

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

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

NOR : AFSS1329118A

La ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;

Le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes consulté,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Est approuvé l'avenant n° 3 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie, annexé au présent arrêté, conclu le 31 juillet 2013 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Confédération nationale des syndicats dentaires et l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie.

**Art. 2.** – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale 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 26 novembre 2013.

*La ministre des affaires sociales  
et de la santé,*

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur général  
de la santé,  
B. VALLET*

*Le directeur  
de la sécurité sociale,  
T. FATOME*

*Le ministre délégué  
auprès du ministre de l'économie et des finances,  
chargé du budget,*

Pour le ministre et par délégation :

*Le directeur  
de la sécurité sociale,  
T. FATOME*

## A N N E X E

### AVENANT N° 3 À LA CONVENTION NATIONALE DESTINÉE À ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES CHIRURGIENS-DENTISTES LIBÉRAUX ET LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Entre :

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

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

La Confédération nationale des syndicats dentaires, représentée par Mme Catherine MOJAISKY (présidente),  
Vu la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, signée les 11 et 19 mai 2006, publiée au *Journal officiel* du 18 juin 2006, et reconduite le 18 juin 2011, ses annexes et ses avenants ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 161-33, L. 162-1-7, L. 162-4, L. 162-8, L. 162-9, L. 162-14-1, L. 162-14-1-1 et L. 322-3 ;

Il a été convenu ce qui suit :

### *Préambule*

La convention nationale du 18 juin 2006, reconduite en 2011, prévoyait la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux, et ce dans l'objectif de favoriser la qualité des soins et le bon usage des ressources et de doter les chirurgiens-dentistes d'une nomenclature moderne décrivant leur activité.

Elle faisait également le constat que les soins conservateurs, qui représentent une part majoritaire de l'activité des chirurgiens-dentistes, ne correspondent qu'à une part limitée de leurs honoraires et que ce déséquilibre a un impact en termes d'accès aux soins et de santé publique. Les parties signataires s'inscrivaient dans une volonté de rééquilibrage de la rémunération et du financement des soins dentaires.

Par la signature de l'avenant n° 2, les partenaires conventionnels ont affirmé leur volonté de mettre en œuvre, dès l'année 2013, la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour l'activité bucco-dentaire. Il s'agit de décrire plus précisément l'activité technique des chirurgiens-dentistes, de permettre ainsi d'améliorer la connaissance des pratiques et de prendre en compte leur évolution.

Les étapes nécessaires à cette mise en œuvre sont en voie d'achèvement : la commission de hiérarchisation des actes et des prestations des médecins du 26 septembre 2012 et la commission de hiérarchisation des actes et prestations des chirurgiens-dentistes du 25 octobre 2012 ont ainsi établi une première hiérarchisation, dite de référence, des actes pris en charge par l'assurance maladie, par affectation à chaque acte de la CCAM de la cotation pratiquée dans le cadre de la NGAP, en incluant la revalorisation des actes précisée à l'article 5 de l'avenant n° 2 à la convention nationale. Cette première hiérarchisation doit servir de point de départ à l'évolution des bases de remboursement des actes dentaires.

Sur la base de cette hiérarchisation, les parties signataires se sont accordées pour transposer le périmètre remboursable dans la nouvelle nomenclature ainsi que les tarifs y afférents.

Ces tarifs seront applicables au 1<sup>er</sup> juin 2014, sous réserve de l'adoption par l'UNOCAM de la décision modifiant la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, telle que prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, intégrant les libellés des actes de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire, et sous réserve de l'entrée en vigueur des mesures envisagées aux articles 2 et 8 du présent avenant, après application de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

En outre, les parties signataires estiment qu'il est nécessaire que les chirurgiens-dentistes, dans le cadre de leur activité conventionnelle, codent l'ensemble de leurs actes, y compris ceux non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, conformément à la codification de la base CCAM descriptive complète. Les évolutions de cette base CCAM descriptive complète pour l'activité bucco-dentaire devront être réalisées après avis de la commission de hiérarchisation des actes et prestations visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

La codification commune à l'ensemble des professionnels conventionnés permettra de réaliser des études, dans une optique de gestion du risque, de santé publique et, le cas échéant, d'éventuelles évolutions de la prise en charge des actes des chirurgiens-dentistes, dans le respect de la réglementation en vigueur en matière de collecte, de transmission, et de traitement de données de santé.

Dans le prolongement de l'avenant n° 2 à la convention nationale, signé le 16 avril 2012, le présent texte s'attache à définir le contenu et les modalités de mise en place de l'examen de prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes, conformément à l'article 1<sup>er</sup> de cet avenant.

Parallèlement, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires (UNOCAM) et le ou les syndicats représentatifs des chirurgiens-dentistes signataires du présent avenant définissent une charte de bonnes pratiques régissant les relations entre les chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires d'assurance maladie.

Enfin, l'UNOCAM et l'UNOCAM se sont entendues pour proposer à la CNIL des modalités de transmission par les caisses d'assurance maladie obligatoire des informations nécessaires à la liquidation des prestations par les organismes complémentaires.

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

#### *La classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire*

Les articles 4.3.3 et 4.3.4 du titre IV de la convention nationale sont supprimés et remplacés par les articles 4.3.3 et 4.3.4 rédigés comme suit :

#### *« 4.3.3. La classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire*

« L'assurance maladie et les syndicats de chirurgiens-dentistes ont entrepris une refonte de la nomenclature des actes pour permettre, d'une part, de disposer d'une classification commune des actes médicaux pour

l'activité bucco-dentaire quels que soient la spécialité médicale et le mode d'exercice des professionnels de santé et, d'autre part, d'objectiver et de permettre leur hiérarchisation. Cette classification doit concerner, dans un premier temps, les actes techniques, à l'exception des actes d'orthopédie dento-faciale.

« Les parties signataires s'entendent sur les tarifs correspondant à la hiérarchisation réalisée par les commissions de hiérarchisation des actes et prestations du 26 septembre 2012 pour les médecins et du 25 octobre 2012 pour les chirurgiens-dentistes. Compte tenu des contraintes de l'ONDAM, cette hiérarchisation se fait, dans un premier temps, par transposition à périmètre constant de la NGAP. Ainsi, les parties signataires conviennent, en conséquence, de procéder à la mise en œuvre de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire avec les tarifs fixés en annexe I *bis* du présent avenant, et ce sous réserve de l'entrée en vigueur des mesures envisagées aux articles 2 et 8 du présent avenant, après application de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, soit au 1<sup>er</sup> juin 2014. Ces tarifs seront applicables, sous réserve de l'adoption par l'UNCAM de la décision modifiant la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie précisée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, intégrant les libellés des actes de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire.

« Cette première étape doit permettre une observation affinée de l'impact de la CCAM sur les honoraires des chirurgiens-dentistes. Les parties signataires réaffirment leur volonté de rééquilibrage de la rémunération et du financement des soins dentaires. Cela passe par la définition à terme d'une nouvelle hiérarchisation tenant compte des priorités de santé publique, de l'évolution des techniques, du travail médical et des coûts de l'activité bucco-dentaire, permettant de définir des modalités d'évolution des tarifs de la CCAM en adéquation avec l'économie des cabinets dentaires.

« Le chirurgien-dentiste qui adhère à la convention code l'ensemble de son activité conformément à la codification de la base CCAM descriptive complète, y compris celle non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Dans le respect des dispositions des articles L. 162-8, L. 162-4 et L. 161-33 du code de la sécurité sociale, le chirurgien-dentiste transmet à l'assurance maladie obligatoire uniquement les codes CCAM des actes pris en charge par celle-ci. La base est mise à disposition par la CNAMTS sur son site internet [ameli.fr](http://ameli.fr). Les évolutions de cette base CCAM descriptive complète pour l'activité bucco-dentaire sont réalisées après avis de la commission de hiérarchisation des actes et prestations visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

« Cette codification, commune à l'ensemble des professionnels conventionnés, permettra de réaliser des études, dans une optique de gestion du risque, de santé publique et d'éventuelles évolutions de la prise en charge des actes des chirurgiens-dentistes, dans le respect de la réglementation en vigueur en matière de collecte, de transmission et de traitement de données de santé. Le périmètre et la méthodologie de la collecte des informations pour les études devront être approuvés par les partenaires conventionnés.

« Tout chirurgien-dentiste qui adhère à la convention s'engage à facturer les actes bucco-dentaires qu'il aura réalisés tels qu'ils sont inscrits à la CCAM et pris en charge conformément au livre II de la liste des actes et prestations, à compter de l'entrée en vigueur des mesures prévues aux articles 2 et 8 du présent avenant, après application de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, soit au 1<sup>er</sup> juin 2014.

« A ce titre, les chirurgiens-dentistes conventionnés s'engagent à installer la version Sesam Vitale qui constitue le socle technique de référence, 1.40, avant cette date.

« Afin de garantir l'évolutivité de la classification commune des actes pour l'activité bucco-dentaire, les parties signataires décident de suivre la montée en charge de cette mise en place dans le cadre de l'observatoire conventionnel national, prévu à l'article 3.4 de la convention nationale.

#### « 4.3.4. *Evolution de la CCAM*

« Afin de satisfaire l'obligation de codage de l'ensemble de l'activité des chirurgiens-dentistes, les parties signataires s'accordent pour faire évoluer la base CCAM descriptive afin qu'elle puisse décrire l'ensemble des actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, notamment les actes non encore décrits à la date de publication du présent avenant. »

Les partenaires conventionnés s'accordent pour réaliser, à l'issue d'un an d'application des forfaits de radiologie pour les traitements endodontiques, une étude détaillée de l'impact de la création de ces forfaits dans le cadre de la CCAM.

## Article 2

### *Mesures d'amélioration de la prise en charge des soins dentaires*

#### 2.1. Prise en charge d'actes de soins en cas d'urgence douloureuse.

Les partenaires conventionnés s'accordent pour proposer l'inscription à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie de certains soins conservateurs et chirurgicaux en cas d'urgence douloureuse, notamment l'évacuation d'abcès parodontal.

Les partenaires conventionnés proposent, sous réserve de son inscription, que cet acte soit valorisé au tarif de 40 euros.

#### 2.2. Valorisations de certains actes de soins conservateurs.

Reprises de traitements endodontiques :

Les partenaires conventionnels s'engagent à examiner les modalités d'une juste valorisation des actes de retraitements endodontiques.

Restaurations d'angles :

Dans le cadre de l'observatoire conventionnel national, un suivi régulier puis un bilan de l'évolution du volume de ces actes sera réalisé après une période d'observation de deux ans.

Dès lors qu'une évaluation précise du volume de ces actes aura été effectuée, à l'issue de ce bilan, des revalorisations ultérieures de ces soins seront envisagées.

Il est proposé de valoriser ces actes de restaurations d'angles comme suit :

- restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur un angle (HBMD044) : 43 euros ;
- restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur deux angles (HBMD047) : 86 euros.

2.3. Revalorisations de certains actes de chirurgie.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour revaloriser certains actes de chirurgie incluant de l'orthodontie, comme suit :

- acte de dégagement de plusieurs dents retenues ou incluses avec pose de dispositif de traction orthodontique (HBPD001) : 156,75 euros ;
- acte de dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal (HBPD002) : 104,50 euros ;
- acte de dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau (HBPA001) : 146,30 euros.

2.4. Revalorisations de certains actes médicaux.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour revaloriser de 50 % les actes suivants :

- pose d'un plan de libération occlusale (HBLD018) : 172,80 euros ;
- pose de gouttière maxillaire ou mandibulaire pour hémostase ou portetopique (LBLD003) : 86,40 euros ;
- pose de gouttières maxillaire et mandibulaire pour hémostase ou portetopique (LBLD006) : 172,80 euros ;
- pose d'une orthèse métallique recouvrant totalement ou partiellement une arcade dentaire (LBLD014) : 172,80 euros.

L'ensemble des mesures prévues à l'article 2 s'applique après modification de la liste des actes et prestations mentionnées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. En tout état de cause, ces mesures tarifaires n'entreront en vigueur qu'à l'expiration du délai fixé à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

### Article 3

#### *La prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes*

Les parties conventionnelles s'accordent pour étendre le dispositif de prévention bucco-dentaire aux femmes enceintes et définir les modalités de son application.

L'article 1.7, titre I<sup>er</sup>, de la convention nationale « Dispositions transitoires » est supprimé et remplacé par un nouvel article 1.7 et suivants, rédigés comme suit :

#### **« 1.7. Prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes**

##### *« 1.7.1. Les bénéficiaires*

« Le dispositif de prévention s'adresse aux femmes enceintes, ayants droit ou assurées sociales, remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie et maternité.

##### *« 1.7.2. Les chirurgiens-dentistes*

« Les chirurgiens-dentistes libéraux et salariés relevant des dispositions de la convention nationale participent à cette action de prévention.

« Toutefois, les spécialistes qualifiés en orthopédie dento-faciale conventionnés, qui n'exécutent pas de soins bucco-dentaires en raison de leur spécialité, ne participent pas à cette action nationale de prévention.

##### *« 1.7.3. Contenu du dispositif*

« Les femmes enceintes, bénéficient d'un examen de prévention pris en charge à 100 % avec dispense d'avance de frais, à compter du quatrième mois de grossesse jusqu'à douze jours après l'accouchement.

##### *« 1.7.3.1. Le contenu de l'examen de prévention*

« L'examen comprend obligatoirement :

- « – une anamnèse ;
- « – un examen bucco-dentaire ;
- « – des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation de la future mère à la santé bucco-dentaire (hygiène orale...), hygiène alimentaire, information sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance (mesures d'hygiène nécessaires dès l'éruption des premières dents de l'enfant)...

« Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés oralement par le chirurgien-dentiste, lors de la consultation de prévention, et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils.

« L'examen est complété, si nécessaire, par :

- « – des radiographies intrabuccales ;
- « – l'établissement d'un programme de soins.

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

#### « 1.7.3.2. Les tarifs d'honoraires de l'examen de prévention

« Cet examen est valorisé à 30 euros. Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales, quelle que soit la technique utilisée.

« Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- « – examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 42 euros ;
- « – examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros.

L'examen et les radiographies qui y sont associées, le cas échéant, sont facturés à tarifs opposables.

#### « 1.7.4. Modalités pratiques

##### « 1.7.4.1. 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 préidentifié accompagné d'une invitation à participer à cet examen de prévention.

« Pour bénéficier des avantages du dispositif, la femme enceinte doit consulter le chirurgien-dentiste de son choix, à compter de son quatrième mois de grossesse, et ce jusqu'à douze jours après l'accouchement. Elle présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge préidentifié 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 chirurgien-dentiste complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à l'organisme 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 chirurgien-dentiste dans le dossier de la patiente.

« Afin de permettre une mise en œuvre optimale, le dispositif entrera en vigueur au lendemain de la publication au *Journal officiel* du présent avenant.

##### « 1.7.4.2. Evaluation et suivi du dispositif

« Les parties signataires considèrent qu'une évaluation de ce dispositif doit être réalisée.

« L'ensemble des acteurs étant amené à participer à cette évaluation, les praticiens s'engagent, en conséquence, à répondre le plus efficacement possible à toute sollicitation des caisses ou des tiers habilités afin de faciliter cette démarche. En contrepartie, les caisses d'assurance maladie conviennent de mettre à disposition des instances conventionnelles concernées les éléments analytiques d'évaluation du dispositif de prévention.

« Les partenaires conventionnels conviennent, à ce titre, d'étudier l'application et le suivi du dispositif dans le cadre des instances conventionnelles nationale et départementales.

« Un bilan annuel sera réalisé dans le cadre de l'observatoire conventionnel national, prévu à l'article 3.4 de la convention nationale. »

## Article 4

### *Dispense d'avance des frais*

A l'article 4.2.2-2 de la convention nationale est ajouté un dernier paragraphe, rédigé comme suit :

« Dispositif de prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes

Dans le cadre de la mise en place de la prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes, les

parties conventionnelles entendent promouvoir la dispense d'avance des frais pour cette catégorie de population, dont l'état de santé bucco-dentaire est rendu particulièrement fragile durant cette période. Ainsi, les femmes enceintes bénéficient de la dispense d'avance des frais pour la réalisation de l'examen de prévention bucco-dentaire. »

## Article 5

### *Actes et prestations pris en charge dans le cadre de la protection complémentaire en matière de santé (CMUC)*

En application du 8° de l'article L. 162-9, dernier alinéa, du code de la sécurité sociale, et sous réserve de la publication de la liste des actes et prestations visée au 3° de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale mise à jour par arrêté interministériel, les partenaires conventionnels transposent les montants maximaux 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, conformément à la liste annexée en annexe II du présent avenant.

Cette annexe II annule et remplace l'annexe V de la convention nationale.

Le troisième paragraphe de l'article 2.2 de la convention dentaire est remplacé par le paragraphe suivant :

« A cette fin, le montant maximal de l'entente directe applicable aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé visés à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale est fixé par l'annexe V de la convention. »

De plus, les partenaires conventionnels s'accordent pour proposer aux pouvoirs publics la modification de l'arrêté du 30 mai 2006 modifié, afin que les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé puissent bénéficier de la prise en charge du bridge de base (comportant trois éléments : deux piliers et un élément intermédiaire).

Sous réserve de la publication de cette modification au *Journal officiel*, les partenaires conventionnels proposent en annexe II les tarifs correspondant à ce bridge de base.

## Article 6

### *Instance conventionnelle*

Les parties signataires du présent avenant s'accordent sur la nécessité d'intégrer l'UNOCAM, nouveau partenaire conventionnel, au sein de la commission paritaire nationale.

Les articles 7.2.1-1 et 7.2.1-2 de la convention nationale sont modifiés comme suit :

#### *« 7.2.1. La Commission paritaire nationale (CPN)*

« 1. Missions.

« Il est institué une commission nationale composée paritairement.

« Cette instance peut se réunir en formation plénière ou en formation restreinte. Elle se réunit au moins deux fois par an.

« Elle a une mission générale de suivi, d'orientation, et de coordination des actions à mener afin d'assurer la réussite de la politique et de la vie conventionnelle.

« La CPN réunie en formation plénière est chargée de suivre la mise en œuvre des mesures conventionnelles et de préparer des propositions d'évolutions conventionnelles nécessaires à l'application de la convention. Elle est donc chargée notamment :

« – du suivi et de l'évaluation des mesures démographiques ;

« – du suivi et de l'évaluation des mesures de prévention ;

« – de l'élaboration des avenants et annexes nécessaires à l'application de la convention nationale.

« La CPN réunie en formation restreinte traite de tous les sujets n'intéressant que les relations entre UNOCAM et chirurgiens-dentistes. Elle est notamment chargée des missions suivantes :

« – veiller au respect des dispositions conventionnelles par les chirurgiens-dentistes et les caisses au niveau régional et départemental, notamment statuer sur les cas de manquements individuels ;

« – prendre toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances locales ; gérer et régler les carences des instances départementales et régionales ;

« – installer et suivre les travaux du comité technique paritaire permanent (CTPP) chargé du suivi de la télétransmission.

« Pour remplir ses missions, la CPN peut faire appel à des experts ou constituer tous les groupes de travail qu'elle jugera nécessaires.

« 2. Composition.

« La CPN est composée de :

« – représentants de l'UNOCAM, qui constituent la section sociale ;

- « – représentant de l'UNOCAM (en formation plénière) ;
- « – représentants des organisations syndicales nationales signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle.

#### « Composition en formation plénière

##### « Section professionnelle

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

« Les représentants des syndicats dentaires signataires sont désignés parmi leurs adhérents placés sous le régime de la présente convention. Seuls des chirurgiens-dentistes conventionnés libéraux en exercice peuvent siéger dans cette instance.

##### « Section sociale

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

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

« 2 représentants du régime agricole ;

« 1 représentant du régime des professions indépendantes.

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

« Sièges également dans cette formation, avec voix délibérative, 1 représentant de l'UNOCAM.

« Pour les délibérations de la CPN composée en formation plénière et pour lesquelles l'UNOCAM participe aux votes, le président de la section professionnelle dispose de 2 voix.

#### « Composition en formation restreinte

« En formation restreinte, la CPN est composée de :

##### « Section professionnelle

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

« Les représentants des syndicats dentaires signataires sont désignés parmi leurs adhérents placés sous le régime de la présente convention. Seuls des chirurgiens-dentistes conventionnés libéraux en exercice peuvent siéger dans cette instance.

##### « Section sociale

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

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

« 2 représentants du régime agricole ;

« 1 représentant du régime des professions indépendantes.

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

#### « Les membres suppléants

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

#### « Composition en formation chirurgiens-dentistes

« En formation chirurgiens-dentistes, la CPN est composée :

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

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

#### Article 7

##### *Procédure pour non-respect des règles conventionnelles*

Le treizième alinéa de l'article 7.3.1 de la convention nationale « Le non-respect des règles conventionnelles » est modifié comme suit :

« La CPAM adresse au chirurgien-dentiste, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception, un courrier d'avertissement comportant les éléments permettant de caractériser le non-respect des dispositions de la présente convention.

« Si, à l'issue d'un délai minimal de deux mois à compter de la réception du courrier d'avertissement, il est constaté que le praticien n'a pas modifié sa pratique, la CPAM de rattachement du chirurgien-dentiste, pour le compte de l'ensemble des régimes, communique le relevé des constatations au praticien concerné, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception, avec copie adressée aux présidents des deux sections de la CPD. Par exception, le délai est porté à huit mois pour les traitements d'orthopédie dento-faciale. Dans ce cas, la pratique est observée uniquement sur les semestres de traitements initiés après la réception du courrier d'avertissement.

« La CPAM procédera à ce même envoi et la procédure d'avertissement sera réputée effectuée si, dans un délai de trois ans maximum suivant la réception du courrier d'avertissement non suivi de sanction, le chirurgien-dentiste a renouvelé les mêmes faits reprochés.

« Le chirurgien-dentiste dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de communication du relevé des constatations pour présenter ses observations éventuelles ou être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant. Le chirurgien-dentiste peut se faire assister par un confrère et/ou un avocat de son choix, inscrit au barreau.

« Lorsque la CPD juge nécessaire de recueillir, auprès du praticien concerné, des éléments d'information relatifs à sa pratique médicale, le relevé de constatations est transmis à la formation chirurgiens-dentistes de la CPD.

« La commission dans la formation retenue pour donner son avis peut inviter le praticien à lui faire connaître ses observations dans un délai qu'elle lui fixe. Elle peut également demander à l'entendre dans ce même délai.

« L'avis de la formation concernée de la commission est rendu dans les quatre-vingt-dix jours de la saisine de la CPD. A l'issue de ce délai, l'avis est réputé rendu.

« A l'issue de ce délai, les caisses décident de l'éventuelle sanction. »

## Article 8

### *Modifications diverses*

L'article 3 de l'avenant n° 2 à la convention nationale, signé le 16 avril 2012, est complété par un article 3.4 ainsi rédigé :

#### *« 3.4. Cumul des mesures incitatives »*

« Les mesures incitatives du présent article peuvent se cumuler. »

A l'annexe II de l'avenant n° 2 à la convention nationale, signé le 16 avril 2012, le 4 est modifié comme suit :

« Le chirurgien-dentiste adhérent à l'option bénéficie d'une participation des caisses d'assurance maladie aux cotisations dues au titre des allocations familiales en application de l'article L. 242-11 du code de la sécurité sociale. Cette participation des caisses est assise sur la totalité du revenu lié à l'activité conventionnée du chirurgien-dentiste, selon les mêmes modalités de calcul que celles définies à l'article 6.1 de la convention nationale pour l'assiette de participation des caisses aux cotisations sociales des chirurgiens-dentistes. Elle correspond à 5,40 % de ce montant. Et vaut pour la période de trois ans correspondant à la durée du contrat pour les professionnels déjà installés dans la zone. »

L'annexe III de l'avenant n° 2 à la convention nationale est remplacée par les modèles annexés en annexe IV et IV *bis* du présent avenant.

Le premier paragraphe de l'article 4.2.1 « La fixation des honoraires » est complété, après les mots : « en annexe I », par les dispositions suivantes :

« de la convention nationale modifiés par l'avenant n° 2 et ceux fixés en annexe I de l'avenant n° 3 à la convention nationale ».

Le premier paragraphe de l'article 4.2.3 « Le remboursement des traitements bucco-dentaires » est complété, après les mots : « à l'annexe I », par les dispositions suivantes :

« de la convention nationale modifiés par l'avenant n° 2 et ceux fixés en annexe I de l'avenant n° 3 à la convention nationale ».

L'article 1.2.2 « Les soins consécutifs à l'examen de prévention » est modifié comme suit :

« Entrent dans le champ du dispositif les seuls actes correspondant à des soins conservateurs, chirurgicaux et des actes radiographiques, conformément à la liste fixée en annexe III de l'avenant n° 3 à la convention nationale. »

Les parties conventionnelles demandent l'inscription à la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale de la pose des couronnes dentaires implanto-portées. Il est proposé que cet acte soit valorisé à hauteur de 107,50 euros.

L'annexe I de la convention nationale est annulée et remplacée par les annexes I et I *bis* du présent avenant.



Les soins conservateurs et chirurgicaux des départements d'outre-mer concernés par la revalorisation tarifaire prévue à l'article 8 de l'avenant n° 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes, signé le 16 avril 2012, correspondent aux actes listés en annexe I auxquels sont affectés les coefficients de majoration prévus.

Les partenaires conventionnels décident de revaloriser les tarifs de la visite des chirurgiens-dentistes spécialistes (VS), en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, ainsi que la consultation des chirurgiens-dentistes spécialistes (CS) dans les départements d'Outre-mer, comme suit :

- le tarif de la VS est fixé à 23 euros en France métropolitaine ;
- dans les départements d'outre-mer, le tarif de la VS et de la CS est fixé à 25,30 euros (Antilles) et à 27,60 euros (Guyane, La Réunion et Mayotte).

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

## Article 9

### *Devis dentaire*

Le modèle de devis dentaire établi en annexe VII de l'avenant n° 2, se substituant à l'annexe III de la convention nationale, est modifié en annexe V du présent avenant, à partir du 1<sup>er</sup> juin 2014.

Fait à Paris, le 31 juillet 2013.

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

*Le directeur général,*  
F. VAN ROEKEGHEM

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

*Le président,*  
F. HENRY

Pour la Confédération nationale  
des syndicats dentaires :

*La présidente,*  
C. MOJAIISKY

## ANNEXE I

(annule et remplace l'annexe I de la convention nationale de mai 2006)

### TARIFS

Les tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés comme suit :

TARIFS (en euros)	DÉPARTEMENTS métropolitains	ANTILLES	LA RÉUNION, Guyane, Mayotte
Consultation du chirurgien-dentiste omnipraticien et spécialiste	23,00	25,30	27,60
Visite du chirurgien-dentiste omnipraticien et spécialiste	23,00	25,30	27,60
TO (Traitement d'orthodontie)	2,15	2,15	2,15
Majoration du dimanche ou jour férié (**)	19,06	19,06	19,06
Majoration de nuit	25,15	25,15	25,15
Indemnité forfaitaire de déplacement	2,74	2,74	2,74
Valeur de l'indemnité kilométrique :			
- plaine	0,61	0,65	0,69 (*)
- montagne	0,91	0,97	1,02 (*)
- à pied, à ski	4,57	4,88	4,88

(\*) Guyane : IK plaine : 0,65 ; montagne : 0,97 ; à pied, à ski : 4,88.  
(\*\*) Hors majorations spécifiques pour la permanence des soins dentaires instaurées par l'avenant n° 2.

**Coefficients de majoration pour les Antilles, la Guyane, La Réunion et Mayotte  
applicables aux tarifs « métropole » des actes suivants**

Applicable sous réserve des dispositions de l'article L. 162-1-7  
du code de la sécurité sociale

CODES	COEFFICIENTS de majoration
GBBA002	1,079
HBLD053	1,077
HBLD051	1,077
HBED001	1,077
HBED003	1,077
HBED021	1,077
HBED022	1,079
HBBD005	1,077
HBBD006	1,077
HBBD007	1,077
HBBD004	1,077
HBBD039	1,077
HBBD404	1,077
HBBD098	1,077
HBBD427	1,077
HBJD001	1,077
HBMD043	1,077
HBMD046	1,077
HBMD055	1,077
HBMD058	1,077
HBMD050	1,077
HBMD054	1,077
HBMD044	1,077
HBMD047	1,077

CODES	COEFFICIENTS de majoration
HBMD053	1,077
HBMD049	1,077
HBMD038	1,077
HBMD042	1,077
HBFD006	1,077
HBFD017	1,077
HBFD019	1,077
HBFD033	1,077
HBFD021	1,077
HBFD035	1,077
HBFD008	1,077
HBFD015	1,077
HBFD474	1,077
HBFD458	1,077
HBFD395	1,077
HBFD326	1,077
HBFD150	1,077
HBFD001	1,077
HBFD297	1,077
HBFD003	1,077
HBFD024	1,077
HBBD003	1,077
HBBD234	1,077
HBBD001	1,077
HBBD002	1,077
HBPD002	1,079
HBPA001	1,079

CODES	COEFFICIENTS de majoration
HBGD022	1,079
HBGD034	1,079
HBGD287	1,079
HBGD031	1,079
HBGD032	1,079
HBGD039	1,079
HBGD002	1,079
HBGD028	1,079
HBGD014	1,079
HBGD015	1,079
HBGD459	1,079
HBGD386	1,079
HBGD047	1,079
HBGD018	1,079
HBGD004	1,079
HBGD025	1,079
HBGD021	1,079
HBGD038	1,079
HBGD044	1,079
HBGD003	1,079
HBGD016	1,079
HBGD017	1,079
HBGD040	1,079
HBMD019	1,079
HBGB005	1,079
HBGB003	1,079
HBGB002	1,079

CODES	COEFFICIENTS de majoration
HBGB004	1,079
HBFA007	1,079
HBED023	1,079
HBED024	1,079
HBBA003	1,079
HBBA002	1,079
HBBA004	1,079
HBJB001	1,079
HBMA001	1,079
LBLD075	1,079
LBLD066	1,079
LBLD281	1,079
LBLD117	1,079
LBLD015	1,079
LBLD010	1,079
LBLD013	1,079
LBLD004	1,079
LBLD020	1,079
LBLD025	1,079
LBLD026	1,079
LBLD038	1,079
LBLD200	1,079
LBLD294	1,079
LBLD019	1,079
LBLD073	1,079
LBLD086	1,079
LBLD193	1,079

CODES	COEFFICIENTS de majoration
LBLD447	1,079
HBGD462	1,079
HBGD464	1,079
HBGD263	1,079
HBGD280	1,079
HBGD093	1,079
HBGD362	1,079
HBGD054	1,079
HBGD111	1,079
HBGD174	1,079
HBGD057	1,079
HBGD133	1,079
HBGD123	1,079
HBGD468	1,079
HBGD282	1,079
HBGD201	1,079
HBGD042	1,079
HBGD026	1,079
HBGD036	1,079
HBGD043	1,079
HBGD319	1,079
HBGD489	1,079
HBGD497	1,079
HBGD106	1,079
HBGD076	1,079
HBGD422	1,079
HBGD420	1,079

CODES	COEFFICIENTS de majoration
HBGD064	1,079
HBGD356	1,079
HBGD146	1,079
HBGD382	1,079
HBGD247	1,079
HBGD197	1,079
HBGD333	1,079
HBGD261	1,079
HBGD499	1,079
HBGD461	1,079
HBGD278	1,079
HBGD258	1,079
HBGD311	1,079
HBGD235	1,079
HBGD374	1,079
HBGD475	1,079
HBGD285	1,079
HBGD338	1,079
HBGD193	1,079
HBGD345	1,079
HBGD414	1,079
HBGD245	1,079
HBGD283	1,079
LBLD270	1,079
LBLD143	1,079
LBLD235	1,079
LBLD311	1,079

CODES	COEFFICIENTS de majoration
LBD214	1,079
LBD034	1,079
LBD057	1,079
LAPB451	1,079
LAPB311	1,079
LAPB459	1,079
LAPB408	1,079
LAPB002	1,079
LAPB004	1,079
LAPB003	1,079
LAPB001	1,079
LAPB005	1,079
LAPB006	1,079
LAPB007	1,079
LAPB047	1,079
LAPB030	1,079
LAPB122	1,079
LBGA280	1,079
LBGA441	1,079
LBGA354	1,079
LBGA049	1,079
LBGA004	1,079
LBGA003	1,079
LBGA002	1,079
LBGA006	1,079
LBGA007	1,079
LBGA008	1,079



CODES	COEFFICIENTS de majoration
LBGA009	1,079
LBGA139	1,079
LBGA052	1,079
LBGA168	1,079

## ANNEXE I BIS

## TARIFS DES ACTES BUCCO-DENTAIRES FIGURANT À LA CCAM

Applicable sous réserve des dispositions de l'article L. 162-1-7  
du code de la sécurité sociale

(annule et remplace l'annexe I de la convention nationale)

CODES	ACTIVITÉS	PHASE	TARIF (en euros)
GBBA002	1	0	240,35
GBBA002	4	0	109,34
HBQK389	1	0	7,98
HBQK191	1	0	15,96
HBQK331	1	0	23,94
HBQK443	1	0	31,92
HBQK428	1	0	39,90
HBQK480	1	0	47,88
HBQK430	1	0	55,86
HBQK142	1	0	63,84
HBQK046	1	0	71,82
HBQK065	1	0	79,80
HBQK424	1	0	87,78
HBQK476	1	0	95,76
HBQK093	1	0	103,74
HBQK041	1	0	111,72
HBQK002	1	0	21,28
HBQK001	1	0	7,98

CODES	ACTIVITÉS	PHASE	TARIF (en euros)
LBQP001	1	0	32,64
LBMP001	1	0	97,92
HBLD053	1	0	96,40
HBLD051	1	0	96,40
HBED001	1	0	96,40
HBED003	1	0	192,80
HBED021	1	0	289,20
HBED022	1	0	209,00
HBBD005	1	0	21,69
HBBD006	1	0	43,38
HBBD007	1	0	65,07
HBBD004	1	0	86,76
HBBD039	1	0	108,45
HBBD404	1	0	130,14
HBBD098	1	0	151,83
HBBD427	1	0	173,52
HBJD001	1	0	28,92
HBMD043	1	0	19,28
HBMD046	1	0	33,74
HBMD055	1	0	40,97
HBMD058	1	0	19,28
HBMD050	1	0	33,74
HBMD054	1	0	40,97
HBMD044	1	0	43
HBMD047	1	0	86
HBMD053	1	0	19,28
HBMD049	1	0	33,74

CODES	ACTIVITÉS	PHASE	TARIF (en euros)
HBMD038	1	0	40,97
HBMD042	1	0	79,53
HBFD006	1	0	16,87
HBFD017	1	0	33,74
HBFD019	1	0	81,94
HBFD033	1	0	33,74
HBFD021	1	0	48,20
HBFD035	1	0	48,20
HBFD008	1	0	81,94
HBFD015	1	0	33,74
HBFD474	1	0	81,94
HBFD458	1	0	33,74
HBFD395	1	0	48,20
HBFD326	1	0	48,20
HBFD150	1	0	81,94
HBFD001	1	0	33,74
HBFD297	1	0	48,20
HBFD003	1	0	48,20
HBFD024	1	0	81,94
HBBD003	1	0	33,74
HBBD234	1	0	48,20
HBBD001	1	0	48,20
HBBD002	1	0	81,94
HBPD002	1	0	104,50
HBPA001	1	0	146,30
HBPD001	1	0	156,75
HBGD035	1	0	16,72
HBGD037	1	0	25,08

CODES	ACTIVITÉS	PHASE	TARIF (en euros)
HBGD309	1	0	33,44
HBGD284	1	0	41,80
HBGD065	1	0	50,16
HBGD462	1	0	58,52
HBGD464	1	0	66,88
HBGD263	1	0	75,24
HBGD280	1	0	83,60
HBGD093	1	0	91,96
HBGD362	1	0	100,32
HBGD054	1	0	108,68
HBGD111	1	0	117,04
HBGD174	1	0	125,40
HBGD057	1	0	133,76
HBGD133	1	0	142,12
HBGD123	1	0	150,48
HBGD468	1	0	158,84
HBGD282	1	0	167,20
HBGD201	1	0	175,56
HBGD042	1	0	83,60
HBGD026	1	0	125,40
HBGD036	1	0	33,44
HBGD043	1	0	50,16
HBGD319	1	0	66,88
HBGD489	1	0	83,60
HBGD497	1	0	100,32
HBGD106	1	0	117,04
HBGD076	1	0	133,76

CODES	ACTIVITÉS	PHASE	TARIF (en euros)
HBGD422	1	0	150,48
HBGD420	1	0	167,20
HBGD064	1	0	183,92
HBGD356	1	0	200,64
HBGD146	1	0	217,36
HBGD382	1	0	234,08
HBGD247	1	0	250,80
HBGD197	1	0	267,52
HBGD333	1	0	284,24
HBGD261	1	0	300,96
HBGD499	1	0	317,68
HBGD461	1	0	334,40
HBGD278	1	0	351,12
HBGD258	1	0	367,84
HBGD311	1	0	384,56
HBGD235	1	0	401,28
HBGD374	1	0	418,00
HBGD475	1	0	434,72
HBGD285	1	0	451,44
HBGD338	1	0	468,16
HBGD193	1	0	484,88
HBGD345	1	0	501,60
HBGD414	1	0	518,32
HBGD245	1	0	535,04
HBGD283	1	0	551,76
HBGD022	1	0	33,44
HBGD034	1	0	50,16

CODES	ACTIVITÉS	PHASE	TARIF (en euros)
HBGD287	1	0	66,88
HBGD031	1	0	33,44
HBGD032	1	0	50,16
HBGD039	1	0	33,44
HBGD002	1	0	50,16
HBGD028	1	0	83,60
HBGD014	1	0	104,50
HBGD015	1	0	156,75
HBGD459	1	0	83,60
HBGD386	1	0	125,40
HBGD047	1	0	83,60
HBGD018	1	0	83,60
HBGD004	1	0	83,60
HBGD025	1	0	125,40
HBGD021	1	0	167,20
HBGD038	1	0	209,00
HBGD044	1	0	41,80
HBGD003	1	0	83,60
HBGD016	1	0	83,60
HBGD017	1	0	167,20
HBGD040	1	0	125,40
HBLD018	1	0	172,80
HBLD007	1	0	122,55
HBLD261	1	0	144,05
HBLD038	1	0	107,50
HBLD036	1	0	107,50
HBLD418	1	0	107,50

CODES	ACTIVITÉS	PHASE	TARIF (en euros)
HBLD132	1	0	102,13
HBLD492	1	0	150,50
HBLD118	1	0	182,75
HBLD199	1	0	365,50
HBLD240	1	0	236,50
HBLD236	1	0	279,50
HBLD217	1	0	311,75
HBLD171	1	0	623,50
HBLD364	1	0	64,50
HBLD476	1	0	75,25
HBLD224	1	0	86,00
HBLD371	1	0	96,75
HBLD123	1	0	107,50
HBLD270	1	0	118,25
HBLD148	1	0	129,00
HBLD231	1	0	139,75
HBLD215	1	0	150,50
HBLD262	1	0	161,25
HBLD232	1	0	172,00
HBLD032	1	0	182,75
HBLD101	1	0	129,00
HBLD138	1	0	139,75
HBLD083	1	0	150,50
HBLD370	1	0	161,25
HBLD349	1	0	172,00
HBLD031	1	0	182,75
HBLD035	1	0	365,50

CODES	ACTIVITÉS	PHASE	TARIF (en euros)
HBLD131	1	0	193,50
HBLD332	1	0	204,25
HBLD452	1	0	215,00
HBLD474	1	0	225,75
HBLD075	1	0	236,50
HBLD470	1	0	247,25
HBLD435	1	0	258,00
HBLD079	1	0	268,75
HBLD203	1	0	279,50
HBLD112	1	0	290,25
HBLD308	1	0	301,00
HBLD047	1	0	311,75
HBLD046	1	0	623,50
HBLD048	1	0	494,50
HBLD040	1	0	279,50
HBLD043	1	0	279,50
HBLD033	1	0	279,50
HBLD023	1	0	279,50
HBLD030	1	0	182,75
HBMD017	1	0	21,50
HBMD114	1	0	32,25
HBMD322	1	0	43,00
HBMD404	1	0	53,75
HBMD245	1	0	64,50
HBMD198	1	0	75,25
HBMD373	1	0	86,00
HBMD228	1	0	96,75



CODES	ACTIVITÉS	PHASE	TARIF (en euros)
HBMD286	1	0	107,50
HBMD329	1	0	118,25
HBMD226	1	0	129,00
HBMD387	1	0	139,75
HBMD134	1	0	150,50
HBMD174	1	0	161,25
HBKD396	1	0	17,20
HBKD431	1	0	34,40
HBKD300	1	0	51,60
HBKD212	1	0	68,80
HBKD462	1	0	86,00
HBKD213	1	0	103,20
HBKD140	1	0	120,40
HBKD244	1	0	137,60
HBKD005	1	0	32,25
HBMD249	1	0	43,00
HBMD292	1	0	86,00
HBMD188	1	0	129,00
HBMD432	1	0	172,00
HBMD283	1	0	215,00
HBMD439	1	0	258,00
HBMD425	1	0	301,00
HBMD444	1	0	344,00
HBMD485	1	0	387,00
HBMD410	1	0	430,00
HBMD429	1	0	473,00
HBMD281	1	0	516,00

CODES	ACTIVITÉS	PHASE	TARIF (en euros)
HBMD200	1	0	559,00
HBMD298	1	0	602,00
HBMD020	1	0	21,50
HBMD008	1	0	32,25
HBMD002	1	0	38,70
HBMD488	1	0	45,15
HBMD469	1	0	51,60
HBMD110	1	0	58,05
HBMD349	1	0	64,50
HBMD386	1	0	70,95
HBMD339	1	0	77,40
HBMD459	1	0	83,85
HBMD438	1	0	90,30
HBMD481	1	0	96,75
HBMD449	1	0	103,20
HBMD312	1	0	109,65
HBMD289	1	0	116,10
HBMD400	1	0	122,55
HBMD019	1	0	18,81
HBGD011	1	0	38,70
HBGD027	1	0	38,70
HBGB005	1	0	50,16
HBGB003	1	0	83,90
HBGB002	1	0	98,36
HBGB004	1	0	132,10
HBFA007	1	0	41,80
HBED023	1	0	79,42

CODES	ACTIVITÉS	PHASE	TARIF (en euros)
HBED024	1	0	94,05
HBBA003	1	0	85,69
HBBA002	1	0	269,61
HBBA004	1	0	298,87
HBMA001	1	0	75,24
HBJB001	1	0	40,00
HALD004	1	0	48,00
HALD003	1	0	48,00
LBLD075	1	0	438,90
LBLD066	1	0	806,74
LBLD281	1	0	1 174,58
LBLD117	1	0	1 542,42
LBLD015	1	0	422,18
LBLD010	1	0	785,84
LBLD013	1	0	1 149,50
LBLD004	1	0	1 513,16
LBLD020	1	0	1 876,82
LBLD025	1	0	2 240,48
LBLD026	1	0	2 604,14
LBLD026	4	0	57,51
LBLD038	1	0	2 967,80
LBLD038	4	0	57,51
LBLD200	1	0	3 331,46
LBLD200	4	0	57,51
LBLD294	1	0	3 695,12
LBLD294	4	0	57,51
LBLD019	1	0	160,93

CODES	ACTIVITÉS	PHASE	TARIF (en euros)
LBLD073	1	0	309,32
LBLD086	1	0	457,71
LBLD193	1	0	606,10
LBLD447	1	0	754,49
LBLD270	1	0	902,88
LBLD143	1	0	1 051,27
LBLD235	1	0	1 199,66
LBLD311	1	0	1 348,05
LBLD214	1	0	1 496,44
LBLD034	1	0	96,14
LBLD057	1	0	144,21
LAPB451	1	0	94,05
LAPB311	1	0	163,02
LAPB459	1	0	231,99
LAPB408	1	0	300,96
LAPB002	1	0	87,78
LAPB004	1	0	154,66
LAPB003	1	0	221,54
LAPB001	1	0	288,42
LAPB005	1	0	355,30
LAPB006	1	0	422,18
LAPB007	1	0	489,06
LAPB047	1	0	555,94
LAPB030	1	0	622,82
LAPB122	1	0	689,70
LBGA280	1	0	87,78
LBGA441	1	0	106,59

CODES	ACTIVITÉS	PHASE	TARIF (en euros)
LBGA354	1	0	125,40
LBGA049	1	0	144,21
LBGA004	1	0	71,06
LBGA003	1	0	85,69
LBGA002	1	0	100,32
LBGA002	4	0	57,51
LBGA006	1	0	114,95
LBGA006	4	0	57,51
LBGA007	1	0	129,58
LBGA007	4	0	57,51
LBGA008	1	0	144,21
LBGA008	4	0	57,51
LBGA009	1	0	158,84
LBGA009	4	0	57,51
LBGA139	1	0	173,47
LBGA139	4	0	57,51
LBGA052	1	0	188,10
LBGA052	4	0	57,51
LBGA168	1	0	202,73
LBGA168	4	0	57,51
HBLD057	1	0	140,16
HBLD078	1	0	264,96
HBLD056	1	0	94,08
HBLD084	1	0	174,72
HBMP001	1	0	30,72
LBLD014	1	0	172,80
LBLD003	1	0	86,40

CODES	ACTIVITÉS	PHASE	TARIF (en euros)
LBLD006	1	0	172,80
LBLD001	1	0	129,00
ZALP002	1	0	
HBQK040	1	0	11,97
HBQK303	1	0	15,96
HBQK061	1	0	3,99
HBMD490	1	0	0,00
HBMD342	1	0	0,00
HBMD082	1	0	10,75
HBMD479	1	0	0
HBMD433	1	0	0
HBMD072	1	0	10,75
HBMD081	1	0	107,50
HBMD087	1	0	107,50
YYYY176	1	0	21,50
YYYY275	1	0	43,00
YYYY246	1	0	64,50
YYYY478	1	0	86,00
YYYY426	1	0	107,50
YYYY389	1	0	129,00
YYYY159	1	0	32,25
YYYY329	1	0	64,50
YYYY258	1	0	96,75
YYYY259	1	0	129,00
YYYY440	1	0	161,25
YYYY447	1	0	193,50
YYYY142	1	0	225,75

CODES	ACTIVITÉS	PHASE	TARIF (en euros)
YYYY158	1	0	258,00
YYYY476	1	0	290,25
YYYY079	1	0	322,50
YYYY184	1	0	354,75
YYYY284	1	0	387,00
YYYY236	1	0	419,25
YYYY353	1	0	451,50
N			15,70 %

## ANNEXE II

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

Applicable sous réserve des dispositions de l'article L. 162-1-7  
du code de la sécurité sociale

(annule et remplace l'annexe V de la convention nationale)

**Prothèses dentaires incluses dans le panier de soins CMUC  
et montants maximaux pris en charge**

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODES CMUC transposés	TARIF de responsabilité (en €) (1)	DÉPASSEMENT maximum autorisé (en €) (2) - (1)	MONTANT maximum autorisé (en €) (2)
	<b>Prothèses conjointes</b>				
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire métallique	FDC1	107,50	122,50	230,00
HBLD036	Pose d'une couronne dentaire céramométallique ou en équivalents minéraux (CMU C uniquement pour pose de couronnes dentaires céramométalliques, pour incisives, canines et premières prémolaires)	FDC3	107,50	267,50	375,00
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire ou plurale	FDC5	38,70	0,00	38,70
HBLD007	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire métallique coulée sans clavette sur une dent	FDC38	122,55	0,00	122,55
HBLD261	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire métallique coulée avec clavette sur une dent	FDC39	144,05	0,00	144,05

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODES CMUC transposés	TARIF de responsabilité (en €) (1)	DÉPASSEMENT maximum autorisé (en €) (2) - (1)	MONTANT maximum autorisé (en €) (2)
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux et un élément intermédiaire métallique : - hors éléments céramocéramiques ; - éléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires	FDC1 + FDC1 + FDC3	279,50	555,50	835,00
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux : - hors éléments céramocéramiques ; - éléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires	FDC1 + FDC3 + FDC3	279,50	700,50	980,00
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et un élément intermédiaire métallique	FDC1+FDC1+FDC1	279,50	410,50	690,00
HBLD023	Pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux : - hors éléments céramocéramiques ; - éléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires	FDC3 + FDC3 + FDC3	279,50	845,50	1 125,00
	<b>Prothèses adjointes</b>				
HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents	FDA6 + FDA22	193,00	299,50	493,00
HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents	FDA7 + FDA22	204,25	444,75	649,00
HBLD452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents	FDA8 + FDA22	215,00	434,00	649,00
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents	FDA9 + FDA22	225,75	423,25	649,00
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents	FDA10 + FDA22	236,50	497,50	734,00
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents	FDA11 + FDA22	247,25	486,75	734,00
HBLD101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents	FDA12	129,00	305,00	434,00



CODES CCAM	LIBELLÉS	CODES CMUC transposés	TARIF de responsabilité (en €) (1)	DÉPASSEMENT maximum autorisé (en €) (2) - (1)	MONTANT maximum autorisé (en €) (2)
HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents	FDA12 + FDA22	258,00	476,00	734,00
HBLD138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents	FDA13	139,75	294,25	434,00
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents	FDA13 + FDA22	268,75	465,25	734,00
HBLD083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents	FDA14	150,50	366,50	517,00
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents	FDA14 + FDA22	279,50	537,50	817,00
HBLD370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents	FDA15	161,25	355,75	517,00
HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents	FDA15 + FDA22	290,25	526,75	817,00
HBLD349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents	FDA16	172,00	345,00	517,00
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents	FDA16 + FDA22	301,00	516,00	817,00
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	FDA17	182,75	473,25	656,00
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	FDA17*2	365,50	946,50	1 312,00
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA17 + FDA22	311,75	644,25	956,00
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	(FDA17 + FDA22)*2	623,50	1 288,50	1 912,00
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA17*2 + FDA22	494,50	1 117,50	1 612,00
YYYY176	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA18	21,50	0,00	21,50
YYYY275	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA18 x 2	43,00	0,00	43,00

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODES CMUC transposés	TARIF de responsabilité (en €) (1)	DÉPASSEMENT maximum autorisé (en €) (2) - (1)	MONTANT maximum autorisé (en €) (2)
YYYY246	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA18 x 3	64,50	0,00	64,50
YYYY478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA18 x 4	86,00	0,00	86,00
YYYY426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA18 x 5	107,50	0,00	107,50
YYYY389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA18 x 6	129,00	0,00	129,00
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23	32,25	0,00	32,25
YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23 x 2	64,50	0,00	64,50
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23 x 3	96,75	0,00	96,75
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23 x 4	129,00	0,00	129,00
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23 x 5	161,25	0,00	161,25
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23 x 6	193,50	0,00	193,50
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23 x 7	225,75	0,00	225,75
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23 x 8	258,00	0,00	258,00
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23 x 9	290,25	0,00	290,25
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23 x 10	322,50	0,00	322,50

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODES CMUC transposés	TARIF de responsabilité (en €) (1)	DÉPASSEMENT maximum autorisé (en €) (2) - (1)	MONTANT maximum autorisé (en €) (2)
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23 x 11	354,75	0,00	354,75
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23 x 12	387,00	0,00	387,00
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23 x 13	419,25	0,00	419,25
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23 x 14	451,50	0,00	451,50
HBMD020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine, fêlée ou fracturée	FDR19	21,50	43,50	65,00
HBMD017	Adjonction ou remplacement d'un élément d'une prothèse dentaire amovible	FDR20	21,50	43,50	65,00
HBMD114	Adjonction ou remplacement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FRD20 + FDR21	32,25	65,25	97,50
HBMD322	Adjonction ou remplacement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20 + FDR21*2	43,00	87,00	130,00
HBMD404	Adjonction ou remplacement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20 + FDR21*3	53,75	108,75	162,50
HBMD245	Adjonction ou remplacement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20 + FDR21*4	64,50	130,50	195,00
HBMD198	Adjonction ou remplacement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20 + FDR21*5	75,25	152,25	227,50
HBMD373	Adjonction ou remplacement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20 + FDR21*6	86,00	174,00	260,00
HBMD228	Adjonction ou remplacement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20 + FDR21*7	96,75	195,75	292,50
HBMD286	Adjonction ou remplacement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20 + FDR21*8	107,50	217,50	325,00
HBMD329	Adjonction ou remplacement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20 + FDR21*9	118,25	239,25	357,50
HBMD226	Adjonction ou remplacement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20 + FDR21*10	129,00	261,00	390,00

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODES CMUC transposés	TARIF de responsabilité (en €) (1)	DÉPASSEMENT maximum autorisé (en €) (2) - (1)	MONTANT maximum autorisé (en €) (2)
HBMD387	Adjonction ou remplacement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20 + FDR21*11	139,75	282,75	422,50
HBMD134	Adjonction ou remplacement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20 + FDR21*12	150,50	304,50	455,00
HBMD174	Adjonction ou remplacement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20 + FDR21*13	161,25	326,25	487,50
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments	FDR25	32,25	32,75	65,00
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'un élément	FDR25 + FDR26	38,70	32,75	71,45
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments	FDR25 + FDR26*2	45,15	32,75	77,90
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments	FDR25 + FDR26*3	51,60	32,75	84,35
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	FDR25 + FDR26*4	58,05	32,75	90,80
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	FDR25 + FDR26*5	64,50	32,75	97,25
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	FDR25 + FDR26*6	70,95	32,75	103,70
HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	FDR25 + FDR26*7	77,40	32,75	110,15
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments	FDR25 + FDR26*8	83,85	32,75	116,60
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	FDR25 + FDR26*9	90,30	32,75	123,05
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments	FDR25 + FDR26*10	96,75	32,75	129,50

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODES CMUC transposés	TARIF de responsabilité (en €) (1)	DÉPASSEMENT maximum autorisé (en €) (2) - (1)	MONTANT maximum autorisé (en €) (2)
HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments	FDR25 + FDR26*11	103,20	32,75	135,95
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	FDR25 + FDR26*12	109,65	32,75	142,40
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	FDR25 + FDR26*13	116,10	32,75	148,85
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	FDR25 + FDR26*14	122,55	32,75	155,30
HBMD249	Adjonction ou changement d'un élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24	43,00	0,00	43,00
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*2	86,00	0,00	86,00
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*3	129,00	0,00	129,00
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*4	172,00	0,00	172,00
HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*5	215,00	0,00	215,00
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*6	258,00	0,00	258,00
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*7	301,00	0,00	301,00
HBMD444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*8	344,00	0,00	344,00
HBMD485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*9	387,00	0,00	387,00
HBMD410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*10	430,00	0,00	430,00

CODES CCAM	LIBELLÉS	CODES CMUC transposés	TARIF de responsabilité (en €) (1)	DÉPASSEMENT maximum autorisé (en €) (2) - (1)	MONTANT maximum autorisé (en €) (2)
HBMD429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*11	473,00	0,00	473,00
HBMD281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*12	516,00	0,00	516,00
HBMD200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*13	559,00	0,00	559,00
HBMD298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*14	602,00	0,00	602,00
HBKD396	Remplacement d'une facette d'une prothèse dentaire amovible	FDR27	17,20	0,00	17,20
HBKD431	Remplacement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR27*2	34,40	0,00	34,90
HBKD300	Remplacement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR27*3	51,60	0,00	51,60
HBKD212	Remplacement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR27*4	68,80	0,00	68,80
HBKD462	Remplacement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR27*5	86,00	0,00	86,00
HBKD213	Remplacement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR27*6	103,20	0,00	103,20
HBKD140	Remplacement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR27*7	120,40	0,00	120,40
HBKD244	Remplacement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR27*8	137,60	0,00	137,60

**Actes d'orthopédie dento-faciale inclus dans le panier de soins CMUC (non transposés en CCAM) et ses montants maximaux pris en charge**

LIBELLÉS	CODES CMUC transposés	TARIF de responsabilité (en €) (1)	DÉPASSEMENT maximum autorisé (en €) (2) - (1)	MONTANT maximum autorisé (en €) (2)
Orthopédie dento-faciale Traitement des dysmorphoses, par période de six mois, dans la limite de six périodes : - sans multiattaches	FDO28	193,50	139,50	333,00
Traitement des dysmorphoses : - avec multiattaches	FDO29	193,50	270,50	464,00
Séance de surveillance (au maximum deux par semestre)	FDO31	10,75	0	10,75

LIBELLÉS	CODES CMUC transposés	TARIF de responsabilité (en €) (1)	DÉPASSEMENT maximum autorisé (en €) (2) - (1)	MONTANT maximum autorisé (en €) (2)
Contention après traitement orthodontique : - première année - deuxième année	FDO32	161,25	0	161,25
	FDO33	107,50	0	107,50
Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée	FDO36	387,00	0	387,00
Orthopédie des malformations consécutives au bec-de-lièvre total ou à la division palatine : - forfait annuel, par année - en période d'attente	FDO34	430,00	0	430,00
	FDO35	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	FDO37	193,50	187,62	381,12

## ANNEXE III

## LISTE DES SOINS CONSÉCUTIFS PRIS EN CHARGE AU TITRE DU DISPOSITIF D'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE DES JEUNES VISÉ À L'ARTICLE 1.2.2 DE LA CONVENTION NATIONALE

Applicable sous réserve des dispositions de l'article L. 162-1-7  
du code de la sécurité sociale

## Liste des actes CCAM pris en charge à 100 % consécutifs à l'EBD « enfant »

CHAPITRE et codes	LIBELLÉS
<b>07.01.04.01</b>	<b>Radiographie de la bouche</b>
HBQK389 HBQK191	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contiguës Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 2 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës
HBQK331	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 3 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës
HBQK443	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 4 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës
HBQK428	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 5 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës
HBQK480	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 6 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës
HBQK430	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 7 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës
HBQK142	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 8 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës
HBQK046	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 9 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës
HBQK065	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 10 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës
HBQK424	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 11 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës
HBQK476	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 12 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës
HBQK093	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 13 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës
HBQK041	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 14 secteurs distincts de 1 à 3 dents contiguës
HBQK002 HBQK001	Radiographie panoramique dentomaxillaire Radiographie pelvibuccale [occlusale]
<b>07.02.02.03</b>	<b>Réimplantation de dent et autogreffe de germe</b>
HBED022	Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement

CHAPITRE et codes	LIBELLÉS
<b>07.02.02.04</b>	<b>Prophylaxie buccodentaire</b>
HBBD005 HBBD006 HBBD007 HBBD004 HBBD039 HBBD404 HBBD098 HBBD427 HBJD001	Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents Comblement [scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents Détartrage et polissage des dents
<b>07.02.02.05</b>	<b>Restauration des tissus durs de la dent</b>
HBMD043 HBMD046 HBMD055 HBMD058 HBMD050 HBMD054 HBMD044 HBMD047 HBMD053 HBMD049 HBMD038 HBMD042	Restauration d'une dent sur 1 face par matériau incrusté [inlay-onlay] Restauration d'une dent sur 2 faces par matériau incrusté [inlay-onlay] Restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire
<b>07.02.02.06</b>	<b>Exérèse de la pulpe et du contenu canalair de la dent</b>
HBFD006 HBFD017 HBFD019 HBFD033 HBFD021 HBFD035 HBFD008 HBFD015 HBFD474 HBFD458 HBFD395 HBFD326 HBFD150 HBFD001 HBFD297 HBFD003 HBFD024	Exérèse de la pulpe camérale [biopulpotomie] d'une dent temporaire Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente Exérèse du contenu canalair non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire Exérèse du contenu canalair non vivant d'une molaire temporaire Exérèse du contenu canalair non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature Exérèse du contenu canalair non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature Exérèse du contenu canalair non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire Exérèse du contenu canalair non vivant d'une molaire permanente immature Exérèse du contenu canalair non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente Exérèse du contenu canalair non vivant d'une première prémolaire maxillaire Exérèse du contenu canalair non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire Exérèse du contenu canalair non vivant d'une molaire permanente
<b>07.02.02.08</b>	<b>Autres actes thérapeutiques sur la racine de la dent</b>
HBBD003 HBBD234 HBBD001 HBBD002	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification Obturation radiculaire d'une molaire après apexification
<b>07.02.02.10</b>	<b>Avulsion de dents temporaires</b>
HBGD035 HBGD037 HBGD309 HBGD284 HBGD065 HBGD462 HBGD464 HBGD263	Avulsion de 1 dent temporaire sur arcade Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade



CHAPITRE et codes	LIBELLÉS
HBGD280 HBGD093 HBGD362 HBGD054 HBGD111 HBGD174 HBGD057 HBGD133 HBGD123 HBGD468 HBGD282 HBGD201 HBGD042 HBGD026	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade Avulsion de 1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses
<b>07.02.02.11</b>	<b>Avulsion de dents permanentes</b>
HBGD036 HBGD043 HBGD319 HBGD489 HBGD497 HBGD106 HBGD076 HBGD422 HBGD420 HBGD064 HBGD356 HBGD146 HBGD382 HBGD247 HBGD197 HBGD333 HBGD261 HBGD499 HBGD461 HBGD278 HBGD258 HBGD311 HBGD235 HBGD374 HBGD475 HBGD285 HBGD338 HBGD193 HBGD345 HBGD414 HBGD245 HBGD283 HBGD022 HBGD034 HBGD287 HBGD031 HBGD032	Avulsion de 1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 15 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie Avulsion de 1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie Avulsion de 1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
<b>07.02.02.12</b>	<b>Autres avulsions de dents ou racines</b>
HBGD039 HBGD002 HBGD028 HBGD014 HBGD015 HBGD459 HBGD386 HBGD047 HBGD018 HBGD004 HBGD025 HBGD021 HBGD038 HBGD044 HBGD003 HBGD016 HBGD017	Avulsion de 1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines Avulsion d'une incisive permanente retenue ou à l'état de germe Avulsion d'une canine permanente retenue ou à l'état de germe Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe Avulsion d'une prémolaire retenue ou à l'état de germe Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe Avulsion d'une dent à couronne sous-muqueuse ou en désinclusion muqueuse Avulsion d'un odontoïde inclus ou d'une dent surnuméraire à l'état de germe Avulsion d'une racine incluse Avulsion d'une dent ectopique

CHAPITRE et codes	LIBELLÉS
HBGD040	Avulsion de plusieurs dents surnuméraires à l'état de germe ou de plusieurs odontoïdes
<b>07.02.05.01</b>	<b>Curetage périapical dentaire</b>
HBGB005 HBGB003 HBGB002 HBGB004	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire
<b>07.02.05.02</b>	<b>Actes thérapeutiques sur le parodonte par soustraction</b>
HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents
<b>18.02.07.01</b>	<b>Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif</b>
HBQK040 HBQK303 HBQK061	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires pour acte endodontique sur un secteur de 1 à 3 dents contiguës comportant une radiographie péri-interventionnelle ou perinterventionnelle et une radiographie finale. Radiographies intrabucales rétroalvéolaires pour acte endodontique sur un secteur de 1 à 3 dents contiguës comportant une radiographie préinterventionnelle, une radiographie perinterventionnelle et une radiographie finale Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contiguës, perinterventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique

## ANNEXE IV

MODÈLE DE FORMULAIRE D'ADHÉSION AU « CONTRAT INCITATIF CHIRURGIEN-DENTISTE »,  
OPTION 1 : AIDE À L'INSTALLATION EN ZONE « TRÈS SOUS-DOTÉE »

**Acte d'adhésion au « contrat incitatif chirurgien-dentiste » (1)**

Identification du chirurgien-dentiste :

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom .....

Numéro d'identification : .....

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

Déclare exercer :

En individuel

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

SCP

SEL

Autres contrats de société

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions de l'option conventionnelle telles qu'indiquées à l'annexe II de l'avenant n° 2 ;

2° Adhérer à l'option destinée à favoriser l'installation des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés en zone « très sous-dotée », telle que définie par l'ARS, et m'engager à en respecter les dispositions, pour une durée de cinq ans non renouvelables.

*Cachet du chirurgien-dentiste*

Fait à .....

Le .....

Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée (2)

Adhésion non enregistrée et motif du rejet : .....

*Cachet de la caisse*

*Date* .....

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

(2) Rayer les mentions inutiles.

MODÈLE DE FORMULAIRE D'ADHÉSION AU « CONTRAT INCITATIF CHIRURGIEN-DENTISTE »,  
OPTION 2 : AIDE AU MAINTIEN EN ZONE « TRÈS SOUS-DOTÉE »

**Acte d'adhésion au « contrat incitatif chirurgien-dentiste » (1)**

Identification du chirurgien-dentiste :

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom .....

Numéro d'identification : .....

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

Déclare exercer :

En individuel

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

SCP

SEL

Autres contrats de société

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions de l'option conventionnelle telles qu'indiquées à l'annexe II de l'avenant n° 2 ;

2° Adhérer à l'option destinée à favoriser l'installation des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés en zone « très sous-dotée », telle que définie par l'ARS, et m'engager à en respecter les dispositions, pour une durée de trois ans renouvelables.

*Cachet du chirurgien-dentiste*

Fait à .....

Le .....

Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée (2)

Adhésion non enregistrée et motif du rejet : .....

*Cachet de la caisse*

*Date* .....

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

(2) Rayer les mentions inutiles.



Notice explicative pour le patient  
figurant au dos du devis

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

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

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

Dans ce devis, le chirurgien-dentiste décrit le traitement qu'il vous propose ainsi que les différents matériaux utilisés. Il vous précise la nature de l'acte conformément à la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou, pour les actes d'orthodontie, à la nomenclature générale des actes et prestations (NGAP). Lorsqu'un acte est non remboursable par l'assurance maladie obligatoire, le chirurgien-dentiste indique dans la colonne D, réservée à la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, la mention « NR » (non-remboursable).

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

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

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

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

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