombal de la colonne vertébrale
LEQK001	Radiographie du segment thoracique de la colonne vertébrale
LEQK002	Radiographie du segment thoracique et du segment lombal de la colonne vertébrale
LFQK002	Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 1 à 3 incidences
LFQK001	Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 4 incidences ou plus
LGQK001	Radiographie du sacrum et/ou du coccyx
LHQK007	Radiographie de la colonne vertébrale en totalité
LHQK004	Téléradiographie de la colonne vertébrale en totalité selon 1 incidence
LHQK002	Téléradiographie de la colonne vertébrale en totalité selon 2 incidences
LHQK003	Téléradiographie de la colonne vertébrale en totalité selon 2 incidences avec incidence segmentaire supplémentaire
LHQH001	Arthrographie d'articulation vertébrale postérieure
LHQH003	Discographie intervertébrale unique, par voie transcutanée
LHQH005	Discographie intervertébrale unique par voie transcutanée, avec scanographie de la colonne vertébrale [Discoscanner]
LHQH004	Discographie intervertébrale multiple, par voie transcutanée
12.01.03.02	Radiographie du thorax osseux
LJQK001	Radiographie du squelette du thorax

LJQK015	Radiographie du sternum et/ou des articulations sternoclaviculaires
12.01.04	Scanographie des os et des articulations du cou et du tronc
LHQK001	Scanographie d'un segment de la colonne vertébrale, sans injection intraveineuse de produit de contraste
LHQH006	Scanographie d'un segment de la colonne vertébrale, avec injection intraveineuse de produit de contraste
LHQK005	Scanographie de plusieurs segments de la colonne vertébrale, sans injection intraveineuse de produit de contraste
LHQH002	Scanographie de plusieurs segments de la colonne vertébrale, avec injection intraveineuse de produit de contraste
13.01.01	Radiographie du membre supérieur
MAQK003	Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 1 ou 2 incidences
MAQK001	Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 3 ou 4 incidences
MAQK002	Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 5 incidences ou plus
MBQK001	Radiographie du bras
MFQK002	Radiographie du coude selon 1 ou 2 incidences
MFQK001	Radiographie du coude selon 3 incidences ou plus
MCQK001	Radiographie de l'avant-bras
MGQK003	Radiographie du poignet selon 1 ou 2 incidences
MGQK001	Radiographie du poignet selon 3 incidences ou plus
MGQK002	Bilan radiographique dynamique du poignet pour entorse non dissociative selon 7 incidences spécifiques
MDQK001	Radiographie de la main ou de doigt
MDQK002	Radiographie bilatérale de la main et/ou du poignet, selon 1 incidence sur un seul cliché de face
MZQK003	Radiographie de 2 segments du membre supérieur
MZQK004	Radiographie de 3 segments du membre supérieur ou plus
MZQK001	Téléradiographie unilatérale ou bilatérale du membre supérieur en totalité, de face
MEQH001	Arthrographie de l'épaule
MFQH001	Arthrographie du coude
MGQH001	Arthrographie du poignet
MHQH001	Arthrographie métacarpophalangienne ou interphalangienne de doigt
MZQH001	Arthrographie du membre supérieur avec scanographie [Arthroscanner du membre supérieur]
13.01.02	Scanographie du membre supérieur
MZQK002	Scanographie unilatérale ou bilatérale de segment du membre supérieur, sans injection de produit de contraste
MZQH002	Scanographie unilatérale ou bilatérale de segment du membre supérieur, avec injection de produit de contraste
14.01.02	Radiographie du membre inférieur
NAQK015	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence
NAQK007	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 2 incidences
NAQK023	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 3 incidences ou plus
NAQK071	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence et radiographie unilatérale de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences
NAQK049	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence et radiographie bilatérale de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences par côté
NEQK010	Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences
NEQK035	Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 3 incidences

NEQK012	Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 4 incidences ou plus
NBQK001	Radiographie de la cuisse
NFQK001	Radiographie unilatérale du genou selon 1 ou 2 incidences
NFQK002	Radiographie bilatérale du genou selon 1 ou 2 incidences par côté
NFQK003	Radiographie du genou selon 3 ou 4 incidences
NFQK004	Radiographie du genou selon 5 incidences ou plus
NCQK001	Radiographie de la jambe
NGQK001	Radiographie de la cheville selon 1 à 3 incidences
NGQK002	Radiographie de la cheville selon 4 incidences ou plus
NDQK001	Radiographie unilatérale du pied selon 1 à 3 incidences
NDQK002	Radiographie bilatérale du pied selon 1 à 3 incidences par côté
NDQK003	Radiographie du pied selon 4 incidences ou plus
NDQK004	Radiographie du pied selon 4 incidences ou plus, pour étude podométrique
NZQK005	Radiographie de 2 segments du membre inférieur
NZQK006	Radiographie de 3 segments du membre inférieur ou plus
NZQK001	Téléradiographie unilatérale ou bilatérale du membre inférieur en totalité, de face en appui bipodal
NZQK003	Téléradiographie bilatérale du membre inférieur en totalité, de face en appui monopodal l'un après l'autre
NEQH002	Arthrographie de la hanche
NFQH001	Arthrographie du genou
NGQH001	Arthrographie de la cheville
NHQH001	Arthrographie du pied et/ou des orteils
NZQH002	Arthrographie du membre inférieur avec scanographie [Arthroscanner du membre inférieur]
14.01.03	Scanographie du membre inférieur
NZQK002	Scanographie unilatérale ou bilatérale de segment du membre inférieur, sans injection de produit de contraste
NZQH001	Scanographie unilatérale ou bilatérale de segment du membre inférieur, avec injection de produit de contraste
NZQH005	Scanographie de la hanche et du membre inférieur pour conception intégrée par ordinateur d'une prothèse ostéoarticulaire sur mesure
NZQK004	Téléométrie des membres inférieurs par scanographie
15.01.02	Radiographie de l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique
PAQK003	Radiographie du squelette complet, segment par segment, chez l'enfant
PAQK005	Radiographie de l'hémisquelette pour calcul de l'âge osseux, avant l'âge de 2 ans
PAQK002	Radiographie du squelette pour calcul de l'âge osseux, après l'âge de 2 ans
PAQK001	Radiographie comparative des cartilages de conjugaison des os longs des membres
16.01.02	Scanographie de la peau et des tissus mous
PDQK001	Quantification des différents composants des tissus mous, par scanographie
16.02.02	Radiographie du sein
QELH001	Pose de repère dans le sein, par voie transcutanée avec guidage mammographique
QEQH001	Galactographie
QEQK003	Radiographie de contrôle de pièce opératoire d'exérèse mammaire
16.02.03	Scanographie du sein

QEOK006	Scanographie du sein, sans injection intraveineuse de produit de contraste
QEOK002	Scanographie du sein, avec injection intraveineuse de produit de contraste
17.01.02	Radiographie, sans précision topographique
ZZQH002	Radiographie d'une fistule [Fistulographie]
17.01.03	Scanographie, sans précision topographique
ZZQH001	Scanographie d'une fistule
ZZQK024	Scanographie de 3 territoires anatomiques ou plus, sans injection de produit de contraste
ZZQH033	Scanographie de 3 territoires anatomiques ou plus, avec injection de produit de contraste

19.01.09.01	Radiologie, scanographie, remnographie
YYYY163	Radiographie de l'hémisquelette ou du squelette complet chez l'adulte
YYYY033	Guidage radiologique
YYYY115	Guidage scanographique

».